

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO
CIRÚRGICA: DA PRÁTICA EM CONTEXTO DE
URGÊNCIA PERIFÉRICA À CONCEÇÃO DE UM
PLANO DE CATÁSTROFE E OU EMERGÊNCIA
MULTIVÍTIMA**

Fátima Gomes

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem.**

**Funchal,
2022**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO
CIRÚRGICA: DA PRÁTICA EM CONTEXTO DE
URGÊNCIA PERIFÉRICA À CONCEÇÃO DE UM
PLANO DE CATÁSTROFE E OU EMERGÊNCIA
MULTIVÍTIMA**

Fátima Gomes

Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem.**

Funchal,

2022

Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes

Fernando Pessoa (1933)

Dedico este trabalho ao meu filho Simão...

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pela oportunidade e ensino de excelência;

À minha orientadora, Professora Doutora Merícia Bettencourt, pela inspiração, disponibilidade, compreensão, orientação e preocupação no decorrer de todo o curso;

À Professora Doutora Cristina Barbara, pelas palavras, compreensão, apoio, incentivo e preocupação;

À Dra. Joana Santos da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, por todo o apoio e colaboração;

Aos enfermeiros orientadores, Norberto Maciel e Dinarte Freitas, pela disponibilidade, conhecimento transmitido e partilhado;

À enfermeira Lúcia, chefe do Serviço de Urgência do Centro de Saúde de Machico, pela disponibilidade e apoio manifestados no decorrer dos estágios naquele serviço;

Ao enfermeiro Vítor Correia, pelos conhecimentos transmitidos, pela partilha e disponibilidade;

Ao Técnico Superior Nelson Bettencourt, pelos conhecimentos transmitidos, pela partilha e disponibilidade;

A todos os profissionais de saúde com quem me cruzei neste percurso, por todo o conhecimento partilhado e oportunidades;

Ao meu marido, Renato Alves, pela paciência e apoio;

Ao meu filho Simão, pelo carinho, compreensão e que sem dúvida foi a minha maior inspiração para concretização deste relatório;

À minha família, pelo apoio e compreensão;

Ao meu irmão, Marco, pelo incentivo, apoio e colaboração;

Aos amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e motivação.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, tendo por objetivo revelar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, culminando com o relato das competências de mestre adquiridas.

As práticas clínicas, decorreram em serviços de urgência e cuidados intensivos, enquadradas nas unidades curriculares Estágio I – Urgência, Estágio II – Cuidados Intensivos (foi requerido e aprovada a creditação a esta unidade curricular) e Estágio III – Opção do CMEMC.

Estruturado em três capítulos, evidencia o processo de aprendizagem pela análise crítico-reflexiva relativa ao cuidado especializado de enfermagem à PSC vítima de catástrofe ou emergência multivítima em contexto de uma urgência periférica, numa perspetiva integrada de cuidados de enfermagem especializados.

As catástrofes são acontecimentos imprevisíveis e a sua gestão assume-se como complexa e com implicações diretas na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no serviço de urgência. Os enfermeiros encontram-se na primeira linha de resposta a estas situações, tendo um papel crucial na intervenção às mesmas. O desconhecimento do seu papel e a ausência de plano de atuação, bem como programas de formação e educação, influenciam na eficácia e eficiência da resposta dada. Neste contexto emerge a necessidade de uma intervenção planeada, de forma sistemática e integrada, que permita uma resposta rápida e eficiente. Os enfermeiros, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, são considerados intervenientes-chave, sendo fulcral que estes estejam dotados de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências de forma a atuarem de forma correta e atempadamente na ocorrência destas situações. Assim o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, assume um papel preponderante na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação, passando também pela elaboração de planos de resposta à catástrofe.

Palavras-Chave: Enfermagem, Competências, Catástrofe, Emergência, Multivítimas, Plano de Emergência das Unidades de Saúde, Serviço de Urgência

ABSTRACT

The following internship report is integrated in the master's degree for Medical-Surgical Nursing, from the nursing school São José de Cluny, with the purpose of revealing the development of common and specific competences of the nurse specialist in medical-surgical nursing in the area of nursing to a person in a critical situation, culminating with the report of the acquired master qualifications.

The clinical practices took place in emergency and intensive care services, integrated in the curricular units Internship I - Urgency, Internship II - Intensive Care (accreditation was required and approved for this curricular unit) and Internship III - Option of the Master's Degree in Nursing Medical-surgical.

Structured in three chapters, it highlights the learning process through critical-reflexive analysis related to specialized nursing care for the person in a critical situation, victim of catastrophe or multi-victim emergency in the context of a peripheral emergency, in an integrated perspective of specialized nursing care.

The catastrophes are unpredictable events and their management is assumed to be complex and with direct implications for the provision of health care, namely in the emergency department . Nurses are in the first line of response to these situations, playing a crucial role in intervening in these situations. The lack of knowledge of their role and the absence of an action plan, as well as training and education programs, influence the effectiveness and efficiency of the given response. In this context emerges the need for a planned intervention, in a systematic and integrated way, which allows a quick and efficient response. The nurses, by the International Council of Nurses, are considered key players, and it is crucial that they are endowed with knowledge and experience, allowing them to develop competences in order to act correctly and in a timely manner in the occurrence of these situations. Thus, the nurse specialist in medical-surgical nursing in the area of nursing to the person in critical situation, assumes a leading role in the dynamism of the response in emergency, exception and catastrophe situations, from conception to action, also passing through the elaboration of response plans to catastrophe.

Key-words: nursing, competences, catastrophe, emergency, multivictims, Emergency Plan of Health Units, Emergency Service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA - Agência de Calidad Sanitária de Andalucía
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BO - bloco operatório
BPS - Behavioral Pain Scale
CCFNI - Critical Care Family Needs Inventory
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CMEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRED - Centre for Research on The Epidemiology of Disasters
CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CSM - Centro de Saúde de Machico
CSP - cuidados de saúde primários
CTC - Conselho Técnico-Científico
DGS - Direção Geral de Saúde
DPET - Disaster Preparedness Evaluation Tool
ECESU - Escala de Competências dos Enfermeiros em Serviço de Urgência
ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation
EPI - equipamento de proteção individual
ERC - Enterobacteriales Resistentes aos Carbapenemos
ESCID - Scale of Behavior Indicators of Pain
ESESJC - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
GPT - Grupo Português de Triagem
HDVVC - Hemodiálise Venovenosa Contínua
HNM - Hospital Dr. Nélío Mendonça
IACS - infeções associadas aos cuidados de saúde
ICN - International Council of Nurses
INCMCE - International Nursing Coalition for Mass Casualty Education

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
IPST - Instituto Português de Sangue e Transplantação
MRMI - Medical Response to Major Incidentes
MRSA - Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina
OE - Ordem dos enfermeiros
OM - Ordem dos Médicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
PBCI - precauções básicas de controle da infeção
PEE - Plano de Emergência Externo
PEEPC - Plano Especial de Emergência de Proteção Civil
PEI - Plano de Emergência Interno
PEUS - Plano de Emergência das Unidades de Saúde
PNAD - Plano Nacional de Avaliação da Dor
PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doentes
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controle de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos
PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira
PSC - pessoa em situação crítica
PTM - Protocolo de Triagem de Manchester
RAM - Região Autónoma da Madeira
RASS - Richmond Agitation Sedation Scale
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SCCM - Society of Critical Care Medicine
SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil
STM - Sistema de Triagem de Manchester
SU - serviço de urgência
SUB - serviço de urgência básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUP - serviço de urgência polivalente

TSFR - técnica da substituição da função renal

TSFRC - técnica da substituição da função renal continua

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCPA - unidades de cuidados pós-anestésicos

US - unidade de saúde

UUM - Unidade de Urgência Médica

VMI - ventilação mecânica invasiva

VNI - ventilação não invasiva

VV - vias verdes

WHO - World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA AO CONTRIBUTO PARA A CONCEÇÃO DE UM PLANO DE CATÁSTROFE E OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA.....	23
1.1. Catástrofe: uma visão global.....	23
1.2. Gestão da resposta à catástrofe.....	28
1.2.1.Plano de Emergência das Unidades de Saúde.....	29
2. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA	33
2.1. Contributos dos contextos da prática clínica	38
2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista	44
2.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	45
2.2.2. Melhoria contínua da qualidade	52
2.2.3. Gestão de cuidados.....	58
2.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	62
2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	64
2.3.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	65
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	82
2.3.3 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.....	91
3. COMPETENCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA.....	100

CONCLUSÃO	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICE	i
APÊNDICE A – PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE E OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA EXTERNA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO	iii

ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação para o transporte.....	70
Figura 2 - Competências de Enfermagem em Catástrofe	85

INTRODUÇÃO

A expansão de algumas morbilidades, bem como a evolução demográfica, concomitante com a evolução tecnológica, implicam cuidados cada vez mais complexos e tecnicistas, exigindo formação específica.

A especialização dos profissionais, é uma necessidade premente, pelo que dotará estes de conhecimentos, bem como de competências e ferramentas, na perspetiva de lhes incorporar responsabilidades acrescidas, tomadas de decisão mais complexas e assegurar uma prestação de qualidade dos cuidados de saúde. Assim, a especialização dos recursos humanos surge como resposta aos desafios atuais e futuros, garantindo uma prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde (Ordem dos enfermeiros [OE], 2018).

A minha atividade profissional teve início há 21 anos. Destes, 18 anos foram a cuidar do doente em contexto de urgência/emergência e do doente crítico.

O meu percurso profissional pautou-se pelos princípios, valores e deveres preconizados pelo código deontológico do enfermeiro, pelos padrões de qualidade e, mais recentemente, pelo regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista proposto pela OE: competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019) e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) (OE, 2018).

O presente relatório surge no âmbito do plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), e vai de encontro ao plano de estudos relativo ao Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica daquela instituição, conforme despacho nº8046/2015. A elaboração deste relatório traduz o processo de desenvolvimento de competências inerente ao enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, numa perspetiva teórico-reflexiva sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais do cuidado profissional.

O processo de aprendizagem integrou três estágios: Estágio I – Urgência; Estágio II – Cuidados Intensivos; Estágio III – Opção. De acordo com o regulamento nº506/2014 de 10 de novembro, relativo à Creditação de Formação e Experiência Profissional da ESESJC, foi requerida e aprovada a creditação da unidade curricular estágio II – Cuidados Intensivos.

O estágio I e III decorreram no Serviço de Urgência (SU) do Centro de Saúde de Machico (CSM), sendo que no estágio III o desenvolvimento do projeto de autoformação implicou intervenção em serviço com recurso à metodologia de projeto. O diagnóstico da situação para a elaboração deste projeto centrou-se sobre a realidade do SU do CSM, pois aquando do estágio I constatei a inexistência de um plano de catástrofe, sendo este um dos indicadores de qualidade e avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Conversei, na altura, com o meu orientador, com o enfermeiro responsável por esta temática no SU do CSM e posteriormente discuti o assunto com a minha orientadora, sendo todos unânimes sobre a pertinência desta temática, permitindo sustentar o problema como real e o projeto como necessário. O interesse por esta temática, surge assim numa conjugação de motivação pessoal e profissional, para além de ser uma das responsabilidades do enfermeiro especialista como consta no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC. De acordo com o mesmo o enfermeiro deve dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítima, intervindo quer na conceção de planos de catástrofes, quer na liderança da resposta institucional às situações de catástrofes. Emerge assim como necessidade a construção de um plano de catástrofe e/ou emergência multivítima. Como objetivo geral delineei contribuir para a conceção e implementação de um plano de catástrofe e/ou em emergência multivítimas numa urgência periférica. Para dar resposta a este desígnio optou-se pela metodologia de projeto, que se define como um conjunto de intervenções explícitas perspetivando-se a criação antecipada de um cenário resultante de um processo de transformação real. Consiste deste modo numa metodologia centrada na resolução de problemas, assim como na aquisição de conhecimento e competências de intervenção pela aplicação e concretização desse mesmo projeto, num contexto real de trabalho, perspetivando mudanças (Nunes, 2010).

As situações de catástrofe e/ou emergência multivítima podem ocorrer em qualquer momento e com implicações diretas na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no SU. Os enfermeiros do SU encontram-se na primeira linha de resposta a estas situações, tendo um papel crucial na resposta às mesmas. O desconhecimento do seu papel e a ausência de plano de atuação, bem como programas de formação e educação, influenciam na eficácia e eficiência da resposta dada. Assim, é fulcral que estes profissionais sejam dotados de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências de forma a atuarem de forma correta e atempadamente na ocorrência destas situações.

O exercício profissional de Enfermagem, assente numa prática avançada, é um pilar essencial na excelência dos cuidados de saúde à população. Neste sentido, a OE, no regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, caracteriza este profissional como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

No âmbito da PSC, de acordo com a OE (2018) esta “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.” (p.19362). Como tal, os cuidados de enfermagem a estes doentes são considerados “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas (...), prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362).

O modelo teórico de enfermagem que sustenta este relatório é a teoria de médio alcance das transições da teórica egípcio-americana Afaf Ibrahim Meleis. Assim sendo, a autora defende transições como mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, ou nas capacidades. Defendendo que transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, mudando comportamentos, e assim mudando a definição de self num contexto social: de um self saudável ou doente, de necessidades internas ou externas, afetando o estado de saúde (Meleis, 1991).

Neste sentido, enquanto enfermeira, compete-me assimilar na minha prática quotidiana esta teoria, mediante a utilização de ferramentas pertinentes, com o objetivo de melhor responder aos vários contextos que se apresentem perante a pessoa e família, no todo biopsicossocial. Como elucida Meleis (2010) os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os utentes para a transição eminente e são os profissionais que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com experiências de saúde e doença.

No que concerne à experiência profissional, Benner (2001) considera que é através de uma prática regular que se obtêm os contributos fundamentais de uma determinada situação. Assim depreende-se que, apenas aqueles que regularmente participam na prestação de cuidados, conseguem desenvolver uma visão mais completa e complexa, bem como adquirir perícia pela vivência das situações de cuidados. A mesma autora defende ainda que existem dois tipos de conhecimento, o teórico e o prático, os quais se encontram interligados

e são interdependentes. Deste modo, o desenvolvimento do conhecimento numa área específica, implica sempre um adquirir e aprofundar de conhecimentos práticos, baseados na evidência encontrada e na experiência clínica vivenciada aquando da prática dessa disciplina.

Este documento encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo realizar-se um enquadramento teórico, fundamentando-se a pertinência da temática. No segundo capítulo procede-se à edificação de competências pelo relato alusivo aos contextos de aprendizagem, evidenciando as vivências promotoras do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC. No terceiro capítulo, narra-se o construto de competências conducentes ao grau de mestre em enfermagem, através de uma análise crítico-reflexiva perante as atividades desenvolvidas e as vivências percecionadas durante o CMEMC.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi o método descritivo e analítico, através da reflexão crítica, fundamentada na evidência científica recorrendo a pesquisa bibliográfica em bases de dados (EBSCOhost, SciELO e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e em livros e revistas científicas credíveis.

No que refere ao tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas, utilizei as normas preconizadas pela escola, baseadas na 7^a edição do Publication Manual of American Psychological Association (2020).

1. DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA AO CONTRIBUTO PARA A CONCEÇÃO DE UM PLANO DE CATÁSTROFE E OU EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA

Numa sociedade onde o grau de aceitabilidade do risco é cada vez menor, a probabilidade de surgir uma crise é cada vez maior. O risco refere-se à combinação da probabilidade de ocorrência do perigo e da gravidade das suas consequências. A crise por sua vez, não é mais do que a concretização de um risco com consequências graves numa dada população (Direção Geral de Saúde [DGS], 2010).

O risco e incidência de incidentes, nos quais os recursos disponíveis são insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados, envolvendo um risco para a vida e para a saúde, continua a aumentar paralelamente ao desenvolvimento no mundo. O objetivo para os sistemas de saúde é tanto quanto possível eliminar ou reduzir a perda de vidas e de saúde, bem como o sofrimento psicológico, como consequências de tais eventos. Isto exige planeamento e preparação, educação e treino de todos os profissionais envolvidos, bem como pesquisa científica (Montán, 2015).

1.1. Catástrofe: uma visão global

É do conhecimento geral que as situações de catástrofe afetam milhões de pessoas anualmente. De acordo com o Centre for Research on The Epidemiology of Disasters (CRED, 2019), em 2018 ocorreram 396 catástrofes naturais que afetaram aproximadamente 95 milhões de pessoas e atingiram mortalmente 11 755 pessoas. As inundações constituíram o evento mais mortal, causando 43,5% das mortes, seguido das ondas de calor com 25% e as tempestades com 21,5%. Em comparação com a década anterior (2009-2018), em 2019, ocorreram mais catástrofes em comparação com a média anual de 343 eventos, mas menos mortes em comparação com a média anual de 45.212, menor número de pessoas afetadas em comparação com a média anual de 184,7 milhões de pessoas, e menores perdas económicas. Apesar do aumento do número de catástrofes, verificou-se uma diminuição no impacto, a qual pode ser explicada pela ausência de eventos de desastre massivo, tais como o terremoto de 2010 no Haiti (222.500 mortes); a seca de 2015/2016 na Índia (330 milhões de pessoas afetadas); e o terremoto e tsunami no Japão de 2011.

Denota-se aqui que a morbilidade e a mortalidade associadas a estes eventos tendem a ser elevadas, com repercussões consideráveis a nível social e económico na comunidade onde ocorrem.

Em Portugal Continental os eventos destas características, ocorridos nos últimos 50 anos, foram basicamente de origem natural, dos quais as ondas de calor, as cheias e os incêndios foram os mais mortais.

Relativamente à Região Autónoma da Madeira (RAM), no que se refere à ocorrência deste tipo de eventos, reporta-se o acidente aéreo ocorrido em Novembro de 1977, que vitimou mortalmente 131 passageiros; o acidente com um autocarro de turismo em 2005, em São Vicente, com cinco vítimas mortais; a aluvião de Fevereiro de 2010, que resultou em 43 mortos e centenas de desalojados; os incêndios florestais de 2016, que vitimou mortalmente três pessoas; a queda de uma árvore no arraial de Nossa Senhora do Monte em 2017 que provocou 13 vítimas mortais e 52 feridos; e mais recentemente, a 17 de Abril de 2019, um acidente com autocarro de turismo que provocou 29 mortos e 22 feridos (Jornal Económico, 2019)

Da pesquisa realizada, várias são as classificações para fenómenos deste cariz. No entanto, a maioria dos autores categorizam-nos em duas grandes áreas: as de origem humana e as de origem natural. Por exemplo Lennquist (2012) e Montán (2015) consideram que as situações com multivítimas ou de catástrofe são consequência do desenvolvimento tecnológico, intencionalmente causadas pelo Homem, ou desencadeadas por fenómenos naturais. No que se refere aos eventos decorrentes do desenvolvimento tecnológico incluem-se as situações relacionadas com matérias perigosas, incêndios em edifícios ou fábricas, acidentes com meios de transporte, eventos *mass gathering* e as perturbações nos sistemas de tecnologia e informação. Relativamente às ocorrências causadas intencionalmente pelo Homem englobam-se os conflitos armados e os ataques terroristas. No que se refere aos eventos decorrentes de alterações da natureza, estes podem ser classificados como de ocorrência súbita, tais como terremotos, vulcões, tsunamis, cheias, ventos fortes; ou de ocorrência gradual, tais como seca e fome, pandemias e emergências complexas.

Várias são as definições de catástrofe e emergências multivítimas encontradas na literatura. Partridge et al (2012) referem que não existe uma única definição de catástrofe que tenha sido acordada pelos especialistas ou grupos.

Para a World Health Organization (WHO, 2008), as catástrofes envolvem perdas humanas, materiais, económicas e ambientais, nas quais as necessidades excedem a capacidade de resposta e perturbam o funcionamento daquela comunidade, ou seja, esse tipo

de evento resulta de uma necessidade de serviços que excede os recursos disponíveis (Partridge et al 2012) e que a comunidade de momento consegue oferecer (Kollec, 2013; Madigan, 2018).

Mello et al (2013) consideram a catástrofe como sendo o resultado de um conjunto de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, podendo gerar danos humanos, materiais e ambientais com repercussões a nível social e económico, sendo que a sua intensidade depende da interação entre a magnitude do evento e a vulnerabilidade de onde ocorre.

Alguns autores fazem ainda a diferenciação entre catástrofes e emergência. Assim sendo, Koenig e Schultz's (2010), referem que o termo catástrofe está usualmente relacionado com o conceito de emergência e risco, mas salvaguardam a existência de diferenças formais, sendo que definem emergência como uma situação que requer atuação imediata, mas da qual não resultam necessariamente perdas ou destruição. Por sua vez Lynn (2019) defende que a catástrofe é um acontecimento natural ou provocado pelo Homem, capaz de causar danos estruturais, perda de vidas humanas e mudanças ambientais drásticas a médio e a longo prazo. Por outro lado, considera que as emergências com múltiplas vítimas são eventos onde as necessidades excedem de forma temporária a capacidade das equipas de socorro em prestar cuidados adequados a todas as vítimas, em simultâneo. Reconhece, neste cenário, uma insuficiência de resposta temporária, no que se refere aos recursos materiais, humanos e à capacidade de resposta dos SU e das unidades de cuidados intensivos.

Em Portugal, a lei nº 80/ 2015, que aprova a lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 3.º, diferencia acidente grave de catástrofe. Por acidente grave entende “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 5311) e por catástrofe um “acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5311).

De Oliveira et al (2012) reportam-se, ainda, ao conceito de situação de exceção, o qual é definido como sendo um “acidente com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/ industriais e intoxicações, sendo também habitual embora, normalmente, sem grande número de vítimas, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ ou inundações, ondas de calor e vagas de frio ” (p. 12). Este conceito não tem enquadramento legal, no entanto é utilizado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM),

considerando que estes tipos de situações ocorrem mais frequentemente do que as catástrofes ou acidente grave. Referem, ainda que, no campo da prestação de cuidados de emergência médica, uma situação de exceção envolve qualquer situação de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.

O regulamento nº 361/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, adota a definição de catástrofe apresentada na lei de Bases da Proteção Civil e descreve emergência multivítimas como uma

situação que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática dos cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (p.17240).

Nesta sequência importa ainda analisar a terminologia *mass gathering*. Segundo a WHO (2015), este tipo de eventos envolve um número específico de pessoas, num determinado local e com um propósito particular, sendo que a logística e segurança implícitos são determinados consoante as particularidades do acontecimento. Kollec (2013) por sua vez, abordara este tipo de eventos como de alto risco suscetíveis de culminar em catástrofes ou emergência multivítimas.

Denota-se a influência das variações da cultura, geografia, economia e tradições, nas definições. Assim o que é considerado uma catástrofe numa região pode ser rotina diária em outra, sendo possivelmente esta uma das razões pela qual tem sido tão difícil alcançar uma definição unânime para este tipo de eventos.

No sentido de alcançar uma terminologia mais consensual para os cuidados de saúde, foi apresentada uma proposta de nova classificação, denominada Incidente Major, terminologia aplicada nos cursos Medical Response to Major Incidents (MRMI). Assim sendo, por Incidente Major, entende-se qualquer situação em que os recursos disponíveis são insuficientes para as necessidades imediatas de assistência médica, que envolve riscos para a vida e saúde (Lennquist, 2012). Por sua vez, Mackway-Jones (2012) define Incidente Major como um incidente em que o número, localização, gravidade e tipologia das vítimas, implica a utilização de recursos e procedimentos extraordinários. Verifica-se que nestas definições não se limita a um número específico de vítimas ou qualquer nível de recursos, mas à discrepância entre recursos e necessidades, sendo que o número de vítimas por si só não é determinante para definirmos o evento como um Incidente Major. Na perspetiva do mesmo autor, para definirmos um incidente major é fundamental ter em consideração os seguintes itens: **Localização Geográfica; Recursos Pré-hospitalares; Recursos**

Hospitales e Recursos Específicos. Relativamente à classificação, este autor defende uma classificação baseada em três características. Assim classifica-as em: **Naturais / Não Naturais** (“*Man-Made*”): Por naturais entende-se todo e qualquer incidente que resulte de causas naturais, tais como: terramoto, tsunami, furacão, tempestade, vulcão, chuvas/cheias, fogo, seca extrema. Sendo que este tipo de eventos, até determinado ponto, auto-propagáveis. Os não naturais referem-se a todos os incidentes que têm por génese alguma ação do Homem, nos quais se incluem: incidentes com transportes, incidentes industriais; incidentes com eventos “*mass-gathering*” e incidentes terroristas; **Simples / Compostos:** Simples reportam-se aos incidentes em que as infraestruturas, como as estradas, linhas de comunicação, hospitais, electricidade, telecomunicações, entre outras, não são afetadas. Enquanto nos compostos a infraestrutura está afetada a algum nível; **Compensados / Descompensados:** No compensado considera que o acionamento de recursos adicionais e os procedimentos extraordinários permitem responder, adequadamente, às necessidades das vítimas. Enquanto que no descompensado, mesmo após a ativação de planos específicos e o acionamento de recursos adicionais, a resposta às vítimas revela-se insuficiente e inadequada.

Independentemente da definição de catástrofe, é característica comum entre elas o conceito de destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos (WHO & International Council of Nurses [ICN], 2009).

Partridge et al (2012), na sua abordagem a esta temática ainda distinguem a catástrofe interna e externa. Esta distinção permite a uma instituição determinar se a sua infraestrutura foi ou não afetada pela catástrofe. Assim sendo, uma catástrofe interna engloba a instituição e /ou terreno da mesma, enquanto a catástrofe externa refere-se à comunidade circundante, mas não diretamente à instituição.

Os autores supracitados, Partridge et al (2012), ainda no que se refere à classificação das catástrofes, defendem uma monocultura que contemple os recursos necessários. Assim, enunciam como vantagem desta, o fato de se basear na resposta. Como desvantagem referem que não facilita a preparação para cenários específicos. São categorizadas em três níveis: no **nível um**, os serviços médicos locais e o hospital têm capacidade de resposta; relativamente ao **nível dois**, é necessária ajuda multidisciplinar e no que se refere ao **nível três**, é necessário solicitar ajuda externa com base no regulamento da comunidade afetada.

Analizadas as definições de catástrofes por diferentes autores, importa categorizar nas suas diferentes fases, integrando assim o denominado ciclo de vida da catástrofe. Nesta sequência, Partridge et al (2012) descrevem quatro estádios: a mitigação, a preparação, a resposta e a recuperação. A fase de mitigação consiste no reconhecimento dos riscos e vulnerabilidades, bem como na identificação dos recursos necessários no âmbito da prevenção. Enumera um conjunto de estratégias para eliminação ou redução do impacto através da implementação de medidas decorrentes da avaliação dos riscos daquela comunidade. No que concerne a fase de planeamento e preparação, esta inclui planeamento logístico, bem como organização e treino. O objetivo geral desta fase é preparar a resposta à emergência, visando minimizar a perda de vidas e o impacto social. Relativamente à fase de resposta, são executadas medidas de busca e salvamento que incluem a mobilização dos profissionais de emergência e procedimentos de resposta instituídos pelo governo local, incluídos nos planos de catástrofe, sendo que o sucesso desta fase está diretamente ligado à fase de planeamento. A fase de recuperação é finalmente iniciada assim que a ameaça à vida humana diminui, com o objetivo imediato de reconstrução da área afetada e de normalização da comunidade envolvida.

Face ao exposto, terei por base no meu relatório o conceito de Incidente Major.

1.2. Gestão da resposta à catástrofe

O mundo é atormentado por um número crescente e variável de catástrofes, nomeadamente as de causa naturais tais como terremotos, inundações, furações, erupções vulcânicas e incêndios florestais. As atividades tecnológicas também são responsáveis por catástrofes, sendo que materiais perigosos são transportados pelos diferentes meios aéreos, terrestres e aquáticos. Com o aumento da densidade populacional e a mudança dos padrões de utilização da terra, as pessoas estão cada vez mais expostas a risco de origem natural, sendo que grande parte dessa exposição é uma questão de escolha, como exemplo as pessoas escolhem lugares perigosos para construção de casas, na montanha, encostas, entre outras. Por outro lado, escolhem materiais de construção perigosos que falham sob condições ambientais extremas. Nesse sentido torna-se fulcral a existência de planos de catástrofes de forma que as comunidades reduzam a vulnerabilidade a riscos e lidem com os desastres. A gestão de catástrofes não evita ou elimina tais eventos, mas com o planeamento minimiza os efeitos de tais eventos. O planeamento terá como objetivo evitar que as emergências ocorram e desenvolver um bom plano de ação para mitigar os resultados e efeitos de quaisquer emergências (Madigan, 2018).

A resposta a situações de exceção, que resultem em danos graves a nível humano, material, ambiental, económico ou para a imagem e reputação de uma organização, tem por missão a proteção de uma comunidade, através de atividades coordenadas e essenciais de forma a construir, manter e desenvolver a capacidade de mitigar, preparar, responder e recuperar de todas as situações que possam culminar em catástrofes ou emergências multivítimas (Macedo 2016). Na mesma ótica, Lennquist, em 2012, já referira que os cuidados de saúde prestados em contexto de catástrofe e emergência multivítimas, visam evitar ou reduzir a perda de vida humana, o sofrimento físico e psicológico, pelo que se torna fulcral o planeamento e o treino, alicerces para o desenvolvimento de competências e resposta adequada a tais situações, numa perspetiva integrada desde o pré ao intra-hospitalar.

Assim, a preocupação pela capacidade de resposta de uma unidade de saúde (US) pressupõe que o serviço seja dotado de meios humanos competentes, bem como de materiais adequados a uma eventual resposta a situações de catástrofe ou multivítimas. Deste modo os serviços devem adotar estratégias de resposta de forma a prestar um atendimento com qualidade, eficiência e eficácia face a tais ocorrências. Shirley e Mandersloot (2008) defendem que o conhecimento por parte dos profissionais das diferentes fases de preparação de resposta à emergência externa, é um fator facilitador no sentido em que gera maior sensibilização para otimizar a gestão em situações de catástrofes ou emergências multivítimas. Depreende-se aqui a importância de preparação dos profissionais em que a sua competência garantirá a adequação da resposta em todo este processo, desde a avaliação, atuação, tomada de decisão e comunicação.

Por sua vez, a WHO (2011) defende que os hospitais desempenham um papel crucial no atendimento à comunidade perante qualquer tipo de catástrofe. Assim sendo, a súbita procura por cuidados de saúde, em tais eventos, pode provocar complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde.

A preparação das US, bem como dos profissionais é sem dúvida fundamental na resposta a todas as situações de catástrofe ou emergência multivítimas. Nesse sentido é primordial o desenvolvimento de conhecimento e competências de todos os envolvidos (Assam State Disaster Management Authority & Doctors For You, 2013).

1.2.1. Plano de Emergência das Unidades de Saúde

Relativamente às US, no passado pouca foi a atenção atribuída à preparação da resposta em situação de catástrofe e multivítimas. No entanto o ataque de 11 de setembro de

2001 às torres gémeas em Nova Iorque veio despertar o mundo para a possibilidade real da ocorrência deste tipo de catástrofes. Na Europa, gerou-se um estado de alerta, questionando-se sobre a segurança e preparação face a este tipo de eventos.

Atualmente, os planos de catástrofes são um requisito nas US, sendo um indicador de qualidade. Estes devem ser dinâmicos, continuamente atualizados e do conhecimento de todos os profissionais envolvidos. Perante um evento desta espécie uma resposta inadequada pode revelar-se num erro com implicações graves.

Atendendo à realidade atual das US, nomeadamente ao funcionamento diário já no máximo das suas capacidades ou perto do limite, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se fulcral, como ferramenta que irá reforçar a avaliação dos meios de resposta da US face a uma situação de crise, determinando regras ou normas de atuação, caso ocorra uma situação de emergência (DGS, 2010). Nesse sentido Almeida e Sousa (2012) advogam que “a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grande dimensão, catástrofes provocadas pelo homem ou por fenómenos naturais, para além da prevenção, obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer” (p. 38).

Lennquist (2012), por sua vez, afirma que em todos os hospitais autorizados a admitir doentes nas diferentes áreas, trauma, emergência, cirurgia e medicina é primordial a existência de um plano de catástrofe. Reforça que esse mesmo plano deve ser dinâmico, continuamente atualizado, testado e conhecido por todos os profissionais. O mesmo autor lembra que a falta de planeamento e preparação pode levar ao colapso de toda a cadeia de resposta.

Em Portugal, a DGS recomenda a todas as US do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a elaboração de um plano de emergência, de acordo com o Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS) (DGS, 2010).

De acordo com a Resolução 30/2015, os PEUS, enquadram-se, na tipologia de Plano Especial de Emergência de Proteção Civil (PEEPC). Assim, na resposta a eventos externos devem articular-se com os planos gerais de emergência e proteção civil da área respetiva visando uma ação coordenada, integrada e, simultaneamente, eficaz e eficiente por todos os profissionais envolvidos. No entanto, salientar que tal como previsto no enquadramento legal, esta tipologia de plano pode também assumir a designação de Plano de Emergência Externo (PEE). Assim, a elaboração de plano de emergência pelas US pressupõe o PEUS a subdividir-se em duas modalidades distintas, de acordo com o contexto:

a resposta interna da instituição, denominando-se por Plano de Emergência Interno (PEI) e, a resposta externa designada por PEE da US. (Casaleiro, 2015; DGS, 2010).

Nesta sequência e na RAM no que se refere à fase de emergência, “(...) atividades e ações de resposta a situações de acidentes graves e catástrofes, levadas a cabo imediatamente após ter ocorrido o evento e destinadas a minimizar os impactos resultantes nos cidadãos, património e ambiente” (Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM), p. 35), é da competência do Serviço de Saúde da RAM (SESARAM) a ativação do plano de catástrofe, de acordo com o plano de alerta e número de feridos; a formação do gabinete de crise; a articulação com o Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC); o fornecimento de informação de recursos disponíveis periodicamente; a constituição de equipas de atuação no hospital nos vários serviços; a triagem de doentes; a abordagem, o diagnóstico e o tratamento sequencial de acordo com prioridades; o estabelecimento de períodos de comunicação/ponto de situação; a mobilização de recursos existentes/extra; a coordenação da resposta no envolvimento de outras estruturas; o apoio logístico e de recursos humanos ao Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), por solicitação, em caso de necessidade.

O PEUS é um plano de emergência adaptado a cada US, que visa uma resposta a um acontecimento com consequências sanitárias graves na qual estão comprometidas as capacidades imediatas de resposta. No entanto, é de salientar que a estrutura deve ser o mais uniforme possível, pelo menos dentro do mesmo país, no sentido de facilitar a colaboração entre hospitais/unidades de saúde e entre profissionais.

Alemida e Sousa (2012) defendem que, os PEUS, concretizados nos planos de resposta à catástrofe “(...) tornam-se uma determinante ferramenta na organização da resposta à emergência externa, em situações em que é ultrapassada a normal capacidade de resposta em meios e recursos disponíveis (...)” (p. 38).

O objetivo principal do PEUS é informar os profissionais das US das modalidades de ação, em caso de ativação e as autoridades sanitárias para coordenação dos meios disponíveis de resposta em caso de alerta. Como condicionantes à sua eficácia temos a reatividade, os meios disponíveis, a antecipação e a comunicação.

A sua elaboração é fulcral, de forma a manter uma continuidade de cuidados de saúde, preservando de igual modo a segurança dos doentes e dos profissionais.

Igualmente importante como ter um plano é evitar o “excesso de planeamento”. O plano deve ser aquele que possa ser ativado em poucos minutos, em qualquer dia do ano, a

qualquer hora do dia, independentemente de quem está no serviço. Simplicidade é a chave para a precisão e planeamento realista.

É fulcral compreender alguns princípios gerais sobre planeamento de catástrofes, pois uma resposta a estes eventos mal planeada é um problema em si mesmo. O grupo de Quarantelli no Disaster Reserch Center, enumera caraterísticas importantes no planeamento em catástrofes. Preconiza que: é um processo contínuo; procura reduzir o desconhecido em situações problemáticas, ou seja, antecipa problemas e fornece soluções antecipadamente de modo a mitigar os efeitos potenciais (exemplo: as inundações não podem ser interrompidas, mas os danos à infraestrutura e a perda potencial de vidas podem ser mitigados pelo planeamento adequado); tenta promover ações adequadas e eficazes numa crise; deve ser baseado no que é mais provável de ocorrer; deve ser baseado em fatos, não em suposições e mitos; deve se concentrar em princípios gerais e não em pormenores; é uma atividade educacional (envolvimento dos profissionais de forma a consciencializar e promover a resiliência perante uma crise); poderá ser alvo de resistência, especialmente quando não há registo de qualquer evento deste cariz há muitos anos.

Na mesma ótica, Kollek, (2013) também defende a necessidade de planeamento integrado para garantir eficácia e eficiência de ambas as partes.

2. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

O desenvolvimento científico e tecnológico nas últimas décadas, contribuiu para alterações organizacionais, em que a certeza, continuidade ou permanência são inconstantes e caracterizadas pela complexidade e imprevisibilidade (Sá e Paixão, 2013). Assim, na perspetiva dos mesmos autores, a preparação para a mudança é fulcral, sendo a educação determinante. É fundamental que seja compreendida a incerteza do real, a dimensão científico-tecnológica dos problemas com que se deparam e que intervenham de forma refletida. No entanto, existe ainda um desajuste entre a aceleração do conhecimento científico-tecnológico e a definição e desenvolvimento de políticas educativas aptas a suportar tais mudanças.

A enfermagem baseia-se em interações, em que cada pessoa é singular e indivisível no cuidar. O avanço tecnológico tem levado a alguma centralidade na técnica, sendo que o processo do cuidar, por vezes desligado da pessoa, impõe o desafio no desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e recursos, denominado por competências. Assim os enfermeiros são protagonistas dos processos de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências (Serrano et al, 2011).

Ao longo da pesquisa efetuada, deparei-me com diferentes definições e perspetivas sobre o conceito de competência. No senso comum competência é um terno que designa uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O seu oposto, é gerador de um sentimento depreciativo, podendo sinalizar que a pessoa se encontra ou se encontrará discriminada no âmbito profissional e no reconhecimento social (Fleury & Fleury, 2001).

No entanto, a noção de competência caracteriza-se por ser um conceito bastante amplo, estando associado a um termo para designar conhecimentos, aptidões, capacidades, atitudes, tarefas ou saberes-fazer. A diversidade conceptual surge da sua utilização em diferentes contextos, diferentes disciplinas e áreas profissionais, resultando cada um deles num significado próprio e específico (Dias, 2006). Na mesma ótica, Moraes (2006) afirmara que a noção de competência está associada ao tipo de abordagem realizada e aos contextos onde esta se desenvolve.

Em 1973 McClelland publicou o artigo *Testing for Competence rather than Intelligence*, que propiciou o debate sobre competências. Na perspetiva deste autor a competência é uma característica implícita à pessoa, estando de forma casual relacionada com o desempenho superior na execução de uma tarefa ou em determinada situação. Assim, advoga que as metodologias de avaliação tradicional das aptidões, não seriam reveladoras do desempenho profissional e apresentavam resultados enviesados, associados a atitudes de discriminação, relativamente a minorias étnicas, sexo feminino e estatuto socioeconómico (Fleury & Fleury, 2001). Os mesmos autores definiram competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (p.188), o que para Morais (2004) significa “saber agir e poder agir num contexto específico com discernimento e eficácia” (p.23).

Na enfermagem, à semelhança de outras profissões, a definição de competências, não é consensual. A complexidade do trabalho do enfermeiro, além da realização de técnicas e procedimentos, vem dificultar a concetualização desta.

O processo de cuidados de enfermagem é uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados a partir de elementos da situação. Este é um processo contínuo de descoberta, elucidação e ação com o objetivo de encontrar uma forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio (Collière, 1999, p. 293).

A competência do enfermeiro no cuidar não se reduz apenas à habilidade que possui, pois é um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (OE, 2003, p. 246). É fulcral que, na relação com o outro, o enfermeiro domine vastos conhecimentos e que detenha características fundamentais para abordar de um modo holístico o utente, respeitando os valores profissionais e os objetivos da instituição. Assim, a competência do enfermeiro não se limita apenas à prestação direta de cuidados. Esta resulta do processo dinâmico entre a experiência profissional e a formação, sendo fundamental uma atitude de reflexão (Morais, 2004). Nesta ótica, Boterf (2000), já defendia que o enfermeiro, mobiliza e aplica eficazmente diferentes funções do qual envolve operações de raciocínio, conhecimentos, ativações de memória, avaliações e capacidades relacionadas com esquemas comportamentais. O enfermeiro tem que obrigatoriamente possuir competências que lhe permitam a capacidade de adaptação a novas situações. Nesse sentido, Morais (2004) advogou que “as capacidades cognitivas desenvolvidas em ambiente de trabalho permitem

a otimização do saber e do saber-fazer, ao mesmo tempo que a representatividade afetiva e avaliativa das situações desenvolve o saber-ser e estar profissional, numa procura constante da mestria do cuidar” (p.24).

Na perspetiva de Serrano et al (2011), competência é mais do que a soma das qualificações da pessoa, dos seus comportamentos e atitudes. O desenvolvimento de competências em enfermagem tem como determinantes, a equipa, os saberes e o contexto. Assim a competência resulta de um processo adaptativo da experiência, dos conhecimentos, da motivação e do ambiente. Por sua vez, Oliveira et al (2015) referem-se à competência profissional dos enfermeiros, “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores” (p.144)

Nunes (2010) evidencia o tempo como fundamental no desenvolvimento da perícia e competências em enfermagem. No entanto, não é determinante, defendendo a interligação com as vivências e não somente à soma cronológica das mesmas.

Nessa perspetiva, Benner (2001) propôs um modelo de desenvolvimento de competências, com base no Modelo de Dreyfus e Dreyfus, desenvolvido por Stuart Dreyfus (matemático e analista de sistemas) e Hubert Dreyfus (Filósofo), para a enfermagem, onde defende que para a aquisição e desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos:

- Iniciado: onde não há nenhuma experiência com as situações;
- Iniciado avançado: que se caracteriza por um comportamento que pode ser aceitável, porque já vivenciaram situações que permitem reconhecer a situação real, no entanto não são capazes de fazer triagem do que é realmente importante;
- Competente: implica trabalhar no mesmo serviço há dois ou três anos. O formando começa-se a aperceber dos seus atos e planos a longo prazo. Faz uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, havendo uma planificação consciente e deliberada, que ajudará a ganhar experiência e organização;
- Proficiente: os formandos apercebem-se das globalidades das situações, reconhecendo-as no seu todo e não como uma lista de tarefas a cumprir. Há uma orientação direta sobre o problema;
- Perito: caracterizado por uma compreensão intuitiva da situação; aprendizagem direta sobre o problema sem se perder e um agir a partir de uma compreensão profunda da situação global. São pessoas maleáveis e revelam um nível elevado de adaptação e de competências.

A mesma autora, defende ainda que estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças em três aspetos. Primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo é a modificação da forma como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto refere-se à passagem de observador a executante.

Le Boterf (2005) acrescenta que as competências resultam de três fatores: o saber agir (que pressupõe a combinação do conhecimento); o querer agir (implica a motivação pessoal); e o poder agir (que supõe a existência de um contexto de trabalho que possibilite a ação da pessoa).

Os enfermeiros cuidam de pessoas ao longo de todo o ciclo da vida, quer dos utentes, quer das suas famílias, em diferentes contextos, o que impõe competências gerais e específicas (Oliveira, 2015). Moraes (2004) já salientara a importância do desenvolvimento de competências relacionais, dado que o enfermeiro está inserido numa equipa multidisciplinar.

A saúde é das áreas que mais depende de recursos humanos qualificados, sendo que os cuidados de saúde contrariamente a alguns setores onde a evolução tecnológica, substituiu o trabalho executado pelos Humanos, continuam a ser assegurados, maioritariamente, por profissionais, apesar dos grandes efeitos alcançados com o desenvolvimento tecnológico. Nesta perspetiva é fundamental “dotar os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas de competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde” (OE, 2018, p.4).

Em Portugal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pelo decreto-lei nº161/96, veio diplomar a prática competente de enfermagem, desde o acesso ao exercício profissional, o exercício e intervenção do enfermeiro, delegação de tarefas e os direitos, deveres e incompatibilidades. O Código Deontológico do Enfermeiro, estabelece uma base deontológica para a prática da profissão, onde no artigo 99º um dos princípios gerais dispostos no primeiro artigo do documento é a competência e o aperfeiçoamento profissional. Não menos importante são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, assumindo-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e inserida num contexto local. Assim as definições dos padrões de qualidade surgem no sentido de promover o exercício profissional de enfermagem a um nível elevado de padrões de qualidade. Os Perfis de Competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais, conforme regulamento nº190/2015, também assumem um importante papel e “visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o

que podem esperar” (p. 10087). Assim, constata-se que o REPE, o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os Perfis de Competências do enfermeiro de cuidados gerais, sustentam o exercício da profissão.

A especialização dos recursos humanos em saúde surge como resposta aos desafios sociais, assegurando melhoria da produtividade, que se reflete em ganhos de eficiência e efetividade em saúde, numa prestação de cuidados de saúde de qualidade, mas também à necessidade de assegurar as dotações adequadas nas instituições de saúde. (OE, 2018).

No que se refere aos cuidados de enfermagem, é reconhecido que o número de enfermeiros, a sua educação, qualificação e condições em que executam a sua atividade, estão diretamente relacionados com a qualidade e segurança, contribuindo positivamente para uma melhoria em diversos indicadores, nomeadamente a mortalidade, resultados clínicos, qualidade de atendimento, satisfação do cliente e custos associados.

A evidência científica releva o impacto positivo da especialização em enfermagem, demonstrando ganhos em saúde, para os clientes, para as instituições e para os profissionais. Nesta perspetiva Oliveira et al (2015) referem que a competência profissional dos enfermeiros é entendida como um elemento-chave na qualidade e segurança. Apesar das diferenças apontadas, é consensual a necessidade de avaliação e medição da aquisição e do desenvolvimento de competências ao longo do tempo.

A especialização em enfermagem é uma tendência internacional. No entanto, com diferenças significativas entre os países. De uma forma geral existe uma diferenciação entre o enfermeiro especialista e o enfermeiro com formação avançada ou de prática avançada. Assim entende-se por enfermeiro especialista, aquele que se especializa numa determinada área clínica, adquirindo competências e o *Know-how* adicional, de modo a prover cuidados mais específicos. E o enfermeiro com funções avançadas é aquele que detém conhecimentos especializados, com uma grande capacidade de decisão e competências clínicas, resultantes de horas de prática clínica, especialização e ou formação pós-graduada. O âmbito de atuação varia de país para país, sendo que em alguns países desempenham funções semelhantes aos médicos clínicos gerais. Em Portugal, a formação especializada em áreas clínicas, é reconhecida pelo órgão regulador – Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

O enfermeiro especialista de acordo com o regulamento nº 140/2019, referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, surge como um profissional de “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte

efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Nos subcapítulos seguintes procedo a uma análise reflexiva do meu percurso profissional e ao processo de aprendizagem no âmbito do CMEMC, face à aquisição de competências como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC.

2.1. Contributos dos contextos da prática clínica

Exerço a minha atividade profissional desde setembro de 2000, sendo que iniciei funções no serviço de Otorrino do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM). Por necessidades institucionais fui transferida em janeiro de 2001 para o SU. Em dezembro de 2005 fui transferida, por minha manifesta vontade, para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do mesmo hospital, onde trabalhei até 25 de fevereiro de 2017, perfazendo assim um total de 18 anos a cuidar do doente em contexto de urgência/emergência e do doente crítico. Em maio de 2018 fui transferida para a Unidade de Dialise do HNM, também por minha manifesta vontade, onde atualmente permaneço. Apesar de exercer funções num serviço de dialise, sempre tive um interesse particular pela área de catástrofe/emergência multivítima.

Durante os 18 anos em que desempenhei funções no cuidar da pessoa em situação urgente/emergente, e na procura da excelência dos cuidados, frequentei várias formações com o intuito de me manter atualizada e que me permitisse o aprofundar de conhecimentos, alicerçados pelos pressupostos da deontologia profissional e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O ingresso no CMEMC foi motivado pela minha necessidade de aprimorar competências visando a excelência do cuidar.

No plano de estudos do CMEMC da ESESJC relativamente ao ensino clínico, este engloba três estágios. A unidade curricular I – Urgência, que decorreu no SU do CSM. A escolha por um serviço de urgência periférico, deveu-se à minha experiência profissional de cinco anos num serviço de urgência polivalente (SUP), sendo do meu interesse conhecer toda a dinâmica de uma urgência periférica. A unidade curricular II – cuidados intensivos, foi alvo de creditação pela ESESJC. A unidade curricular III – opção, foi também realizada no SU do CSM, decorrente do estágio I, onde constatei a inexistência de um plano de catástrofe, sendo este um dos indicadores de qualidade e avaliação do SIEM. Conversei na altura com o meu tutor, com o enfermeiro responsável por esta temática no SU do CSM e posteriormente discuti o assunto com a minha orientadora, sendo todos unânimes sobre a pertinência desta temática. Como objetivo geral delineei contribuir para a conceção e

implementação de um plano de catástrofe e /ou emergência multivítimas numa urgência periférica. No âmbito dos objetivos a que me propus, realço a competência específica prevista no regulamento nº429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista à PSC: “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação” (p. 19359).

Todo o ensino clínico foi delineado tendo por base os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, no que se refere ao domínio de responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme regulamento nº 140/2019 e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, conforme regulamento nº429/2018:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) 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” (p.19359)

Os estágios (ensino clínico I que integrou um total de 140 horas de contato: 130 de estágio e 10 de orientação tutorial e o ensino clínico III que fez um total de 210 horas de contato: 198 de estágio e 12 de orientação tutorial) como já mencionado atrás, decorreram no SU do CSM, sendo este considerado um serviço de urgência básico (SUB). A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), criada pelo despacho nº 13377/2011, de 23 de Setembro, no relatório elaborado em 2012 e denominado de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, refere que um serviço com estas características “são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (p. 20673). Destina-se ao atendimento de situações agudas com necessidade de apoio/tratamento médico num curto espaço de tempo.

No que se refere à estrutura física e recursos materiais, a CRRNEU (2012) enuncia que os SU devem contemplar área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, sala de emergência com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais, devendo o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório, no caso do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e do SUP ser fácil. Face ao preconizado, em termos

estruturais o SU do CSM é constituído por gabinete de atendimento administrativo, sala de espera, três gabinetes médicos, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, quatro salas de observação / internamento temporário, quarto médico, sala de enfermagem. O SU conta ainda com um conjunto de áreas de apoio, nomeadamente, área administrativa, zonas de espera e de informação, arrecadações, esterilização, zona de sujos, copa, rouparia, vestiários.

No que se refere aos recursos humanos a CRRNEU (2012) determina como recursos mínimos:

dois Médicos em presença física, dois Enfermeiros em presença física, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um Assistente Operacional com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa (p.20673)

Relativamente ao SU do CSM, as equipas base do SU são formadas por dois médicos assistentes, três enfermeiros, dois assistentes operacionais e um administrativo. Acrescem a esta equipa os internos de Medicina Geral e Familiar e internos do Ano Comum que fazem a componente de SU de cuidados de saúde primários no CSM. O SU funciona 24 horas, assegurando cuidados de saúde a utentes em todas as fases do seu ciclo vital.

Importa referir que a equipa o SU do CSM é constituída por 15 enfermeiros, dos quais três têm a especialidade em enfermagem médico cirúrgica e um a especialidade em enfermagem de saúde mental.

No que se refere aos recursos materiais/equipamento determina:

Além do carro de emergência com o equipamento previsto em Norma da Direção -Geral da Saúde, material para assegurar a via aérea, ventilador portátil, Monitor de Sinais Vitais, com desfibrilhador manual e automático, saturímetro, capnógrafo e marca passo externo, eletrocardiógrafo de 12 derivações, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen), patologia química/química seca e capacidade de medição de gases do sangue e lactatos” (p.20673)

Relativamente ao SU do CSM este encontra-se equipado com desfibrilhador e material para entubação, electrocardiógrafo, fitas reativas para medição de glicemia capilar, multistix, oxímetro, aparelho de gasimetria e diferente material para imobilização em trauma.

O mesmo despacho menciona ainda que o SUB deve ter uma ambulância de suporte imediato de vida, ativável apenas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do SEMER, em gestão integrada, que permita a colaboração na transferência inter-hospitalar de doentes críticos (CRRNEU, 2012).

No que se refere à admissão dos utentes, à entrada no SU, os utentes, ou seus representantes, apresentam a respetiva identificação nos serviços administrativos permitindo

que o seu processo clínico fique acessível informaticamente e consequentemente disponível aos profissionais de saúde.

Neste serviço não está implementado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), sendo que as prioridades de atendimento são consoante as queixas do utente e critérios do enfermeiro. Os utentes são depois encaminhados para avaliação médica. Consoante a avaliação e necessidades os utentes são encaminhados para as salas de observação para administração de terapêutica ou outras intervenções que se considerem importantes. Atendendo à gravidade da situação e necessidades de intervenção, os utentes poderão ser transferidos para o SU do HNM, acompanhados pelo enfermeiro e/ou médico e pela equipa de emergência médica nos casos de maior instabilidade hemodinâmica e suporte ventilatório.

Relativamente à unidade curricular Estágio II – cuidados intensivos, esta foi alvo de creditação pelo Conselho Técnico-Científico (CTC), após a análise e aprovação pelo CTC, com base na experiência profissional.

Os SMI destinam-se à observação, avaliação, diagnóstico e tratamento de utentes em estado crítico, mas potencialmente com condição reversível, com patologias que necessitam, de monitorização e apoio das funções vitais, onde são assegurados cuidados em função das suas necessidades, 24 horas por dia (DGS, 2003).

Os serviços com os quais os SMI devem manter uma relação de continuidade são o bloco operatório (BO) e a radiologia, sendo que deve ter uma relação de proximidade com o SU e as unidades de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) em três níveis de cuidados, classificação essa adotada pela DGS em Portugal. Assim, nível I: visa basicamente a monitorização e pressupõe a articulação com outros serviços de níveis superiores; nível II: referem-se a unidades com capacidade de monitorização invasiva e suporte das funções vitais. No entanto, não possuem meios de diagnóstico ou especialidades diferenciadas; nível III: correspondem aos chamados SMI/UCI que, preferencialmente, devem estar dotados de quadros próprios e acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica. São locais qualificados para assumir a responsabilidade integral dos utentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003).

Assim, a designação Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos (S/UCI) nos Hospitais Portugueses deve referir-se exclusivamente a unidades de nível III.

A medicina intensiva evoluiu ao longo dos anos, relativamente à estrutura, processo e resultados. Urden et al (2014) acrescentam que as UCI evoluíram de unidade isoladas para unidades nas quais se prioriza o cuidado da pessoa numa perspetiva multidimensional. O desenvolvimento tecnológico permitiu monitorizações menos invasivas, equipamentos mais intuitivos e adequados ao utente. O foco dos cuidados também foi sendo alterado, adotando-se uma abordagem mais humanizada. À família também foi dada mais ênfase, permitindo a presença destes num horário mais alargado e flexível, cientes dos benefícios do contato do doente com a família, envolvendo-os também no processo de tomada de decisão (Vicent, 2013).

Na perspetiva de Vicent (2013) no futuro o número de camas hospitalares em UCI continuará a aumentar, face às necessidades crescentes de medicina intensiva, sendo que a evidência científica propiciará o desenvolvimento do conhecimento e consequentemente melhor caracterização dos doentes e adequação das medidas terapêuticas de forma a garantir cuidados eficazes e eficientes. Assim, o mesmo autor defende que a medicina de cuidados críticos é uma das áreas médicas com maior crescimento em termos de número de utentes, sendo que representa uma parte cada vez mais importante dos sistemas de saúde no mundo desenvolvido.

Estatisticamente, Penedo (2013) refere que em 2009, o número médio de camas na Europa afetas às unidades de cuidados intensivos era de 11,5 por 100000 habitantes. Tendo por base os países europeus com sistemas de saúde semelhantes a Portugal, a média de camas em cuidados intensivos era de 9,2, sendo que em Portugal revelou uma média de 4,2 camas, revelando-se como o país europeu com menos camas em cuidados intensivos.

O SMI do HNM encontra-se sediado no andar técnico, adjacente ao SU. Atualmente no mesmo piso localiza-se o serviço de imagiologia. No entanto o bloco operatório localiza-se no piso superior (1º piso) sendo que segundo as recomendações técnicas para instalações das UCI (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2013), deve ser mantida uma relação de proximidade com este serviço, tendo em consideração a situação clínica do utente e na possibilidade de retorno ao BO.

É uma unidade polivalente, que se entende por admitir doentes de todas as especialidades. Possui um corpo clínico próprio, que de acordo com Vicente (2013) propicia melhores *outcomes* ao contrário de organização por especialidades clínicas.

O SMI tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico, através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na

investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivíssimo.

Os princípios da ética médica: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça, norteiam o desempenho dos profissionais do SMI.

A nível da assistência médica e de enfermagem ao doente crítico, os quadros clínicos prevalentes são: Sepsis e choque séptico; Choque circulatório de diferentes etiologias; Paragem cardiorrespiratória; Insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada; Politraumatismo; Grande queimados; Traumatismo craneoencefálico e vertebro medular; Doença cérebro vascular hemorrágico e isquémica; Estados pós operatórios; Insuficiência renal aguda e crónica agudizada ; Insuficiência hepática aguda e crónica agudizada; Disfunção metabólica e neuro-endócrina; Intoxicações; Manutenção e referenciação de doadores multiorgânicos; Cuidados de fim de vida; Assistência à família/pessoa de referência.

Dada a complexidade clínica do doente crítico, o SMI dispõe de meios avançados de monitorização, ventilação e terapêutica, que incluem: Monitorização Não Invasiva; Monitorização Invasiva; Suporte de Funções; Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica:

No que se refere à Emergência Hospitalar: O SMI assegura a assistência a todos os doentes admitidos na sala zero e quando solicitado aos doentes internados na sala de cuidados especiais do SU do HNM.

A nível da Emergência Intra-Hospitalar: O SMI assegura cuidados urgentes e emergentes, a todos os adultos internados no HNM, bem como os que circulam no perímetro hospitalar, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

De referir ainda que o SMI assegura assistência de Follow-up e de qualidade de vida pós internamento no SMI através de atividades assistenciais multiprofissionais e multidisciplinares de *outreach* prospetivo e reativo e consultas de Follow-up.

O SMI, tem uma lotação de 11 camas, localiza-se no Andar Técnico (UCIP 1) e no 1º Andar Poente (Sala 10 - UCIP 2) do HNM. A área no andar técnico é composta por três Sectores distintos: 1) Sector de Apoio (gabinets, copa, arrecadação de materiais, vestiário e sala de pausa); 2) Sector de Internamento, constituído por uma sala aberta com sete camas e outra de isolamento com uma cama e, 3) Sector de Sujos. A área no 1º andar poente é constituída por uma sala aberta com três camas.

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros/as distribuídos por cinco equipas, dos quais 16 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 5 especialistas em

enfermagem de reabilitação, 1 em enfermagem de saúde mental e 1 em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. Em cada equipa existe um enfermeiro responsável de turno, que coordena a equipa.

Importa aqui fazer referência à dotação dos enfermeiros que se encontra associada à qualidade dos cuidados prestados e à segurança do doente. Nesta perspetiva a OE definiu, rácios enfermeiro / doente, associado ao nível de cuidados em SMI. Assim sendo na unidade de nível I: um enfermeiro para três doentes; nível II: um enfermeiro para 1.6 doentes e nível III: um enfermeiro por doente (OE, 2014).

De salientar, ainda que, previamente, na sequência do Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem área de especialização Médico-cirúrgica, vertente nefrológica, (o qual por razões pessoais não o finalizei) realizei um estágio de 160 horas na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital São José em Lisboa e um estágio de 40 horas na Programa de Prevenção e Controle de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) do HNM. No estágio realizado na UUM, no âmbito do controle da infeção, elaborei instruções de trabalho e grelhas de auditoria de acordo com as instruções de trabalho realizadas. Destaco ainda a elaboração de um estudo de caso, o qual me permitiu aprofundar competências.

Passo de seguida a fazer uma reflexão fundamentada pela evidência científica sobre as experiências vivenciadas nos diferentes ensinamentos clínicos associado às diferentes competências comuns e específicas.

2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A atribuição do título de especialista, certifica um profissional com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, e que estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns, sendo estas aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados (OE, 2019).

O conjunto de competências especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e são caracterizadas por competências comuns e competências específicas. As competências comuns são as que todos os enfermeiros especialistas possuem, independente da sua área de especialidade e que se referem essencialmente a competências diferenciadas ao nível da conceção, gestão, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação (OE, 2019).

De seguida apresento a minha reflexão associada ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pelas OE.

2.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio das competências comuns subdivide-se em: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, e “Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, conforme descrito no regulamento nº 140/2019 da OE (p. 4745).

O código deontológico do enfermeiro salvaguarda a qualidade dos cuidados, preconizando uma permanente atualização científica e técnica, de modo que os profissionais assegurem uma prestação de cuidados com respeito pela dignidade humana, promovendo ou restituindo a saúde e atenuando o sofrimento, conforme despacho nº14223/2009.

Para Freire (2015 um bom profissional, “(...) não é apenas um técnico, mas alguém que atua segundo os valores próprios da sua profissão, não só científicos, mas também éticos e deontológicos” (p. 98).

A prática dos cuidados de enfermagem, pressupõe uma atividade segura e ética contínua. Na certeza de que a procura pela excelência dos cuidados e uma postura assertiva no que se refere aos princípios éticos e deontológicos, são inegáveis, independentemente do contexto da prática clínica.

A sensibilidade moral permite ao enfermeiro identificar um problema ético, pressupondo depois uma decisão ética. Por sua vez, a tomada de decisão, pode ser influenciada por diferentes fatores, nomeadamente elementos de natureza multidimensional bem como elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídico (Deodato, 2014).

No que se refere ao estágio I realizado no SU do CSM, e no decorrer do mesmo pude constatar que alguns utentes recorriam ao SU por problemas não urgentes, como por exemplo administração de injetáveis e realização de pensos, dado que “o centro de saúde estava fechado”. Já o relatório da CRRNEU (2012), alertava para estas situações, referindo que “(...) as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU. No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil.” (p. 8)

Assim, importa esclarecer os conceitos de urgência, emergência e situação crítica, que de acordo com a CRRRNEU (2012):

relativamente à atividade assistencial, entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão. (p. 8)

Da minha observação pude constatar, algumas vezes, o aglomerado de utentes que permaneciam nas salas de observação, estando a sua privacidade comprometida. A capacidade de acomodação oferecida pela infraestrutura do SU encontrava-se desajustada. A manutenção da privacidade e da confidencialidade, revelou-se para mim um desafio no SU. Muitas vezes senti que a privacidade estava comprometida dado que o não distanciamento suficiente entre os utentes, isto é, quando ia prestar cuidados a um utente era no mesmo espaço físico onde se encontravam outros utentes em vigilância /tratamento, o que exigiu uma adoção e promoção de medidas alternativas de forma a garantir estes direitos, tal como adequar o tom de voz e na escolha de um local mais apropriado e reservado para transmissão de informação.

Neste contexto, a CRRNEU (2012) advoga que

deverá haver a preocupação de (...) respeitar escrupulosamente os conceitos de privacidade e conforto e permitir comunicação e informação personalizada e humanizada. Para além disso, devem garantir-se condições de visualização e fácil acesso ao doente. As áreas de circulação, nomeadamente corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas (p.15)

Por sua vez na Carta dos Direitos do Doente Internado, publicada pela Direção-Geral da Saúde (2004), consta que “sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença” (pp. 2-3). E mais acrescenta:

as instalações e equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica. A fragilidade devida à situação clínica determina, para o doente internado, necessidades específicas não só de diagnóstico e tratamento, mas também de instalações e equipamentos. (p.3)

No que se refere à privacidade defende que:

o respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós-operatórios, radiografias, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento. Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer. (p.11)

O respeito pela privacidade do doente foi alvo da minha preocupação e nesse sentido desenvolvi estratégias face às dificuldades encontradas, nomeadamente associadas à sobrelotação de doentes no SU. Assim recorri ao uso de biombos na perspetiva de isolar/individualizar o doente. O atendimento a doentes em simultâneo no mesmo espaço também pode comprometer a sua privacidade, aquando da verbalização das suas queixas. Assim procurei adequar o tom de voz e manter o afastamento possível entre doentes. No SMI, estas situações encontram-se mais salvaguardadas, dado que os doentes se encontram em boxes individualizadas. Aquando das visitas, estas eram encaminhadas diretamente para a boxe do seu familiar.

Durante a minha prestação de cuidados procurei sempre atender o utente no seu todo, tendo sempre como foco de atenção as necessidades da pessoa/família, considerando as suas múltiplas dimensões, alicerçadas numa relação de ajuda visando uma resposta terapêutica.

Considerando a complexidade da prestação de cuidados a utentes urgentes/emergentes e toda a sua envolvência, sofrimento, dor, angústia, importa salientar que estes são fatores geradores de stress para o utente e familiares. Nesse sentido, os cuidados de enfermagem devem abranger a pessoa doente, mas também os seus familiares. É fulcral incluir as perspetivas dos utentes e seus familiares no planeamento de cuidados e na avaliação dos mesmos, visando a qualidade, a segurança e a satisfação. Neste contexto a OE (2015) esclarece o conceito de “pessoa situada” e as suas dimensões que

(...) dizem respeito à família (as raízes: tradições, cultura, casa, ambiente, desde o património genético até aos processos de educação e aculturação, no meio em que se cresceu); ao espaço e ao tempo, ou seja, ao universo concreto em que se inicia e desenrola a existência; à dimensão social; à relação com o sagrado e ao grau de autoconsciência adquirido. E como cada um de nós só existe situado, a circunstância ou a situação é algo que penetra, caracteriza e condiciona profundamente a pessoa humana. (p. 39)

O enfermeiro é aquele profissional que mais tempo passa junto ao utente, desempenhando também aqui um papel fundamental na humanização dos cuidados, sendo que muitas vezes pode ser condicionado pela sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos. Procurei sempre priorizar as minhas atividades, não descurando a humanização dos cuidados e após estabilização do utente prestava informações à família e tranquilizava-os. Todo este processo enquadra-se no processo de transição, explicado por Meleis. Assim sendo, a autora defende transições como mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, ou nas capacidades. Defendendo que transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, mudando comportamentos, e assim mudando a definição de *self* num

contexto social: de um *self* saudável ou doente, de necessidades internas ou externas, afetando o estado de saúde (Meleis, 1991).

Neste sentido, enquanto enfermeira, compete-me assimilar na minha prática quotidiana esta teoria, mediante a utilização de ferramentas pertinentes, com o objetivo de melhor responder aos vários contextos que se apresentem perante a pessoa e família, no todo biopsicossocial. Como elucida Meleis (2010) os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os utentes para a transição eminente e são os profissionais que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com experiências de saúde e doença.

Nesta perspetiva, sempre que abordei o utente e família disponibilizei-me em ouvi-los, esclarecer dúvidas, adequando a linguagem ao grau de conhecimento, perspetivando estabelecer uma relação de ajuda. No âmbito da deontologia profissional a OE (2015) defende que o enfermeiro tem do dever de “informar o individuo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.73). Benner (2001) já referira que o enfermeiro deve “trazer um apoio afetivo e informar as famílias dos doentes” (p.77)

Pauto o exercício da minha profissão, pelo sigilo profissional, assegurando que apenas aos profissionais diretamente envolvidos nos cuidados ao doente, é divulgada informação relevante para a continuidade dos cuidados. Neste âmbito, importa ainda aqui fazer referência à passagem de turno de enfermagem, sendo um momento de transmissão de informação relativa aos utentes. É importante relembrar a privacidade e humanização. Nesse sentido, a passagem de turno é realizada na sala de enfermagem, apenas na presença de enfermeiros, salvaguardando-se assim a privacidade dos utentes.

Em contextos de cuidados intensivos frequentemente me deparei com dilemas éticos.

A morte, hoje, já não é vista como um fenómeno natural, sendo um acontecimento que perturba a vida das pessoas, representando o desconhecido. Está muitas vezes associada ao fracasso, à impotência e à limitação da ciência. Neste contexto, a ciência e a tecnologia têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e a morte, transmitindo-se aos profissionais de saúde, doentes e familiares, uma forte convicção de que se deve esgotar todos os meios para preservar a vida, o que muitas vezes leva a dilema éticos, tornando imprescindível a reflexão sobre o prolongamento da vida e o afastamento da morte. A bioética, baseada no conhecimento biológico e ético, vai orientar a tomada de decisão na prática dos cuidados de saúde e das situações decorrentes da evolução científica.

Em cuidados intensivos, prolongar a vida humana, de forma artificial, não significa evitar morte evitáveis, pois a capacidade para salvar vidas, que de outra forma se perderiam, por vezes é o preço que se paga com o risco de se poder prolongar artificialmente a vida, a agonia e o sofrimento de pessoas para quem a morte é inevitável.

Neste contexto, os profissionais de saúde, deparam-se com um cuidar que muitas vezes é marcado pela dor, pelo sofrimento e pela angústia, onde

(...) durante este interminável tempo de internamento, o doente talvez anseie apenas por um lugar acolhedor; um lugar isento de ruído, de luz e que lhe proporcione recolhimento fora da multidão anónima que sem se aperceber transforma uma noite de descanso num dominante ambiente perturbador. (...) Por outro lado, os PS sobrecarregados, cansados e absorvidos pela técnica, carecem de tempo ou de força para apenas oferecer um simples sorriso ao doente. Sim, apenas um sorriso; um sorriso que possa transmitir presença, confiança, encorajamento e conforto. (Alves, 2015, pág.48).

É, pois, decorrente desta realidade, que surge a essência de um cuidar paliativo: um cuidar que se ocupa da totalidade da pessoa, respeitando-a na sua individualidade e na sua dignidade.

Face ao exposto, levantam-se questões acerca do sofrimento humano, da obstinação terapêutica e distanásia. Por obstinação terapêutica entende-se a implementação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, pelos quais não advém qualquer benefício para o doente. Por sua vez distanásia, significa o prolongamento do processo de morrer, resultando num processo doloroso e sofrido (Freire, 2015).

Neste seguimento passo a reportar um caso real que se refere ao cuidar em fim de vida em cuidados intensivos e o respeito pela dignidade da pessoa no processo de morrer. Esta reflexão emerge enquanto enfermeira em cuidados intensivos, onde frequentemente me questionava, se o que é cientificamente possível, é eticamente correto e aceitável.

Tratava-se de uma mulher com diagnóstico de cancro da mama, com história de internamento em cuidados intensivos na sequência do seu diagnóstico, que após alta deste serviço, manifesta que não quer ser mais submetida a medidas invasivas. Passados uns meses a senhora é admitida num contexto de prostração e insuficiência respiratória na urgência e é readmitida nos cuidados intensivos sedada. Quando suspensa a sedação e a senhora desperta, pergunta-me o que estava ali a fazer, uma vez que tinha manifestado verbalmente a recusa de medidas invasivas alegando que não queria sofrer mais. Conversei com esta de modo a perceber se estava devidamente informada do seu processo de doença/prognóstico e se estava consciente das consequências da sua decisão. Confirmado a sua vontade, contatei as suas filhas a informar da vontade da sua mãe e da revolta desta por despertar e se aperceber que se encontrava novamente numa unidade de cuidados intensivos e pedi que

comparecessem na unidade afim de reunirmos em equipa multidisciplinar. Importa referir que após reunião multidisciplinar, foi respeitada a vontade da doente, sendo transferida para outro serviço, onde dias depois faleceu acompanhada das filhas.

A minha reflexão e decisão de atuação perante este caso baseou-se em quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; e pelo código deontológico do enfermeiro. Analisando o caso acima descrito, pelo princípio da autonomia a pessoa age livremente de acordo com o que escolhe, desde que seja considerado como capaz para decidir (Beauchamp & Childress 2011). No seguimento desde princípio, reporto o código deontológico do enfermeiro, conforme lei nº156/2015, no artigo 105º - Do dever de Informação, no que se refere ao “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (p.8079), que se fundamenta pelo respeito pela autonomia que pressupõe o consentimento, ou seja a autonomia que a pessoa tem para decidir sobre isso. Apesar de no caso aqui reportado, a senhora só ter expressado a sua vontade verbalmente, esta também deverá ser tida em consideração, pelo que nesse sentido, refiro o Código penal no que respeita o Artigo 38º - Consentimento, conforme descrito no decreto-lei nº48/95, que menciona:

o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto; O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (pág.1365).

Saliento ainda, neste contexto, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, que enuncia com regra geral que qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida, pelo princípio da beneficência: o “fazer o bem” e o da não maleficência “não fazer o mal” estes associados, pelo que na impossibilidade ou limitação em promover o bem, deve ser sempre evitado causar o dano (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Que no caso referido, aplica-se pela minha preocupação em fazer respeitar a vontade da senhora, sabendo que numa UCI, pela sua componente tecnicista, não seria o ambiente mais adequado para um fim de vida com dignidade.

No que concerne o princípio da beneficência, constitui um pilar ético do exercício dos profissionais de saúde, de modo especial dos enfermeiros, uma vez que as intervenções visam sempre o bem da pessoa doente, pois qualquer ação do profissional, deverá resultar sempre num bem.

No que respeita ao princípio da justiça, numa perspetiva legal e moral, entende-se como a igualdade de direitos. Estes devem ser equitativos ou proporcionais, ou seja, é “dar a cada um o que é devido” de modo igual (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Na perspetiva de Beauchamp e Childress (2011), uma injustiça ocorre quando uma ação errada ou uma omissão, impede à pessoa um benefício ao qual tem direito, não havendo proporcionalidade ou equidade. Neste contexto, agir com justiça, é atender ao que a pessoa precisa, na medida em que precisa e no tempo em que precisa. Os elementos essenciais para a decisão deverão ser os benefícios e os inconvenientes para a pessoa doente e os recursos disponíveis. Neste seguimento, compreende-se que inerente a este princípio está o princípio de futilidade, beneficência e não maleficência. Assim como fúteis, consideram-se todas as medidas que se possam revelar desajustadas, desadequadas e inapropriadas (Pimenta, 2015). No caso em reflexão e atendendo que não havia perspetiva de cura e à luz dos diferentes princípios mencionados, será eticamente correto a transferência da senhora para outro serviço proporcionando um acompanhamento digno nesta fase da vida e reservando a UCI para o doente crítico.

No que se refere ao código deontológico, considero, no meu entender 2 artigos importantes, para análise do caso citado: artigos 103º e 108º.

Relativamente ao artigo 103º que se intitula “Dos direitos à vida e à qualidade de vida” - toda a pessoa tem direito à vida no decorrer do ciclo vital.

No que se refere ao artigo 108º intitulado “Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida” - o objetivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, remetendo-nos para capacidade da pessoa, por intermédio da sua consciência, agir livremente, assim como de se autodeterminar. A ação dos enfermeiros deve ser dirigida no sentido de promover a qualidade de vida, respeitando a dignidade da cada pessoa e no cumprimento das regras de ética e da deontologia profissionais.

A reflexão deste caso permitiu-me desenvolver competências inerentes a uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, sobre a liderança efetiva dos processos de tomada de decisão ética na área de especialidade e na avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão, unidades de competência descritas no regulamento nº140/2019.

2.2.2. Melhoria contínua da qualidade

A combinação complexa de processos, tecnologias e interações humanas que constituem o moderno sistema de prestação de cuidados de saúde pode trazer benefícios significativos. No entanto, também envolve um risco inevitável de eventos adversos que podem e muitas vezes acontecem (WHO, 2002). Assim sendo, as intervenções de saúde têm como objetivo beneficiar os pacientes, mas também podem causar danos.

Em 2013, pelo despacho n.º 3635/2013, foram criadas as comissões da qualidade e segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde. Com a criação destas comissões assegura-se que as recomendações, orientações e normas técnicas, elaboradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade e emitidas pelas DGS se propaguem, de forma contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde do SNS, na sua prática clínica diária. A estas comissões cabe a responsabilidade de elaborar planos de ação anuais e respetivos relatórios, que explanem o planeamento e as atividades desenvolvidas em respeito pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, definidos no regulamento nº361/2015, reconhece os enfermeiros especialistas como elementos fundamentais na cadeia de prestação de cuidados de qualidade à PSC e têm por objetivo nortear e ser um referencial para a prática especializada destes. Desta emergem os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas à PSC, a mencionar: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados especializados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

A temática da melhoria da qualidade, incute o conceito de segurança, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança do doente é de extrema importância nos cuidados de saúde (Burströmet al, 2014). Já em 2002 a WHO advogou que a segurança do doente é um elemento fulcral na qualidade dos cuidados e no aperfeiçoamento do desempenho dos profissionais de saúde. Igualmente Fragata (2010) defende que “a qualidade está verdadeiramente ligada à segurança, na verdade não existirá qualidade sem segurança” (p.568), considerando assim a segurança um elemento indissociável da qualidade.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética no sentido que contribuem, indubitavelmente, para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados, conforme descrito no despacho nº5613/2015.

Importa aqui clarificar os conceitos de qualidade e segurança do doente.

A DGS (2011) define qualidade como “o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (p.23) e segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (p.21). Assim, de acordo com o despacho nº5613/2015, a qualidade, estreitamente relacionada à segurança dos cuidados, “é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português” (p.13551).

O SMI é uma das 13 US certificadas do SESARAM, com a acreditação da qualidade do nível Bom, pela DGS, pelo modelo da Agência de Calidad Sanitária de Andalucía (ACSA) utilizado como modelo oficial do Ministério da Saúde desde 2009, pelo despacho nº69/2009, para acreditação dos serviços do SNS.

Importa aqui referir que no estágio realizado no SU do CSM este encontrava-se em preparação para a acreditação pela DGS através do mesmo modelo. Este processo estava a cargo de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com o apoio da restante equipa.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados é uma realidade dos sistemas de saúde. No sentido da redução destes, em parte evitáveis, é fundamental a implementação de políticas e estratégias, sendo reconhecido internacional e nacionalmente, como determinante para ganhos em saúde, sendo uma medida inequívoca em saúde, de acordo com o despacho nº9390/2021.

De forma a assegurar a implementação das medidas referentes à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde, foi atribuída à DGS, conforme decreto regulamentar nº14/2012, a missão de planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde e assegurar, conforme despacho nº9390/2021, “a promoção das atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria continua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde” (p.96).

Em 2021, na continuidade do processo iniciado em 2002, é aprovado na 74ª Assembleia Mundial da Saúde o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-

2030. Alinhado a este foi elaborado o Plano Nacional para a Segurança do Doentes (PNSD) 2021-2026, plasmado no despacho nº 9390/2021. Encontra-se estruturado em cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; práticas seguras em ambientes seguro. Estes sustentam catorze objetivos estratégicos, sendo que as metas são alcançadas pela implementação das ações definidas no referido plano.

Nos termos do PNSD 2021-2026 a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais, bem como de grupo, “que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões de segurança do doente” (p.99). A liderança e governança englobam as estratégias para garantir uma cultura centrada na segurança, priorizando, desenvolvendo e criando as condições necessárias, propiciando-se um ambiente facilitador gerando confiança e abertura para refletir e antecipar as fragilidades do sistema, assim como a possibilidade de ocorrências de eventos indesejados, para além de responder, de forma clara, aos complexos desafios inerentes à prestação de cuidados.

De acordo com o despacho nº 1400-A/2015 a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está relacionada com o nível de cultura de segurança das instituições e com a sua organização, “havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta 10 vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde” (p.3882-(2)). Tais eventos acarretam consequências, com repercussões a nível humano, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, bem como repercussões estratégicas na reputação do SNS e consequentemente na sua economia.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é um sistema muito complexo e instável, que exige uma forte e permanente capacidade de adaptação. A eficácia da resposta assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional, conforme despacho nº 1400-A/2015.

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todos os envolvidos, pelo que, cientes da necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde à notificação do erro/evento adverso para uma cultura de aprendizagem, Lima et al (2018), procederam a um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, de modo a identificar limitações sentidas pelos profissionais de saúde à notificação do erro/evento adverso. Concluíram que há deficit de conhecimento sobre os sistemas de

notificação das instituições, bem como de cultura de reporte dos participantes que conhecem o sistema. Como principais limitações apontam a falta de cultura de reporte; o conhecimento insuficiente sobre o sistema de notificação; a sobrecarga no trabalho, pressão no trabalho e a ausência de feedback na resolução dos motivos que levaram à ocorrência do evento, enquadrando-se como limitações de âmbito organizacional. Evocam a necessidade de refletir sobre a falta de cultura de reporte nas organizações de saúde, identificando as vulnerabilidades à notificação do erro/evento adverso reveladas pelos profissionais de saúde.

No que se refere à segurança na comunicação, de acordo com despacho nº9390/2021, esta é essencial em toda a cadeia de prestação de cuidados, particularmente nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação aos diferentes intervenientes na prestação de cuidados de saúde, indo ao encontro ao já preconizado pela OE (2015), no que se refere ao dever de "assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas" (OE, 2015, p. 69).

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é, assim, um elemento fulcral na segurança do doente, estando associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente à redução da mortalidade. Neste âmbito é preconizada a implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas, devendo-se assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações.

As falhas mais comuns de comunicação entre os profissionais de saúde, aquando da transferência de cuidados estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Assim, uma das estratégias recomendadas é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização, bem como a sua implementação de forma ativa. A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde, em que I: corresponde à identificação; S: à situação atual; B: aos antecedentes; A: à avaliação; R: às recomendações. Para além de ser uma ferramenta que permite uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde, esta metodologia, permite a rápida tomada de decisão, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transmissão de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

Ciente que a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da qualidade dos fluxos informacionais entre os diferentes contextos de prestação de cuidados, Azevedo e Sousa (2012) realizaram um estudo qualitativo, com análise de conteúdo, com o

objetivo de analisar a informação respeitante ao diagnóstico de enfermagem e suas dimensões relativas ao Papel de Prestador de Cuidados, partilhada na transição de cuidados do hospital para os cuidados de saúde primários e a qualidade dos fluxos informacionais estabelecidos. Concluíram que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de modo a assegurar a continuidade informacional nos cuidados de saúde.

Apesar da comunicação ser utilizada diariamente na prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a se estabelecer uma comunicação eficaz. A comunicação eficaz em saúde requer assim, conhecimento, competência e empatia (DGS, 2017).

Relativamente à prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, é recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, com o intuito de promover a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, incutindo uma melhoria continua e de proteção do notificador.

Neste âmbito, já como enfermeira e agora enquanto estudante em ensino clínico no SESARAM, verifico que é da responsabilidade do enfermeiro a notificação de incidentes, no âmbito da gestão do risco. Esta função está disponível na plataforma ATRIUM, permitindo assim que a nível da instituição seja avaliado os incidentes mais frequentes e instituir medidas de minimização.

No que se refere à notificação de alergias, estas são da responsabilidade do enfermeiro e realizadas no processo clínico do doente, no item “alertas”, sendo que é possível registar a presença ou ausência das mesmas.

No que se refere à hemovigilância, também inserido neste pilar, o Sistema Português de Hemovigilância foi implementado em 2008 em Portugal. De acordo com o decreto-lei nº39/2012, foi atribuída ao Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST), a responsabilidade de regulamentar a segurança transfusional nas instituições portuguesas. No relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância do de 2020, foram reportadas 23 notificações de Quase Erro realizadas por 7 instituições e 36 notificações de Erro realizadas por 5 instituições. Dos quase erros, 60,32% ocorreu na fase de colheita e identificação da amostra, e dos erros 42,42% na fase da administração da transfusão. A análise de erros e quase erro são uma abordagem fundamental da segurança na medicina transfusional e consequentemente na segurança do doente. No mesmo relatório é reforçada a importância da sensibilização de todos os

profissionais envolvidos na cadeia transfusional através da dinamização das Comissões Transfusionais e/ou Grupos de Patient Blood Management.

Pude verificar que no SESARAM está disponível um manual de transfusões elaborado pelo Serviço de Sangue e Medicina Transfusional da instituição, com base na evidencia científica. Assim, é pretendido que os profissionais conheçam e reconheçam a importância destas e que assegurem condições para a sua implementação nos serviços onde trabalham. O documento encontra-se dividido em três fases: fase pré-transfusão, fase transfusional e fase pós-transfusão.

Neste âmbito, tenho a referir um caso, no decorrer da minha prática, em que um doente apresentou um quadro de *rash* cutâneo, prurido, rubor facial, dispneia e hipotensão aquando da transfusão de uma unidade de concentrado de eritrócitos. Procedi de acordo com as indicações do manual. Contatei o médico de serviço, suspendi imediatamente a transfusão, administrei medicação de urgência conforme indicação médica, mantive a vigilância e monitorização dos sinais vitais e depois da situação estabilizada procedi ao preenchimento do impresso de “Notificação Rápida de Reação Adversa Transfusional – HEMOVIGILANCIA”.

No que se refere às práticas seguras em ambiente seguros, nos termos do despacho nº9390/2021, o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos. Salienta os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais, bem como das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a organização do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos dos cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos, como algumas das condicionantes dos ambientes seguros. Nesta ótica, Burström et al (2014) referem que no SU, os doentes são admitidos com sintomas e sem diagnóstico definido, sendo imperativo que os profissionais de saúde sejam detentores de competências para prestar cuidados de alta qualidade com base em princípios básicos. Defendem que a sobrelotação, falha de comunicação e falta de trabalho em equipa, são alguns fatores de riscos ou danos à segurança do doente. Para além disso, ressaltam que um ambiente de trabalho que exige constantes multitarefas, é um desafio.

É neste âmbito que se enquadra a intervenção no âmbito da prevenção de quedas, de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, de acidentes/incidentes/eventos adversos relacionados com dispositivos médicos e segurança da medicação. Na minha

prática clínica, avalei o risco de quedas e úlceras por pressão, através das escalas em vigor na instituição: Morse e Braden, respetivamente.

No meu cuidar procurei atender sempre à prevenção de acidentes/incidentes adversos relacionados com dispositivos médicos e erros de medicação. Garanti a segurança dos doentes, através da identificação destes com pulseira com respetivo nome e número de processo clínico. Na administração de terapêutica, garanti que os medicamentos foram administrados na dose, via, à hora determinada e ao respetivo doente. Procedi à verificação da tabela terapêutica no início de cada turno e atualizei-a aquando das alterações terapêuticas. No plano de cuidados implementei intervenções face à segurança do doente em diferentes diagnósticos.

A padronização dos cuidados prestados através da existência de protocolos é defendida por Pimenta et al (2017) como estratégia para garantir um aumento da segurança na prática, advogando que estes permitem a integração de novas tecnologias alcançando-se a inovação no cuidar, a racionalização dos recursos e a divulgação de conhecimento.

Com o intuito da melhoria dos cuidados e uniformização dos mesmos, elaborei um documento relacionado com a técnica da substituição da função renal continua (TSFRC). Com este documento pretendeu-se uniformizar cuidados, o qual após validação do enfermeiro tutor e do enfermeiro chefe foi submetido ao conselho de administração para autorização.

2.2.3. Gestão de cuidados

O enfermeiro especialista, segundo o regulamento nº140/2019 “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (...) “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Para o desenvolvimento desta competência, importa referir o importante contributo e conhecimentos adquiridos através da unidade curricular Gestão em Enfermagem e Supervisão em Enfermagem, assim como a pós-graduação que realizei em Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

A clarificação da área de intervenção da enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde, tem sido alvo da preocupação da OE. Nesse sentido existem, entre outros documentos reguladores, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

No âmbito de atuação multiprofissional, conforme a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, através do parecer nº 01/2017, estão definidos dois tipos de intervenção de enfermagem: as intervenções interdependentes e as autónomas. Em ambas as intervenções o enfermeiro “fundamenta-se em conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p.1)

Os cuidados à população, nos diferentes contextos, devem ser organizados para benefício da mesma, otimizando as competências dos que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção.

Assim, de acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, através do parecer nº 01/2017, o enfermeiro com funções de responsável de turno deve possuir um conjunto de competências que engloba, cumulativamente, as competências comuns e específicas na área de especialização, o que lhe permitirá “ser líder no conhecimento, nas capacidades e nas habilidades centradas no core da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras” (p.2). Neste sentido, compete ao enfermeiro especialista, sempre que possível, a atribuição da função de responsável de turno, enquanto profissional mais bem preparado e com competências para a área de gestão.

No estágio no SU do CSM pude constatar que a função de responsável de turno fica a cargo do enfermeiro especialista. Para além da função de gestão e coordenação da equipa, fica destacado para a sala de emergência e por uma das salas de observação.

No domínio da gestão dos cuidados, para além de gerir os cuidados aos doentes a quem prestei cuidados, colaborei com o enfermeiro tutor, chefe de equipa de enfermagem, nas atividades associadas. Assim, a cada turno validei a funcionalidade dos equipamentos e assegurei a disponibilidade dos materiais de consumo clínico, bem como dos produtos farmacêuticos informando-o sobre faltas ou avarias. No que se refere à sala de emergência, responsabilidade do chefe de equipa, colaborei na verificação da operacionalidade da mesma em cada turno através da aplicação de uma *checklist*.

A sala de emergência é uma área de extrema importância. Nesse sentido a DGS emitiu a orientação nº008/2011, através da qual advogou que para o sucesso da abordagem a um utente grave, para além dos recursos humanos, é essencial a existência de um carro de

emergência, com todo o material organizado. Ferreira et al (2008) já referiram que a sala de emergência, obriga à existência de equipas de médicos e enfermeiros treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta eficaz na assistência e que se traduzam em vidas recuperadas. Ainda neste contexto, Bastos, Machado & Sousa (2008) afirmaram que além da manutenção da sala de reanimação, esta tem que estar pronta a ser utilizada.

A assistência aos utentes obedece à metodologia “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons, (2018) adaptada da sequência “ABC” da American Heart Association: sendo que a ordem alfabética corresponde às prioridades: A – Airway (permeabilização da via aérea e estabilização cervical), B- Breathing (respiração e ventilação); C- Circulation (circulação e controle hemorrágico); D – Disability (avaliação do estado neurológico); e E – Exposure (exposição/controla ambiental).

Esta metodologia envolve uma ação coordenada e efetuada em equipa, em que cada elemento deverá ter presente os objetivos claros e responsabilidades bem estabelecidos nessa sequência de intervenção, possibilitando uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas. É mandatário uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, em termos de suporte científico e experiência; uma liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão; uma sala de emergência com os recursos necessários, preparados e organizados para a reanimação e comunicação eficaz. De acordo com a DGS, circular normativa Nº: 07/DQS/DQCO/2010, esta sala existe para o atendimento ao cliente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte. Fernandes (2007) já referira que o saber agir e a rápida atuação são fulcrais para a obtenção da excelência na prestação de cuidados, no qual o enfermeiro tem um papel preponderante, principalmente na sala de emergência.

Ainda no que se refere ao SU, Brazão, Nóbrega, Bebianco e Carvalho (2016), defendem que é fundamental uma boa liderança, onde o líder não se limita a ser um exemplo de caráter, respeito e justiça, mas também um gestor e comunicador, proporcionando condições a uma aprendizagem adaptativa e expansiva, na perspetiva de contribuir para a melhoria na prestação de cuidados.

De forma semelhante ao verificado no SU, no SMI, a função de responsável de turno fica adstrita ao enfermeiro especialista ou, na ausência deste, ao enfermeiro com mais antiguidade no serviço. A distribuição dos enfermeiros é realizada de acordo com as competências de cada elemento da equipa e associada a carga de trabalho atribuída a cada doente.

No que se refere à carga de trabalho em enfermagem nas UCI e a adequação dos rácios, vários têm sido os instrumentos a serem trabalhados. O conceito carga de trabalho em enfermagem, resulta da necessidade de estimar a carga de trabalho requerida pelos enfermeiros no desempenho das suas funções (cuidados diretos e indiretos). Esta avaliação é fundamental, constituindo um requisito na adequação dos enfermeiros, uma vez que uma equipa numerosa se torna dispendiosa, mas uma equipa reduzida, pode causar danos, nomeadamente na redução da qualidade e eficácia dos cuidados e consequentemente com aumento do tempo de internamento e aumento dos custos do tratamento (Severino, Saiote, Martinez, Deodato, e Nunes, 2010).

Neste âmbito, surge em 1974, o Therapeutic Intervention Score System (TISS)-76, comprovando ser um indicador fiável, tendo surgido posteriormente, em 1996, uma versão mais simplificada, o TISS-28, que avalia 28 atividades de enfermagem distribuídos por sete domínios (atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas) (Conceição, 2016). Em 2003, na perspetiva de evidenciar e melhor quantificar o trabalho do enfermeiro nas UCI, foi desenvolvido o Nursing Activities Score (NAS), baseado no TISS-28. Neste são atendidas as atividades de enfermagem autónomas e interdependentes e não apenas os critérios de gravidade da doença (Macedo, 2017; Severino et al 2010).

No entanto, Severino et al (2010) apontam que muitas atividades de enfermagem não se correlacionam com a gravidade da doença, tendo sido demonstrado que apenas 43,3% do tempo dos enfermeiros é dispensado no desempenho das intervenções avaliadas pelo TISS-28.

Apesar de não haver consenso sobre a ferramenta mais indicada para a determinação da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem nas UCI, Conceição (2016) remete-nos para uma das maiores desvantagens de qualquer uma dessas ferramentas, que segundo a autora é a ambiguidade com que alguns itens a avaliar são interpretados, condicionando o resultado, ficando dependente do enfermeiro que preenche a escala.

No SMI do HNM, o instrumento de avaliação da carga de trabalho é o TISS-28, sendo aplicado diariamente no turno da noite. No entanto, associada às razões acima enumeradas, a distribuição dos doentes não é realizada com base nesta ferramenta, sendo que o rácio enfermeiro/doente é de um para dois, independentemente do valor do TISS-28.

Sendo a enfermeira graduada mais antiga na equipa, na ausência da enfermeira responsável de equipa, exerci essas funções. Considero aqui, o reconhecimento, por parte do

meu chefe, das minhas competências e responsabilidade profissional ao longo dos anos em que estive a exercer funções neste serviço. Aquando desta função: realizei a distribuição dos doentes, pelos elementos da equipa, tendo em conta o grau de gravidade do doente e as competências do enfermeiro; recebi material, conferi os artigos com a requisição, arrumei nos sítios devidos, verifiquei prazos de validade e comuniqui as faltas existentes; recebi e transmiti informação dos turnos anteriores; procurei promover um bom ambiente na equipa; procurei esclarecer dúvidas em conjunto com a equipa; participei ativamente nas visitas médicas articulando os cuidados de enfermagem com as decisões médicas; atendi à manutenção e gestão de materiais e equipamentos.

No SMI, pertenci à equipa de emergência interna, que em analogia com a sala de emergência do SU, quando era ativada a equipa, assumia a liderança da gestão dos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais envolvidos na situação de emergência, priorizando intervenções, distribuindo funções aos diferentes elementos, antecipando e identificando focos de instabilidade do doente. Na necessidade de transferência do doente para o SU ou para o SMI acompanhava durante o transporte intra-hospitalar e assegurava os respetivos cuidados.

2.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o CRRNEU (2012) a formação dos profissionais (Médicos, Enfermeiros e Auxiliares) nas áreas de emergência/urgência, é fundamental. Defendem que “as especificidades de atuação em Emergência em ambiente intra ou extra-hospitalar devem ser alvo de formação e gestão adequada” (90).

Advogam que pelo menos uma parte da equipa de enfermagem da urgência, possua certificação equivalente ou numa especialidade na vertente do doente urgente, obtida através de processo definido internamente pela OE, nomeadamente que reúna as competências específicas do enfermeiro especialista à PSC, tal como descritas por esta entidade.

Recomendam que o enfermeiro com intervenção na área de emergência/urgência possua formação em: suporte avançado de vida adulto e pediátrico; suporte avançado de vida em trauma adulto e pediátrico; prática básica de medicina intensiva; gestão de situações multivítimas; transporte de doentes críticos; vias verdes (VV); comunicação e relacionamento em equipa; gestão de conflitos; comunicação do risco e “más notícias” e em *coping/burnout* profissional.

Considero, neste sentido que as formações realizadas ao longo da minha carreira profissional foram, sem dúvida, muito importantes e que fortaleceram a minha prática clínica baseada em evidência científica. Assim saliento o Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN), o Medical Response to Major Incidentes (MRMI). Nesta perspetiva Robinsom (2011) refere que “a preparação de cada um de nós permite-nos estar preparados para dar assistência a nós mesmos e às nossas famílias, quando afetadas, e a dar resposta enquanto profissionais de saúde, quando necessário” (p.214).

Indo ao encontro da competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica” descrita no regulamento nº140/2019 (p. 4749) e ciente da importância da formação baseada na evidência científica, no estágio I, em diálogo com o meu tutor selecionamos três temas pertinentes para abordar junto da equipa: Segurança na medicação: Medicamentos LASA, na sequência de estarem a ser implementadas estratégias para assegurar o uso seguro dos medicamentos de alto risco e dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, denominados de Look-alike e Sound-alike ou LASA; Prevenção e controlo do sarampo; Abordagem do utente com sépsis no SU.

Com estas formações pretendi criar momentos de discussão e reflexão em equipa, tendo sido momentos facilitadores da aprendizagem, com reconhecimento pelos enfermeiros. De forma a garantir a presença de todos os profissionais nestas sessões, optei por estas serem realizadas após a passagem de turno, tendo a duração máxima de 30 minutos.

No estágio III, no âmbito do meu projeto de autoformação, perante um problema detetado no estágio I e diagnóstico da situação, optei por contribuir para a criação e implementação de um plano de catástrofe e/ou emergência numa urgência periférica. Procurei assim formar-me, intervindo em serviço, indo de encontro à competência conforme descrita no regulamento nº140/2019 “desenvolve o autoconhecimento e assertividade” (p. 4749). Nesse âmbito elaborei um PEUS, no qual e no que se refere à formação realizei quatro sessões formativas, três das quais em que fui preletora e uma em que contei com a colaboração de preletores externos, que serão desenvolvidas na competência específica: Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. Saliento ainda e correspondendo à unidade de competência descrita no regulamento nº140/2019 “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, (p. 4749) perante a identificação da lacuna, mobilizei recursos da sociedade, convidando preletores externos, peritos nesta área.

Enquanto enfermeira no SMI, desempenhei atividades de relevância, que se enquadram no âmbito desta competência:

- Desde 2009 até fevereiro de 2017 fui o elemento/elo de ligação entre a equipa do projeto Dor do SESARAM e o SMI do HNM; neste âmbito, realizei formação em serviço; efetuei auditorias à avaliação e registos da dor; divulguei resultados e implementei medidas face aos resultados obtidos.
- Desde 2012 até fevereiro de 2017 fui o elemento responsável pela dinamização de um indicador de qualidade, emanada pela Sociedade Espanhola de Cuidados Intensivos e Coronários, no que se refere à aspiração brônquica adequada, através de auditorias, esclarecimento de dúvidas, divulgação e discussão dos resultados junto dos restantes elementos do serviço;

A formação em serviço no SMI é privilegiada, e tive oportunidade de participar como formanda e como formadora. **Como formadora** destaco: Técnicas dialíticas com máquina MULTIFILTRATE – Demonstração; Técnicas dialíticas com máquina MULTIFILTRATE – Demonstração; Conceito Ci-Ca CVVHD (MULTIFILTRATE) – Protocolo SMI. Formações estas que contribuíram para a elaboração de procedimentos face a novas técnicas a serem implementadas.

Desde 2019, sou o elo de ligação da PPCIRA, e neste âmbito realizo diferentes monitorizações de acordo com o estipulado por estes. Divulgo também informação de acordo com as alterações e implementações aos diferentes profissionais no serviço.

Outra função que destaco foi a minha colaboração na orientação de diversos colegas em integração no serviço, na orientação de diversos colegas de outros serviços e de alunos das Escolas de Enfermagem do curso de Licenciatura e nalguns casos do curso de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Todas estas funções foram desafiantes e gratificantes, permitindo o meu enriquecimento pessoal e profissional.

2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e da área de intervenção de cada especialidade, reveladas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, conforme preconizado pela OE (OE, 2019)

2.3.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

De acordo com o regulamento nº429/2018, relativo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, doente crítico é definido como uma pessoa em que a vida se encontra ameaçada pela falência ou eminência da falência de funções vitais, na qual a sua sobrevivência está dependente de meios tecnológicos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Reconhecendo que os enfermeiros são elementos-chave na resposta às necessidades de cuidados seguros às pessoas em situação crítica, o regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em PSC define os cuidados especializados à PSC como

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 17241).

Os cuidados ao doente crítico implicam uma intervenção adequada e em tempo útil de forma a evitar ou minimizar complicações.

No meu desempenho profissional, enquanto enfermeira no SU do HNM, sendo este considerado um SUP que segundo a CRRNEU “é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p. 20674), prestei cuidados ao doente crítico, em falência ou na eminência de falência orgânica desde a triagem, às salas de observação, o que me permitiu a prestação de cuidados nas diferentes salas deste serviço. A experiência adquirida nos 5 anos que neste serviço desempenhei funções, permitiu-me aperfeiçoar conhecimentos e desenvolver competências em enfermagem no atendimento à PSC, considerando também ter sido um aspeto facilitador para o meu desempenho noutros contextos da prática clínica, contribuindo para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Em contexto de estágio que decorreu num SUB, tive também oportunidade de prestar cuidados a doentes nas diferentes fases do ciclo vital, incluindo pediatria. No entanto, por ser um SUB apresenta dinâmicas diferentes comparativamente ao SUP.

Como mencionado anteriormente, neste serviço não está implementado o STM, sendo que as prioridades de atendimento são consoante as queixas do utente e critérios do enfermeiro. Interessa reforçar que o despacho nº 1057/2015 refere como obrigatória a

implementação de sistema de triagem de prioridades no SU, independentemente do nível do SU, pelo que deverá existir um sistema de triagem que permita estabelecer graus de prioridade, de modo a priorizar o atendimento e observação médica.

Dadas as particularidades do SU e em concordância com o Grupo Português de Triagem (GPT), tomou-se fulcral a existência de um método universal que permitisse uma rápida distinção entre os utentes que recorrem ao SU. Desse modo a triagem no SU foi estabelecida com o objetivo de “priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço” (GPT, 2010, p. 9).

Salvaguardar que este método de triagem fornece ao enfermeiro uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não em diagnósticos médicos. Denota-se aqui que o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) orienta os profissionais na gestão clínica dos SU pela identificação objetiva e sistemática dos utentes prioritários e da definição dos tempos recomendados desde o momento de triagem até a avaliação médica (GPT, 2010).

Da minha experiência em triagem, quando trabalhei no SU do HNM, saliento a grande importância desta ferramenta que, sendo a primeira abordagem entre profissional-utente-familiar-cuidador, permite a identificação e avaliação de focos de instabilidade e encaminhamento adequado. Para além de ser o primeiro contato que permitirá tranquilizar, estabelecendo relação terapêutica, num contexto de possível inquietação e ansiedade. Ressalvo ainda, resultante da minha experiência a necessidade da reavaliação, pois, apesar da prioridade, enquanto o utente permanece em espera a sua situação clínica poder-se-á agravar, alterando dessa forma a sua prioridade no atendimento. O sistema de triagem, será sempre um protocolo universal, mas caberá ao profissional pelos seus conhecimentos técnicos e científicos, aliados à sua experiência profissional, a adequação e alerta para as diferentes situações.

Perante a ausência de um sistema de triagem, procurei identificar precocemente os focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória, mantendo-me sempre em alerta e em contato com a sala de espera. Este despiste foi importante na priorização de diversas situações fisiopatológicas, nomeadamente para ativação de VV, referência e assegurar o transporte do doente. De acordo com o despacho n.º 10319/ 2014, do Ministério da Saúde “cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis” (p. 20675). Executei cuidados técnicos de alta complexidade, em complementaridade com o médico de serviço, nomeadamente em situações de politrauma, insuficiência respiratória, bem como na administração de terapêutica analgésica e vasopressora.

Reforçando a importância da triagem, acrescenta-se que é na triagem que são acionados os mecanismos que permitem um tratamento mais acelerado de determinadas situações, nomeadamente ao que se refere aos sistemas de resposta rápida denominado como VV.

Em Portugal, VV é a designação atribuída a “algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico (...)” (CRRNEU, 2012, p.22) e surgem da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades.

São 4 as VV implementadas no SU do HNM: VV Sépsis, em vigor desde 2009; VV Coronária, desde 2010; VV Acidente Vascular Cerebral (AVC), desde 2010 e VV Trauma, desde 2011. No entanto, interessa salientar que nas VV, cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, relembrando a importância da colaboração entre os vários níveis. Desse modo, o processo de encaminhamento deverá ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, em que os sistemas hospitalares e pré-hospitalar devem garantir a continuidade e a integração de cuidados. Nesse contexto, o sistema pré-hospitalar e o SUB devem referenciar diretamente o doente para o local de melhor resolução do problema, que no caso concreto será o SU do HNM.

No decorrer do estágio no SU do CSM tive oportunidade de presenciar a ativação das VV AVC, Sépsis e Coronária e de prestar cuidados a esses utentes. Assim, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro) perante o reconhecimento de critérios da ativação das diferentes VV contata a proteção civil sobre a necessidade de transporte do utente e esta entidade decide se o transporte será assegurado pelo SEMER ou pelo enfermeiro do SU do CSM. Seguidamente é contactado o SU do HNM a informar da situação e o utente é encaminhado para o referido serviço acompanhado.

Ao prestar cuidados ao doente crítico na sala de emergência pude verificar que esta é acionada em situações emergentes de politrauma e nas situações compatíveis com as VV.

Atendendo às complexidades dos utentes atendidos na sala de emergência, a equipa em funções nesta “deve ser detentora de formação especializada, da responsabilidade da instituição, específica, de forma a responder com prontidão às situações quer sejam de origem interna quer através da área de triagem de prioridades” (OE, 2018, p.2).

Nas equipas de reanimação, a assertividade na liderança e a cooperação de todos os elementos conseguem reduzir a ambiguidade e a duplicação do trabalho, resultando em

melhores *outcomes* para o utente (Porter et al, 2014; Crouch et al, 2017). Por sua vez, Skinner e Discoll (2013) defendem que o trabalho em equipa tem subjacentes aspetos como a comunicação clara, a coordenação, o conhecimento e a capacidade de tomada de decisão.

Relativamente aos aspetos ético-legais, associados aos procedimentos terapêuticos no contexto de situações de emergência, estes assumem o conceito de consentimento presumido, sendo que considera as situações em que se supõe que o doente teria consentido o ato. Aplica-se às pessoas com alteração do estado de consciência ou que não estão legalmente representadas e cujo adiamento das medidas terapêuticas implicariam um risco acrescido para a sua saúde. Assim prevalece o princípio ético da beneficência, conforme descrito na norma nº 015/2013 da DGS, relativa ao consentimento informado, esclarecido e livre.

Noutros postos de trabalho, nomeadamente nas salas de observação usufruí de oportunidades de prestação cuidados de enfermagem a utentes com uma elevada diversidade de patologias. Ciente que o foco de enfermagem é o utente, perspetiva-se que este receba cuidados individualizados e de alta qualidade e com segurança, tendo como principal intuito promover a humanização dos cuidados, contribuindo para uma melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados.

Uma intervenção frequente desempenhada pelos profissionais deste serviço refere-se ao transporte inter-hospitalar, sendo que este ocorre quando no serviço de origem (SU ou hospital) não existem recursos humanos/técnicos, disponíveis face às necessidades e pode ser efetuado por meio terrestre ou aéreo (Martins e Martins, 2010). Nesse sentido, tive oportunidade de acompanhar a transferência de diferentes utentes com diversas patologias ao SU do HNM. Este tipo de transporte é considerado um transporte secundário, uma vez que se processa entre hospitais.

A temática, transporte do doente crítico, tem sido alvo de preocupação nas últimas décadas. Nesse sentido foram desenvolvidos e divulgados alguns documentos de referência, nomeadamente em 2002, ano em que a Intensive Care Society publicou as Guidelines for the Transport of the Critically Ill Adult e em 2004 em que a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos divulgou normas de boa prática no transporte secundário de doentes (sendo estas uma atualização das suas recomendações de 1992).

Em Portugal a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) divulgou, em 1997, um documento com recomendações para o transporte do doente crítico, sendo este atualizado em 2008, em parceria com a Ordem dos Médicos (OM). Trata-se de um manual de recomendações para o transporte do doente crítico.

Desde 2012, Rodrigues e Martins referem que o transporte de doentes em estado crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, pela necessidade de manutenção dos cuidados de suporte das funções vitais semelhantes aos do serviço de origem. Nesta ótica, Martins e Martins (2010) já haviam salientado que o doente em situação crítica está muito vulnerável numa transferência, alertando para que a equipa de transporte deverá prevenir qualquer complicação e estar preparada para lidar com as ocorrências/complicações. Lopes e Frias (2014), por sua vez, referiram que a evidência demonstra que quando ocorre um transporte de um doente, quer seja primário ou secundário, não está isento da probabilidade de ocorrência de eventos que possam agravar o estado clínico e inclusive a morte do doente. Dough et al (2015) alertam para a importância de prevenir a deterioração do doente e da ocorrência de incidentes durante o mesmo, pelo que a decisão de transportar um doente crítico deverá ponderar na avaliação os benefícios e os riscos (OM e SPCI, 2008) e a necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis no local onde este se encontra.

Com a crescente discussão sobre a melhoria da cultura de segurança nas instituições de saúde, visando uma assistência onde impere a qualidade, é fulcral implementar estratégias no sentido de assegurar cuidados mais seguros. A OM & SPCI (2008) alertam que é fundamental que cada instituição de saúde elabore o seu plano de transporte de doentes e que nesse sentido

clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (emergência em geral e no transporte aéreo) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (com o envolvimento e o compromisso das instituições intervenientes) (OM & SPCI, 2008, p.8)

Pedreira et al, em 2014, corroboraram esta premissa e defenderam que os hospitais devem ter um plano específico de transporte de doentes críticos, englobando um sistema de comunicação eficientes, recursos humanos, materiais e de documentação, de forma a garantir a segurança, pelos riscos inerentes a esta atividade. Advogam que na prática e consta na literatura, que o transporte do doente crítico, é frequentemente realizado de forma automática, desvalorizando-se a importância deste. Salvaguardam que neste procedimento podem ocorrer incidentes e que embora alguns sejam inócuos, outros podem ser potencialmente fatais. A OM & a SPCI (2008) já enumerara como os erros mais comuns, subjacentes ao transporte do doente crítico: avaliação inicial do doente incorreta; estabilização hemodinâmica; permeabilidade da via aérea; existência ou risco de

pneumotórax/ hemotórax; ausência de acesso vascular devidamente assegurado; monitorização, nomeadamente no que se refere ao manuseamento do equipamento e limites de alarme desajustados; equipamentos de perfusão; fármacos, no que se refere ao acondicionamento, manutenção e preparação; desadaptação do doente perante o suporte ventilatório e reavaliações insuficientes.

A mesma entidade defende que o doente deve ser estabilizado previamente à transferência, visando a minimização dos riscos e devendo esta ser preparada como uma extensão de cuidados, a qual deve ser efetuada segundo as recomendações internacionais, conforme ilustra a figura nº1.

Figura 1 - Avaliação para o transporte

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Fonte: Ordem do Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2018)

Pelo explanado pode-se constatar que o transporte do doente crítico é um processo complexo, que pode ter implicações no doente, nomeadamente resultar em alguma deterioração do estado do doente. Assim, torna-se fulcral um planeamento eficaz, de forma a minimizar tais ocorrências. O enfermeiro desempenha neste transporte um papel fundamental, no sentido da prevenção de complicações e segurança do doente (Rodrigues & Martins, 2012). Na mesma ótica, Pedreira et al (2014) defendem que o treino e aperfeiçoamento constante dos profissionais, padronização de ações e equipamentos e a revisão dos materiais necessários, são fulcrais para o sucesso desta atividade, onde devem estar assegurados a segurança e o benefício o doente. Reforçam que estes transportes devem ser assegurados por profissionais devidamente treinados. A OM e SPCI (2008) já referiam ser pertinente e relevante a colaboração estreita com o INEM.

Assim sendo, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo parecer nº 09/2017, defende que o profissional com melhor formação para integrar equipas de transportes de doentes críticos ou equipas de Emergência Intra-Hospitalar é, preferencialmente, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC. Assim a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-cirúrgica apela às instituições de saúde para a valorização da formação destes enfermeiros,

dotando as suas equipas com pessoal qualificado de modo que os cuidados prestados sejam em benefício da pessoa/população alvo, optimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção, tendo sempre presente que as funções dos enfermeiros especialistas não dependam da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais (p. 3).

Relativamente ao procedimento de transporte do doente crítico, este engloba três fases: decisão, planeamento e efetivação. Na coordenação do transporte, é importante ter em consideração a preparação da entidade recetora, o acompanhamento médico, a ponderação do risco de inoculação ou contaminação, o registo das indicações do transporte, a evolução clínica no processo do utente e os equipamentos necessários (OM & SPCI, 2008).

Perspetivando a segurança do doente, face a situações de maior instabilidade ou na iminência da mesma, no SU do CSM é solicitado o apoio da Equipa Médica de Intervenção Rápida. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, através do parecer nº 09/2017, reforça que “o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar” (p.2).

Para além do transporte inter-hospitalar, os doentes críticos necessitam de transporte intra-hospitalar para realização de procedimentos ou exames de diagnósticos (Pedreira et al, 2014).

O transporte intra-hospitalar é entendido como o encaminhamento temporário ou definitivo de doentes por profissionais de saúde em ambiente hospitalar, para fins diagnósticos ou terapêuticos. Deve ser assegurada a preservação das condições clínicas durante todo o procedimento (Pedreira et al, 2014).

A OM e SPCI (2008) defendem que “a qualificação técnica, aspecto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte” (p. 11) Assim, determinam que para todos, mesmo para os profissionais que, habitualmente cuidam de doentes críticos, deve-se promover a formação específica no transporte e no cuidado da PSC.

As mesmas entidades acrescentam que o transporte intra-hospitalar do doente crítico deve ser, idealmente, realizado por enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos; o transporte secundário do doente crítico deve ser assegurado por uma equipa constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento. O transporte aéreo/helitransporte também deve ser assegurado por equipas médicas e de enfermagem diferenciadas (nível cuidados intensivos) e com os necessários recursos técnicos.

Da minha observação constatei que durante a preparação do doente para o transporte, quer inter, quer intra-hospitalar, não havia qualquer *checklist* tal como preconizado. No entanto, apesar da inexistência *checklist*, foram cumpridas as recomendações da OM e SPCI (2008), seguindo-se mentalmente com os pressupostos em todas as fases do processo, assegurando-se desta forma um transporte em segurança.

Wright e Leahey (2013) defendem que os cuidados centrados na família são uma responsabilidade acrescida para os enfermeiros.

De acordo com o ICN (2015), família define-se como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (p. 143). Por sua vez, Wright e Leahey (2013), defendem que família é quem os seus membros dizem que são.

A prática de enfermagem em cuidados críticos e agudos é intelectualmente e emocionalmente desafiante, exigindo ilações e respostas rápidas a condições de risco de vida onde existe pouca margem para erro.

O cuidar em serviços com pessoas em situação crítica, habitualmente está associado à tecnologia e à priorização das necessidades, num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, onde a presença de finitude da vida é uma constante, sendo esta tecnologia fundamental na prática competente do enfermeiro (Harnegie, 2012). Por sua vez, Campos (2014) refere que o ambiente tecnicista nas UCI e o estado crítico dos doentes são fatores que contribuem para que a família seja considerada um interveniente pouco relevante na recuperação do doente, sendo o foco de atenção do enfermeiro constituído unicamente pelo doente. No entanto, integrado numa perspetiva holística dos cuidados, o foco de atenção na assistência de enfermagem não pode se limitar ao ser único, mas integrá-lo num todo e nesse sentido integrar a sua origem, o seu meio, a sua família. O cuidar na enfermagem, pautado por uma visão holística, promove assim uma relação terapêutica entre enfermeiro, doente e família, em que o enfermeiro assume a responsabilidade de cuidar simultaneamente do doente e família, enquanto intervém perante as necessidades praticas e tecnológicas da UCI

Estas evidências constituem justificativas, comumente citadas, para limitar o acesso da família e incluem preocupações em relação à estabilidade do paciente, infeção, repouso, privacidade, limitações de espaço, habilidades de desempenho dos profissionais de saúde e efeito da visitação na família. No entanto, consideram o envolvimento da família nas atividades de prestação de cuidados como um aspeto essencial do cuidado familiar e pode variar de um envolvimento menor a um envolvimento maior.

Assim e associado a fatores como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e a priorização dos cuidados vitais da pessoa em situação crítica, denota-se a protelação do atendimento às famílias. No entanto, “o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá, Botelho, e Henriques, 2015, p. 33).

Batista et al (2017) desenvolveram um estudo de investigação exploratório descritivo, com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a presença de familiares em situações de emergência no SU de adultos. Do estudo concluíram que os profissionais discordam da presença das famílias nestes contextos. Como implicações para a prática, os autores deste estudo, incentivam uma mudança de atitude, sugerindo a presença

da família em situações bem definidas em que depois do “ABCDE” e da estabilização do doente, se inclua o (F) de família, objetivando-se a excelência do cuidar.

Esteves (2012) salvaguarda que para a inclusão da família no processo de cuidados, só é possível se for avaliada as reais necessidades da família.

Vários estudos foram realizados no sentido de conhecer as reais necessidades dos familiares internados em UCI. Em Portugal, não existe qualquer instrumento validado para a população portuguesa. Em 2006, foi publicado o Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), o qual refere as dez necessidades vivenciadas pelos familiares: informação acerca do tratamento médico, a consciencialização do que está a acontecer e dos cuidados que estão a ser executados, a informação sobre o prognóstico, a autorização para a visitar, a identificação do profissional de saúde que está a cuidar do seu familiar, o saber a quem solicitar informações, o saber o que fazer durante a visita, o ser contactado em caso de agravamento do estado clínico, o apoio de amigos e familiares e saber que procedimentos estão a ser executados ao seu familiar (Kaakinen et al, 2010).

Nesta sequência, Campos (2014) desenvolveu um estudo quantitativo, metodológico, descritivo e transversal, com o objetivo de traduzir, adaptar e validar o CCFNI. Os resultados obtidos não podem ser generalizados, sendo necessários mais estudos a fim de averiguar a sua validade. No entanto a autora refere que

este é um primeiro contributo que poderá permitir a avaliação das necessidades da família na UCI, e posteriormente possibilitar o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem, baseadas na evidência e o desenvolvimento de um foco de cuidados mais holístico baseado na unidade familiar (p.105-106).

No meu percurso profissional, enquanto enfermeira no SU e no SMI, diversas vezes fui confrontada com situações em que o atendimento à família devia ser priorizado, nomeadamente em situações de admissão do doente em estado crítico e necessidade de estabilização, bem como em situações de comunicação de más notícias. Procurei, perante tais situações atender à família de forma holística, promovendo relação de ajuda. Numa primeira abordagem expliquei à família como estava o seu familiar, disponibilizei-me em ouvi-los, esclarecer as suas dúvidas e proporcionar a visita ao seu familiar quando viável. De salientar que em situações de existência de filhos menores para visita, principalmente em situações de internamento prolongado e/ou agravamento do estado clínico era conversado com a família sobre a possibilidade de ser permitida a visita e a criança era sempre acompanhada durante esse processo.

No SU, as limitações de espaço para acolher a família foi um aspeto a referenciar como negativo. No entanto, em tais situações procurei limitar espaços de forma a promover a privacidade e gestão de emoções. Em ambiente de cuidados intensivos a condição estrutural propicia um ambiente mais facilitador e reservado, facilitando a assistência à família.

Nas situações de óbito, possibilitei a despedida do corpo do seu familiar, como estratégia facilitadora do processo de luto. Nesta ótica, Skinner e Discoll (2013), defendem que o contato com a realidade é fundamental para o processo de consciencialização.

Pelo explanado relativamente à assistência à família, pude desenvolver a unidade de competência relativa à gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e a unidade de competência relativa à gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

No que concerne as competências do enfermeiro em SU, são poucos os estudos acerca desta temática e não existe uma ferramenta específica para a avaliar. Holanda, Marra e Cunha (2014) realizaram um estudo descritivo, com o objetivo de propor uma matriz de competência profissional para o enfermeiro atuar em serviços de emergências, sendo que se fundamentaram na experiência profissional, na evidência empírica e na literatura especializada. Definiram oito competências dos Enfermeiros que trabalham num SU: desempenho dos cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para resultados e a proatividade. Por sua vez, Costa e Gaspar (2017) com o objetivo de determinar um perfil de competências ideal do Enfermeiro do SU e averiguar como se posicionam os enfermeiros que desempenham ou desempenharam funções no SU, nesse perfil, desenvolveram um estudo misto. Numa primeira fase tratou-se de um qualitativo onde foram realizadas entrevistas a enfermeiros peritos e efetuada análise de conteúdo. Numa segunda fase tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, correlacional através da aplicação de um questionário de autopreenchimento, numa amostra de enfermeiros. Como resultados destacam a construção e validação da Escala de Competências dos Enfermeiros em Serviço de Urgência (ECESU), com três fatores: decisão clínica, comunicação e liderança e organização e prestação de cuidados, que convergem com as categorias que surgiram do estudo qualitativo, pelo que consideram que este instrumento poderá contribuir para a identificação e mensuração de um perfil de competências do enfermeiro no SU. Do estudo salientam, ainda, que os enfermeiros

com mais idade e com mais experiência profissional se auto percebem mais competentes; que os enfermeiros, em relação às enfermeiras, auto percebem-se mais competentes na comunicação e na liderança; que os enfermeiros com formação específica e mais habilitações académicas auto percebem-se mais competentes em todos os fatores da ECESU e que os enfermeiros que estão atualmente em desempenho de funções no SU auto percebem-se mais competentes na organização e prestação de cuidados, na decisão clínica e no total da ECESU.

Enquanto enfermeira em cuidados intensivos, durante 12 anos, tive inúmeras experiências no domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica, das quais destaco a síndrome de angústia respiratória aguda; situações do foro neurocrítico; choque séptico, hemorrágico, cardiogénico e medular; politrauma; pancreatite, tromboembolismo pulmonar maciço, entre outras. Prestei também cuidados a doentes submetidos à Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) e à TSFRC.

Relativamente aos cuidados à pessoa em situação crítica, prestei cuidados ao doente sob ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI), colaborei no processo de intubação, no desmane ventilatório, extubação, monitorizei complicações e avaliei as respostas do doente, o que me permitiu prestar cuidados técnicos de alta complexidade.

A VMI é uma técnica de suporte da função respiratória em que é assegurado o transporte de gases entre a atmosfera e o tecido alveolar, garantindo a realização de trocas gasosas quando a função pulmonar está comprometida. É um método invasivo, assegurado por um ventilador, conectado através de um tubo endotraqueal à traqueia do doente. Por sua vez, a VNI consiste numa técnica que assegura o suporte ventilatório através de uma interface, sem recurso a medidas invasivas. Ultimamente tem-se destacado como opção de primeira linha, pelos benefícios associados, tais como a redução das complicações infecciosas, a diminuição do tempo de desmane ventilatório, do internamento e consequentemente da mortalidade associada ao mesmo (Urden et al, 2014). Oliveira (2018) acrescenta que a VNI pode ser utilizada em diferentes modos ventilatórios, consoante a situação clínica do doente e em ambiente de cuidados intensivos ou não.

No que concerne à ECMO, esta consiste numa técnica de suporte cardiopulmonar, através de um circuito extracorporeal, em casos de falência pulmonar ou cardíaca, em que o tratamento convencional se revelou refratário. Através de canulação de grandes vasos, o sangue é drenado do coração até uma membrana permutadora de gases, onde é realizado o

processo de oxigenação e a remoção do dióxido de carbono, sendo posteriormente devolvido ao doente, permitindo a oxigenação tecidual. A técnica envolve duas vertentes: venovenosa que permite o suporte da função pulmonar e a vertente venoarterial que possibilita o suporte pulmonar e hemodinâmico (Kapoor, 2014). Zwischenberger e Bartlett (2012), referem que, estatisticamente, os adultos submetidos a ECMO, apresentam 53% de taxa de sobrevivência, e na falência cardíaca aguda uma taxa de 32%.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo parecer nº 05/2013, conclui que, dada a complexidade da técnica e considerando as competências alargadas dos enfermeiros que exercem funções em UCI, estes cuidados de enfermagem devem recair sobre os enfermeiros com experiência em cuidados intensivos, para além de enfatizar a importância de formação teórica e prática, bem como um estágio num centro com experiência comprovada nesta técnica.

Chaica et al (2020) realizaram uma *scoping review* tendo como objetivo conhecer a abordagem dos enfermeiros à pessoa em situação crítica submetida a ECMO. Constataram que o enfermeiro tem a responsabilidade de monitorizar, vigiar e gerir os cuidados à pessoa em situação crítica submetida a esta técnica, de forma a antecipar complicações. Salientam ainda a importância de uma comunicação efetiva na equipa multidisciplinar, assim como a formação das equipas, na certeza que tais medidas conduziram a uma abordagem mais rápida, assertiva e confiante, dado que uma comunicação eficaz a atualização dos conhecimentos, garantem a qualidade de cuidados.

A técnica da substituição da função renal (TSFR) em UCI engloba a hemodiálise intermitente, a diálise de baixa eficiência lenta (SLED), e a TSFRC.

No que se refere à TSFRC, a instabilidade hemodinâmica, o controle eletrolítico e da ureia, o controlo metabólico, a prevenção e tratamento da pressão intracraniana, a sépsis e remoção de tóxicos dialisáveis, são na perspetiva de Richardson e Whatmore (2014), indicações para recurso a esta técnica.

A TSFRC é a técnica mais adequada para a pessoa em situação crítica, pela instabilidade hemodinâmica. Sendo que esta técnica é entendida como quaisquer técnicas que substituem a função renal por um período superior a 12 horas, normalmente durante 24 horas seguidas. As modalidades disponíveis são: Ultrafiltração Contínua Venosa Lenta; Hemofiltração Veno-Venosa Contínua; Hemodiálise Venovenosa Contínua (HDVVC); Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (Subbarayan et al., 2020). A HDVVC é a técnica ideal para doentes com grande instabilidade hemodinâmica uma vez que previne as

alterações abruptas do volume de líquidos e solutos que caracterizam as técnicas de hemodiálise convencionais (Urde net al, 2008). De referir que esta é a técnica aplicada no SMI do HNM, sendo da responsabilidade dos enfermeiros desta unidade assegurá-la. Nos casos de hemodiálise intermitente, esta técnica é da responsabilidade dos enfermeiros da unidade de diálise do HNM.

No SMI, onde exerci funções, seriam implementadas, em 2017, as TSFRC, onde se pretendia que todos os profissionais de enfermagem estivessem aptos a prestar cuidados a estes tipos de doentes. Desta preocupação, optei no âmbito do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, vertente nefrológica, realizar um estágio numa UCI do centro de Lisboa, no sentido de prestar cuidados ao doente com LRA e doença renal crónica agudizada. No seguimento desse estágio e sendo o processo de enfermagem uma estratégia de avaliação e aprendizagem, realizei um estudo de caso a um doente com o diagnóstico de choque séptico sob TSFRC. Formulei os diagnósticos, planeie e implementei intervenções de enfermagem que foram de encontro às unidades de competência referente a Cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica, com falência renal; conforme expressas nas competências específicas do enfermeiro especialista à PSC. Realizei ainda no âmbito do estágio protocolos de intervenção à pessoa com LRA, crónica agudizada sujeitos a cateterização central para tratamento hemodialítico. A experiência aqui adquirida foi sem dúvida uma mais valia para o meu enriquecimento pessoal e profissional, sendo um fator facilitador aquando da implementação destas técnicas no serviço.

Outra área de destaque em cuidados intensivos é o trauma que representa uma das causas mais importantes de morbilidade e de mortalidade em Portugal, sendo a população mais jovem o grupo de maior incidência (OM, 2009). Uma intervenção atempada e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes vítimas de trauma, sendo fulcral a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a identificação rápida, bem como a instituição, atempada, de terapêutica otimizada (DGS, 2010). Urden et al (2014), referem que os cuidados de saúde em trauma representam um continuum, com início nos cuidados de emergência pré-hospitalar até ao regresso da pessoa à comunidade. Irwin et al (2018) complementam referindo que os cuidados prestados nos cuidados intensivos integram a cadeia de assistência a estes doentes. Diversos tecidos e sistemas orgânicos podem ser afetados, face aos mecanismos de lesão subjacente.

A dor no doente crítico, é também de enorme relevância. Ciente que este fenómeno é comum e que a sua gestão representa um desafio universal, a DGS, desde 2003, inclui a

dor como sendo o 5º sinal vital. Defende que a dor é um sintoma transversal, que acompanha o doente de forma transversal, sendo que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fulcral para a efetiva humanização nas unidades de saúde.

A ISAP define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido. De salientar aqui a mudança central na nova definição, em comparação com a versão de 1979, substituindo a terminologia que dependia da capacidade da pessoa de descrever a experiência para qualificá-la como dor.

No Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor (2008), Nunes afirma que “(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados.” (p.7). Denota-se aqui o papel fulcral do enfermeiro sendo este detentor de capacidades e competências no sentido de atuar determinantemente face a esta problemática. O mesmo guia salienta ainda que “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional” (p.7). Go et al (2013), acrescentam que os profissionais de saúde devem estar sensíveis e ser respeitadores das variações culturais, educacionais étnicas e outras na avaliação e tratamento da dor de cada doente.

Pela sua subjetividade, a dor torna-se um dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, no entanto o desenvolvimento e a busca científica, aperfeiçoando o conhecimento, permite combater a dor de forma mais diferenciada (Carvalho, 2018).

A DGS (2008), já afirmara que “deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal”. (p.8).

De acordo com a Society of Critical Care Medicine (SCCM), o doente crítico evidencia dor moderada a intensa em repouso e durante procedimentos iniciais e no decurso de um internamento em UCI (Delvin et al, 2018).

A autoavaliação da doente é considerada o *Gold-standard* da avaliação dolorosa, sendo as escalas Escala Visual Analógica e Escala Numérica de Dor, as indicadas para os doentes conscientes e colaborante.

Em ambiente de cuidados intensivos, a necessidade de ventilação mecânica, agentes neuromusculares e hipnóticos são alguns dos fatores que tornam a autoavaliação de dor impossível. No entanto, a capacidade de aliviar a dor passa pelo reconhecimento da sua existência e, segundo a IASP, “a incapacidade de comunicar verbalmente não nega a

possibilidade do indivíduo estar a experienciar dor e a necessidade de um tratamento que a alivie”. Assim sendo, nos doentes incapazes de comunicar não existe uma monitorização única de dor. Existem escalas de avaliação em que são considerados critérios subjetivos comportamentais bem como parâmetros fisiológicos (Ferreira et al, 2014).

Teixeira e Durão (2016), realizaram uma revisão integrativa da literatura, através da qual concluíram que “as escalas BPS, BPAS e CPOT são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico”. (p. 135)

Alderson e McKenchnie (2013), realizaram uma revisão de literatura e concluíram que os doentes em UCI, muitas vezes sofrem de dor subtratada e não reconhecida, com repercussões a nível físico e psicológico potencialmente graves, atribuindo esta ocorrência à difícil avaliação da dor nas UCI. Nesse sentido, defendem que o enfermeiro assume um papel preponderante na intervenção dos cuidados. Já a ISAP, refere que os enfermeiros estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, portanto são os profissionais indicados para avaliar e monitorar a dor no doente crítico.

Cientes da problemática da gestão da dor no doente crítico, a SPCI, formou um grupo de trabalho para proceder à conceção da implementação de um plano nacional de avaliação da dor em UCI com a finalidade de identificar a escala de avaliação da dor em UCI que melhor satisfizesse os objetivos subjacentes ao uso deste tipo de escalas. Assim sendo, foi implementado o Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD) da SPCI, sendo que numa primeira fase foi realizado, a nível nacional, o diagnóstico da situação. Com o diagnóstico da situação percebeu-se que existia uma ausência de uniformização de ferramentas avaliação da intensidade da dor do doente internado nas UCI’s portuguesas. Na primeira fase da implementação do PNAD foi constituída uma rede de nacional, sendo designado um enfermeiro de referência em cada UCI, para o qual eu fui nomeada no serviço onde exercia funções, tendo por objetivo implementar o PNAD na sua equipa de trabalho. Posteriormente foi realizado um estudo observacional de natureza descritiva e coorte transversal com a finalidade de avaliar a opinião dos enfermeiros sobre as características de duas escalas comportamentais (Behavioral Pain Scale [BPS] e Scale of Behavior Indicators of Pain [ESCID]), enquanto instrumentos de medida, validadas para doentes submetidos a ventilação mecânica, sedados e que não comunicam de forma verbal e motora, com o objetivo de designar uma escala comportamental, das duas apresentadas, a adotar pelas UCI’s portuguesas. Concluíram que a maior percentagem dos enfermeiros inquiridos

(...) escolheram a BPS como a escala preferencial como instrumento a utilizar na avaliação da dor do doente em fase crítica (...). Após a utilização de ambas as escalas, os profissionais quando questionados de forma direta e objetiva sobre a escolha de uma delas para utilização

na avaliação da dor nos doentes críticos, adultos, sedados e que não comunicam de forma verbal motora, a escolha maioritária foi pela BPS (2016, p.38).

Na minha prática e onde realizei estágio, era aplicada a escala BPS tal como recomendada. Trata-se de uma escala comportamental que contempla itens referentes à expressão facial, ao movimento dos membros superiores e à adaptação ao ventilador, sendo posteriormente atribuído um score. Avaliei a dor em todos os doentes como recomendado e na sequência da sua avaliação, implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, indo de encontro à unidade de competência conforme consta no regulamento nº 429/2018 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (p. 19363).

Como elo de ligação da dor, realizei formações em serviço das quais destaco a intitulada dor no doente crítico consciente em cuidados intensivos; efetuei auditoria à avaliação e registo da dor, divulguei resultados e implementei medidas face aos resultados obtidos.

As *guidelines* da SCCM alertam para o equilíbrio entre o risco/benefício associado ao uso de opióides, recomendando o doseamento analgésico (Delvin et al, 2018). Nesta sequência os mesmos autores defendem que perante quadros de agitação na PSC, deve-se priorizar a administração analgésica em vez da sedativa, associado ao risco elevado destes doentes à dor. Ressalvam que a terapêutica sedativa tem efeitos secundários, nomeadamente o aumento da mortalidade, dado que a farmacocinética e a farmacodinâmica do fármaco são variáveis, desde quadros de disfunção orgânica, instabilidade hemodinâmica e acumulação de drogas.

No que se refere à avaliação do grau de sedação, existem escalas disponíveis que nos permite gerir esta terapêutica em conformidade. Assim, utilizei nos diferentes contextos do doente crítico a escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), indo de encontro à unidade de competência referente ao garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, no âmbito das competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

Um outro aspeto comum nas UCI é o *delirium*. Barman et al (2018) referem-se ao *delirium* como uma manifestação comum de disfunção cerebral aguda no doente crítico, com repercussões graves. Por sua vez a American Delirium Society, entende por *delirium* um estado de confusão que surge repentinamente e dura de horas a dias. Manifesta-se por desorientação, alterações de memória, de comportamento e do pensamento. É de natureza multifatorial, sendo *que a American Delirium Society* enumera como fatores de risco, a

medicação, a infeção e as perturbações do sono, em que, frequentemente, uma combinação de fatores precipita o *delirium*. Sobre esta temática, Delvin et al (2018) remetem como boa prática a utilização regular de instrumentos válidos para a avaliação do *delirium*, visando uma deteção e atuação atempadas. Neste âmbito, em Portugal existe uma escala validada, Confusion Assessment Method, no entanto não se encontra implementada no serviço onde desenvolvi a minha atividade profissional nem onde realizei estágio.

2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Os enfermeiros desempenham um importante papel na preparação e gestão de catástrofes, bem como na resposta a emergências. Em 2009, o WHO e o ICN reconheceram o papel determinante dos enfermeiros em situações de exceção, quer na qualidade de socorristas de primeira linha, triadores, cuidadores, consultores e coordenadores de cuidados e de serviços. No entanto, para que a resposta dos profissionais de saúde perante uma catástrofe tenha sucesso é necessária uma efetiva preparação, que inclua planeamento e formação contínua, visando responder de forma adequada independentemente do tipo de catástrofe (Fung et al, 2009). A assistência por parte dos enfermeiros em situações de catástrofe e emergência requer a mobilização de competências nos diferentes domínios do saber, que se entende como conhecimentos e do saber fazer, entendido como técnicas, complementando com o saber ser enfermeiro na sua essência, centrado no respeito e na dignidade da pessoa alvo dos seus cuidados. Slepski (2005) defende que há lacunas que necessitam ser extintas relativamente ao conceito de preparação dos enfermeiros para catástrofe. Assim o mesmo autor descreve a preparação para a catástrofe como o amplo conhecimento, as competências, habilidades e ações necessárias para preparar e responder à ameaça, real ou suspeita de qualquer tipo de eventos deste cariz. Por sua vez Worrall (2012) refere que apesar de identificadas as referidas lacunas e de instituídas atividades para preparação para a catástrofe, continua a observar-se uma falta de rigor científico e mantém-se a falta de preparação dos enfermeiros para lidar com estas situações. Anteriormente, Garbutt et al (2008) referiam que a evidência empírica que traduz o conhecimento dos enfermeiros para a preparação para a catástrofe é mínima, e como tal sugerem que deve ser revista a perceção e compreensão dos enfermeiros acerca do tema, antes de se implementarem programas de educação e preparação para a catástrofe. Conscientes desta problemática, Santos e Dixe (2017) realizaram um estudo metodológico com o objetivo de

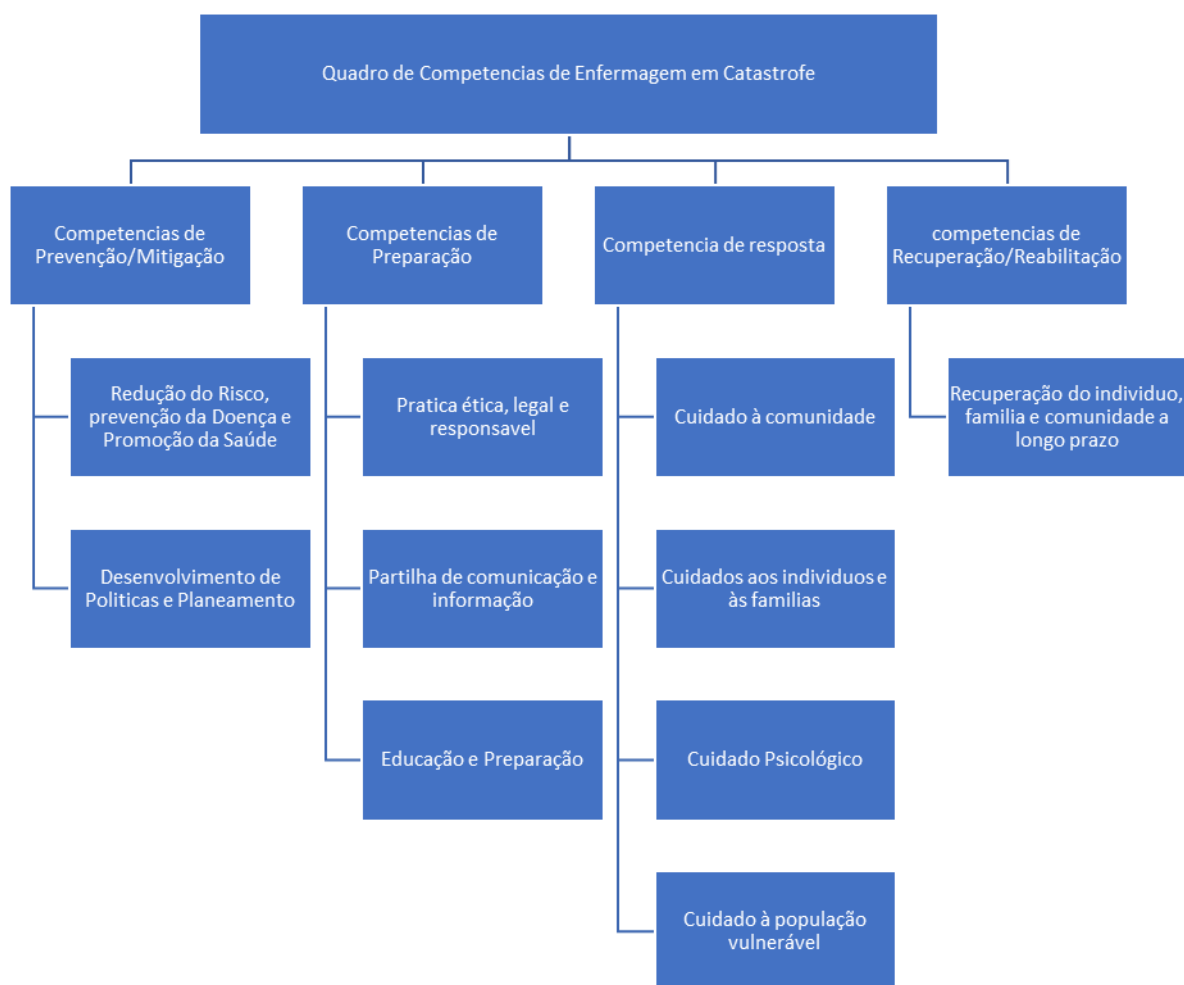
validar o instrumento de medida Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET) para a população portuguesa. Com este instrumento pretendeu-se medir a preparação dos enfermeiros para situações de catástrofe. O estudo revelou que o nível de preparação dos inquiridos era baixo e que 82% destes não se sentiam preparados para atuar nestas circunstâncias, evocando ser necessário mais formação. O mesmo estudo revelou que estes profissionais intervêm pouco na elaboração de planos de emergência na sua comunidade, sentem-se pouco confiantes na aplicação destes e que estão pouco familiarizados com os recursos existentes, departamentos de saúde, contatos de emergência, cadeia de comandos e abrigos comunitários. 78,5% dos profissionais inquiridos revelaram que não foram instruídos sobre catástrofes na licenciatura, em pós-graduação e nunca participaram em cursos desta temática. Labrague et al (2018) numa revisão sistemática de literatura revelam que os enfermeiros se sentem pouco preparados para responder a estes eventos e reconhecem a experiência prévia e o treino específico, como variáveis fundamentais para uma resposta mais competente. Lennquist (2012), por sua vez, já salientara que o desenvolvimento de competências adicionais é fundamental de forma a assegurar uma boa gestão de cuidados. Assim, considerou a prática simulada, uma metodologia viável e adequada, permitindo o desenvolvimento de saberes pela simulação de vários cenários possíveis. Na mesma ótica o WHO e ICN (2009) reconheceram que a educação e a prática simulada em catástrofe são aspetos fundamentais para a implementação de uma resposta adequada além de facilitar a identificação de itens passíveis de melhoria. Nessa perspetiva, o International Nursing Coalition for Mass Casualty Education (INCMCE) (2003) vem defendendo que todos os enfermeiros, após o curso base, devem ter suficientes conhecimentos e competências para reconhecer uma potencial catástrofe, no sentido de uma atuação pronta e eficaz. O WHO e ICN (2009) referem-se à importância dos enfermeiros em situações de catástrofe, dado que possuem o conhecimento, as competências e habilidades para apoiar os esforços humanitários e assim contribuir positivamente na resposta a catástrofes. Os enfermeiros no entender destes, são intervenientes chave em situações de catástrofe e de crise, pelas habilidades na assistência de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e pelo vasto número de competências que podem ser aplicadas em uma variedade de cenários e situações de catástrofe. Acrescentam ainda que as catástrofes não podem ser encaradas como eventos únicos, num determinado tempo, mas devem ser percebidas nas suas diferentes fases o que pressupõe diferentes atuações visando minimizar o seu impacto. Assim enumera as seguintes fases: pré-incidente, incidente e pós-incidente. A fase de pré-incidente engloba as

atividades destinadas a evitar ou mitigar o impacto potencial de uma catástrofe, bem como a preparar a comunidade para uma catástrofe ou emergência. As atividades desenvolvidas na resposta à catástrofe ou emergência correspondem à fase do incidente. A recuperação e reabilitação correspondem à fase do pós-incidente (WHO & ICN, 2009).

Na mesma linha Powers e Daily (2010) afirmam que a importância do trabalho do enfermeiro presume a sua participação nas diferentes fases do ciclo de vida da catástrofe. Assim sendo na fase de preparação engloba-se a concretização de procedimentos e de práticas simuladas, com a posterior identificação de aspetos de melhoria. No que se refere à fase de resposta, esta integra um conjunto de ações de enfermagem, com o objetivo de prestar assistência imediata às vítimas e comunidade nos diferentes cenários: local do evento, em hospitais de campanha ou em instituições de saúde. No que concerne a fase de recuperação, os enfermeiros desenvolvem programas de vigilância de saúde pública, prestam cuidados de saúde mental e mobilizam intervenções de forma a restituir à comunidade um estado pré-catástrofe.

O WHO e ICN (2009) desenvolveram um quadro de competências orientado para os enfermeiros de cuidados gerais, com o objetivo de orientar a prática dos profissionais em situações de catástrofes. As competências encontram-se sistematizadas em quatro áreas fundamentais e com dez domínios integrados, conforme se pode observar na figura nº 2 Os autores salvaguardam que o quadro de competências referido representa um guia internacional, no entanto deverá ser adaptado à realidade de cada país.

Figura 2 - Competências de Enfermagem em Catástrofe



Ainda neste âmbito, Thobait et al (2016), com a realização de uma *scooping review*, identificaram como competências essenciais: o planeamento, a comunicação, a compreensão da cadeia de comandos, o domínio dos aspetos éticos, a prevenção da infeção e a segurança. Na ótica destes autores a envolvimento dos enfermeiros na elaboração dos planos de catástrofe, o conhecimento do plano instituído no contexto da sua prática clínica, o treino e a melhoria contínua do mesmo, são fatores que promovem uma prática mais competente. Anteriormente, Magnave et al (2011), nos seus estudos tinham revelado que os enfermeiros contribuem com competências específicas na gestão e preparação de cuidados nas catástrofes. Não só se encontram na primeira linha de resposta a este tipo de eventos, como no desenvolvimento de políticas de gestão de recursos humanos, materiais e na elaboração de plano abrangentes de cuidados, baseados na conduta e competências adquiridas. Grochtdreis, et al, 2016, defendem que as competências nesta área são muito específicas e desenquadradas da prática comum dos enfermeiros. Nesse sentido advogam

que deve ser feita distinção de competências entre o enfermeiro generalista e o especialista. Em Portugal não existe um documento oficial que descreva quais são as competências do enfermeiro perante uma situação de catástrofe. No entanto no regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em PSC, está descrito que em situação de catástrofe, é fundamental “um corpo de profissionais de Enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica” (p. 3). Perspetiva-se então, os enfermeiros como profissionais capacitados, dotados de competências acrescidas que lhes permite uma intervenção diferenciada à pessoa em condição clínica crítica e risco de falência orgânica, quer num cenário de situações de exceção, quer na resposta a multivítimas. Assim, conforme a lei nº156/2015, no âmbito dos deveres deontológicos em geral, no artigo 100º, afirma que o enfermeiro deve “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p. 8079). No que concerne as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC, conforme regulamento nº 429/2018, no contexto de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, este deve atuar “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363).

No meu percurso profissional, da experiência vivenciada enquanto exerci funções no SU do HNM e no SMI, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes vítimas de catástrofes e com toda a sua envolvência. Destaco o acidente grave de autocarro em 2005 em São Vicente, a exercer funções no SU; e enquanto enfermeiros no SMI, a aluvião de fevereiro de 2010 e os incêndios florestais de 2016.

No que se refere à componente do ensino clínico I, que decorreu no SU do CSM, informalmente questioneei alguns dos profissionais principalmente os enfermeiros especialistas acerca das vivências dos últimos anos em relação às catástrofes que assolaram a ilha e quais as medidas e procedimentos que na altura tiveram que instituir a nível do serviço. Pude também constatar a inexistência de um plano de catástrofe. Em diálogo com os enfermeiros pude perceber a preocupação destes face a esta temática. Identifiquei também que, apesar da existência de um plano de catástrofe para o SU do HNM, nada estava delineado para as urgências periféricas, considerando no meu entender uma falha grave.

Face ao exposto e dado o meu interesse nesta área, optei por no ensino clínico III - opção, contribuir para a criação e implementação de um plano de catástrofe e /ou emergência multivítimas numa urgência periférica. Assim, no âmbito do meu projeto de autoformação

procurei formar-me intervindo no serviço. Delineei como objetivo geral contribuir para a criação e implementação de um plano de catástrofe e/ou emergência multivítimas numa urgência periférica. Neste âmbito comecei por apresentar à equipa a minha intenção, realizei pesquisa bibliográfica, consultei o plano de catástrofe em reformulação do SU do HNM e para diagnóstico da situação pedi a colaboração no preenchimento de um instrumento de medida (DPET) já validado para Portugal, com o objetivo de avaliar a preparação dos enfermeiros para enfrentarem situações de catástrofe, assim como a sua formação nesta área. Portugal tem uma experiência limitada na resposta a uma catástrofe, sendo pertinente que haja uma preocupação acerca da preparação que os enfermeiros têm perante a mesma, pelo impacto para a saúde e o impacto económico das catástrofes no mundo (Santos e Dixe, 2017). O instrumento foi aplicado a 9 enfermeiros, numa população de 15 enfermeiros. O tratamento de dados, foi realizado pelo SPSS e agrupado em três categorias: fase de preparação, fase de mitigação e a nível da evolução de uma catástrofe. As perguntas abertas, pelas respostas serem curtas, foram tratadas pelo cálculo da sua frequência. O instrumento permitiu a caracterização da população para atingir o objetivo e poder agir conforme as necessidades. Importa referir que o nível médio de preparação dos participantes para situações de catástrofe é moderado, contrariando os resultados de outros estudos como o de Santos e Dixe (2017) e Furtado (2021) em que o nível médio de preparação dos participantes foi baixo.

Elaborei um plano por fichas temáticas, de acordo com a DGS, e com a metodologia MRMI, visto ser a metodologia que está a ser utilizada na reestruturação do plano de emergência do SU do HNM. Assim planeei de forma sistemática e integrada uma resposta a situação de emergência que, pela sua natureza ou extensão, origine momentaneamente ou permanentemente um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (apêndice A).

Uma das áreas em que me foquei para a realização do PEUS foi na formação, alicerçada na premissa que para que o PEUS seja executado de uma forma eficaz é necessário que todos os profissionais estejam corretamente formados, de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada. É fulcral conhecer as perceções dos enfermeiros acerca da resposta à catástrofe, no sentido que só acendendo ao nível de preparação dos enfermeiros, se poderá desenvolver, implementar e adequar um programa de formação específico e eficaz (Furtado, 2021). A sua formação deverá basear-se nos protocolos de ação incluídos no Plano

de Emergência sectorial. Assim, dado que em âmbito de estágio não me seria possível realizar uma formação abrangente, optei, com base nos resultados do instrumento aplicado, por seleccionar os temas mais referenciados pelos profissionais de enfermagem como as suas necessidades, o que deu origem à elaboração de quatro sessões formativas, três das quais em que fui preletora e uma em que contei com a colaboração de preletores externos.

Os temas mais enumerados foram:

- Estado de recuperação: perturbações de stress, transtorno de stress pós-traumático e intervenção em crise (avaliação focada, estratégias de *debriefing* e terapia comportamental, cognitiva ou medicação);
- Agentes biológicos e químicos e formas de identificar os sinais e sintomas;
- Agentes biológicos e químicos e os seus diagnósticos diferenciais e tratamentos;
- Abordagem a multivítimas;
- Triagem

Repliquei as formações no pós passagem de turno, assegurando, desta forma, a transmissão da informação a todos os enfermeiros. O tema geral das formações incidia sobre as: Competências em Enfermagem Médico-cirúrgica: Da prática em contexto de urgência periférica à conceção de um plano de catástrofe e/ou emergência multivítima e tiveram com objetivos: 1ª sessão: Contribuir para criação e implementação de um plano de catástrofe/emergência multivítima 2ª sessão: Rever conceitos abordados na 1ª sessão; conhecer abordagem estruturada no atendimento a multivítimas; conhecer sistemas de triagem pré-hospitalar e hospitalar 3ª sessão: Conhecer abordagem estruturada na Resposta Hospitalar; conhecer abordagem estruturada psicológica em Incidentes Major.

A sessão formativa com preletores externos abordou dois temas: Abordagem multivítimas – Enfermeiro Victor Correia; Riscos Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos: Preparação da Unidade de Saúde – Técnico Superior Nelson Bettencourt.

Para complementar a formação referente a conhecer a abordagem estruturada psicológica em Incidentes Major, realizei uma entrevista com o coordenador da unidade de Psicologia do SESARAM, a fim de conhecer e apresentar à equipa a intervenção e resposta neste âmbito. Considero este tema de extrema importância, dado que as catástrofes, são acontecimentos que provocam perdas de vida e afetam várias pessoas, a nível material, físico e psicológico. Assim o crescimento da ocorrência de tais eventos e a envolvência destes, conduziram a uma progressiva consciencialização do impacto destes, ao nível biopsicossocial do ser humano, bem como da importância do desenvolvimento de uma intervenção precoce estruturada e organizada (Beja, 2018). Carvalho e Matos (2017)

corroboram da mesma opinião, afirmando que em situações de crise, é expectável, a ocorrência de um conjunto de reações emocionais, sendo a sua intensidade variável. Assim, algumas pessoas expostas a um incidente crítico, não necessitam de qualquer tipo de intervenção psicológica. No entanto um número significativo mantém os sintomas de stress agudo ao longo do tempo que sem intervenção adequada, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de transtorno de stress pós-traumático. Madignam (2018) acrescenta que a preparação psicológica é uma temática importante na gestão de emergência e são projetados para apoiar a população afetada, bem como os profissionais. Patridge (2012) por sua vez refere que a fase de recuperação merece mais ênfase, alegando que a maioria dos planos de catástrofes concentram-se na fase de resposta, com menos ênfase para a fase de recuperação, apesar de frequentemente ser a mais longa e mais dispendiosa. Mackway-Jones e Kevin (2012) referem que a fase pré-hospitalar de um incidente grave, muitas vezes duram algumas horas, mas a tensão adicional será sentida por muitos dias ou semanas, sendo que a reabilitação de algumas vítimas pode levar anos. Muitos profissionais envolvidos no socorro, nunca terão vivenciado tais experiências e alguns desenvolveram sinais de stress, que pode ser imediato ou tardio. Nesse sentido, defende que os planos não devem apenas planejar a fase de resposta inicial. A fase de recuperação precisa de ser igualmente estruturada, com instruções claras. Os objetivos são garantir que a prestação normal dos serviços seja retomada o mais breve possível, que os profissionais obtenham apoio, o descanso e recuperação necessários. A reconstituição dos serviços é fulcral, para que os serviços de saúde considerem os impactos do incidente e planeiem medidas em conformidade. Os primeiros socorros psicológicos surgem como uma forma de intervenção de apoio psicossocial precoce e envolvem um conjunto de medidas para a promoção da estabilização emocional da pessoa afetada por incidentes críticos (Beja, 2016)

Estima-se que tenha sido em meados do século XX, o momento em que se iniciou a intervenção psicológica em catástrofe (Franco, 2015). Atualmente, os primeiros socorros psicológicos, têm sido alvo de uma ampla investigação, sendo recomendado por diversas organizações e entidades internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Federação Internacional da Cruz Vermelha, o National Center for Post Traumatic Stress Disorder, o Disaster Mental Health Institute of the University of South Dakota, entre outras.

Resumidamente pode-se constatar que os primeiros socorros psicológicos, traduzem-se num processo complexo, multifacetado e transdisciplinar de resposta às situações de catástrofe, em que é fundamental a articulação da intervenção psicológica com

as diferentes vertentes, quer no cenário pós catástrofe, quer no domínio de prevenção (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2013).

Salientamos o importante papel da Ordem dos Psicólogos Portugueses, que criou e disponibilizou uma formação sobre intervenção psicológica em situações de catástrofes, iniciada em 2014, visando dotar os seus profissionais de competências nesta área. No entanto, continua a ser vital o desenvolvimento de mais estudos científicos no sentido de identificar modelos de intervenção eficazes para a população portuguesa.

Assim, de acordo com Beja (2016) os Primeiros Socorros Psicológicos “configuram-se como veículos promotores da catarse, do autoconhecimento e da metamorfose da narrativa do indivíduo, concedendo-lhe a possibilidade de retomar – mesmo que de forma periclitante, hesitante e árdua – a vida quotidiana de outrora” (p. 140).

A nível regional, dispõe-se de uma equipa de intervenção, que aguarda pelo pedido de intervenção do gabinete de crise. Assim, de acordo com a solicitação, podem deslocar-se à zona crítica para avaliação das necessidades, ao SU ou aos cuidados de saúde primários (CSP), estando estipulado um psicólogo por cada dez vítimas. A intervenção é efetuada pelos cartões de ação já delineados e de acordo com o nível de alerta. Depois são encaminhados de acordo com as necessidades. A nível dos CSP encontram-se equipas disponíveis para o atendimento à posteriori, follow-up ou pessoas que venham a desenvolver sintomatologia numa fase mais tardia, sendo que as pessoas afetadas por tais eventos têm prioridade de atendimento.

Os aspetos éticos associados às situações de catástrofe, foram também tema da minha preocupação e reflexão. Em entrevista informal com enfermeiros com experiência nesta área, apercebi-me que estes deparam-se com alguns problemas éticos, nomeadamente no que se refere à triagem das vítimas e à prestação imediata dos cuidados. Já em 2011 Lateef referia que a triagem e assistência médica em catástrofe propiciam dilemas éticos, defendendo uma atitude proativa, evocando de “ética preventiva”. Assim defendeu que esta deve estar incluída nas formações de catástrofe, a fim de uniformizar procedimentos e consequentemente desenvolver uma prática mais segura. Kollek (2013) corroborou a mesma opinião afirmando que quando os recursos excedem as necessidades e as decisões têm de ser tomadas, com informações limitadas, é fundamental um processo justo para estabelecer a legitimidade das decisões. Deste modo, depreende-se como fulcral que a aprendizagem ética esteja incorporada no planeamento de catástrofes, onde se promova a discussão dos princípios éticos que sustentam as ações humanas e intervenções. Sendo igualmente importante existir um momento em que os profissionais possam refletir sobre esta temática,

bem como desenvolver de forma consensual uma estrutura ética explícita orientadora da melhor resposta.

A convite do meu tutor, pude colaborar, no curso MRMI, realizado a 6, 7 e 8 de dezembro de 2019. No MRNI, é treinada a cadeia de comandos, o cenário do acidente, o transporte, a abordagem pré-hospitalar, a triagem, a gestão hospitalar, os corredores de evacuação e o suporte comunitário. Assim pude observar e colaborar na montagem dos cenários, acompanhar o trabalho da equipa pluridisciplinar e pluridisciplinar, participar no planeamento da resposta e gerir cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe. Foi sem dúvida, uma mais valia para o desenvolvimento das minhas competências, pois apesar de ter já realizado o curso, apenas tinha tido oportunidade de participar em atividades no local onde fiquei colocada. Aqui, tive oportunidade de observar e colaborar nos diferentes cenários do curso, o que me permitiu compreender os procedimentos inerentes à ativação da cadeia de comando, à organização do teatro de operações, ao processo de triagem, ao acionamento de meios, à montagem de PMA e à atuação do enfermeiro enquanto membro das equipas de intervenção.

2.3.3 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

Os cuidados de saúde são dinâmicos e complexos. A sua evolução arrecadou ganhos em saúde, com tratamentos para situações consideráveis incuráveis e aumento da sobrevivência com melhor qualidade de vida. No entanto, toda esta evolução acarretou riscos, sendo um dos mais importantes a infeção (Pina, 2010). Nesta ótica e conforme regulamento nº 361/2015, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (p. 17243).

De acordo com a classificação para a prática de enfermagem, CIPE, (2015), infeção é descrita como sendo um “processo patológico de invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (p.63).

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar ou extra-hospitalar pode originar a transmissão de infeções, denominadas infeções associadas aos cuidados de saúde. (IACS). As IACS consistem numa infeção adquirida pelo doente no contexto de cuidados de saúde, podendo também afetar os profissionais em funções. Inclui o ambiente ambulatorio e todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. É fundamental a sua identificação atempada e pressupõe a comunicação e articulação assertivas visando minorar o risco (DGS, 2007).

Pina (2010) acrescenta que as IACS se revelam como das complicações mais frequentes da hospitalização. As vulnerabilidades e o risco estão em constante mudança, pelas complexas interações entre profissionais de saúde, utentes, tecnologias e o próprio ambiente de prestação de cuidados (Pina & Sousa-Uva, 2014).

No plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026, conforme despacho nº9390/2021, está inserido como objetivo estratégico reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos, o qual defende que as IACS dificultam o tratamento eficaz do doente, resultando um aumento da morbilidade e mortalidade, assim como do consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. Na mesma ótica, a WHO (2016) refere que as IACS representam um problema de saúde pública relevante, com repercussões em termos de morbilidade e mortalidade, com consequente impacto económico. Segundo a OMS, as IACS revelam-se como uma epidemia silenciosa (Pina, 2010). Nos países desenvolvidos, a WHO, estima que cerca de 7% dos utentes desenvolvam IACS e cerca de 10% nos países subdesenvolvidos (2016).

É fundamental uma mudança de paradigma, em que se aborde as IACS, como uma consequência evitável, acreditando que a prevenção é possível e não a aceitar como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico (Pina, 2010).

Assim a nível nacional, a DGS, em 2007, implementou o programa nacional de prevenção e controlo da infeção da IACS e em 2008 o programa nacional de prevenção das resistências antimicrobianas.

Na realidade, controle de infeção e prevenção de resistência aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, mencionado no despacho nº1400-A/2015, que conjugado com as evidências de que Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde, determinou a criação do programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), conforme despacho nº 2902/2013, que funde os dois programas, dada a sua complementaridade. Nesta sequência e tendo em vista a

implementação deste programa, foram constituídos grupos de coordenação regional e local do PPCIRA. O programa assumiu como objetivos até 2020: redução da taxa de IACS, promoção da prescrição dos antimicrobianos; e diminuição da resistência aos antimicrobianos. Numa perspetiva integrada entre todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, foram implementadas estratégias multimodais para a promoção das precauções básicas de controle da infeção (PBCI), programas de vigilância epidemiológica de incidência de infeções, vigilância epidemiológica de prevalência das infeções e programa de assistência à prescrição antibiótica.

O risco de transmissão de infeção existe em todos os momentos da prestação de cuidados, particularmente em doentes inum comprometidos e/ou na presença de dispositivos invasivos. A sobrelotação, a falta de recursos humanos, a impossibilidade de realização de coorte de profissionais, transferências dos doentes entre serviços e instituições e os doentes internados em unidades específicas, tais como as unidades de cuidados intensivos, são fatores que contribuem para o aumento do risco de IACS (Pina, 2010).

Nesta ótica, é fundamental que em todos os momentos da prestação de cuidados, sejam adotadas medidas quer na prevenção, quer no controle da transmissão cruzada de microrganismos. Assim, surgem as PBCI, que compreendem um conjunto de medidas que visam prevenir a transmissão cruzada resultante de focos de infeção conhecidos ou não. São aplicáveis a todos os utentes, sendo o princípio subjacente as PBCI o de que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” (DGS, 2013). Com a adoção destas medidas pretende-se salvaguardar a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contato com os diferentes serviços de saúde. Já Pina (2010), referira que as PBCI são a primeira “barreira de segurança” nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controle das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e consequentemente para a segurança dos doentes.

O conceito de Precauções Básicas e Isolamento foi evoluindo ao longo dos anos. Em 1970, foi mencionada pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), pelo documento “Isolation Techniques for use in Hospitals” e integrava 7 categorias de isolamento. Em 2007, surgem as mais recentes atualizações sobre a prevenção e o controle da transmissão cruzada, “Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007”. Nesta sequência foram adicionadas novas recomendações às precauções básicas. Estas baseiam-se em 10 padrões de qualidade: colocação de doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de

proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

As mãos dos profissionais de saúde, de acordo com DGS (2016), constituem o veículo mais comum de transmissão de microrganismos. Segundo o modelo preconizado pela OMS e adotado pela DGS e pelo SESARAM, a higienização das mãos deverá ser implementada em 5 momentos: antes do contato com o doente, antes de procedimentos limpos ou assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contato com o doente e após o contato com o ambiente envolvente do doente, de forma a interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde, conforme o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), descreve no procedimento GCPPCIRA.PRO.02.

Os EPI surgem na necessidade de garantir a segurança dos profissionais e dos utentes. A sua utilização baseia-se na avaliação do risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do equipamento, pele e mucosas dos profissionais de saúde. No entanto, importa salvaguardar que os EPI reduzem, mas não eliminam totalmente o risco de infeção. Para que contribuam para a prevenção e controle das IACS, os EPI devem estar associados às restantes recomendações das PBCI. É responsabilidade de cada profissional selecionar as barreiras apropriadas, em função do contato e/ou procedimento previsto e deve ser selecionado tendo em consideração o tipo e natureza do risco que pretendemos evitar/minimizar.

Salvaguardar que o uso de luvas não modifica as indicações para a higiene das mãos, sendo que se o uso de luvas impedir o cumprimento da higienização das mãos, então estamos perante um fator de risco maior para as IACS e para a disseminação de microrganismos pelo ambiente (Pina, 2010).

Lembrar que as PBCI não previnem eficazmente a transmissão de infeção de todos os agentes infecciosos, sendo que em casos específicos, tais como *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis* (MRSA) entre outros, estão indicadas medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contato, via área e gotículas), que são complementares às precauções básicas, mas não as substituem. Assim, sendo, alguns utentes podem necessitar de precauções adicionais específicas de acordo com o microrganismo

infecioso, implicando medidas adicionais de isolamento de acordo com a via de transmissão (contato, gotículas, via aérea) (DGS, 2013).

Relativamente ao diferente material utilizado na prestação de cuidados e para garantir o controle da infeção, este deverá ser categorizado de acordo com o grau de risco, adotando-se para tal a classificação de *Splaulding*, que engloba 3 categorias: crítico, semi-crítico, não-crítico. Assim, de acordo com a categoria, o material deverá ser esterilizado, desinfetado ou apenas limpo, respetivamente (Pina, 2014).

De acordo com o GCPPCIRA descrito no procedimento nº 020, uma das linhas estratégicas utilizadas internacionalmente para reduzir as IACS é “incentivar e promover o ambiente seguro na unidade de saúde e as boas práticas de higienização” (p.3). Assim, a limpeza e desinfeção nas US, não devem ser encarradas como atividades rotineiras, devendo ser adaptadas a cada local de trabalho. A frequência da limpeza deve ser determinada em função do risco e o nível de desinfeção exigido. As UCI, são consideradas áreas críticas e como tal requerem a existência de planos de limpeza e desinfeção estabelecidos. Pude constatar a existência de planos de limpeza no SMI do HNM, onde exerci funções, bem como aplicar os procedimentos nele estabelecidos e supervisionar a limpeza das diferentes unidades. Atualmente, enquanto elo de ligação da PPCIRA, no serviço de diálise, elaborei planos de limpeza para as diferentes salas de acordo com o procedimento nº 020, estabelecido pelo GCPPCIRA.

Outro aspeto que aqui salvaguardo, é o manuseamento de roupa e recolha de resíduos. Ciente que estes também são determinantes no controle das IACS, cumpri em todos os momentos, com os procedimentos estipulados pelo GCPPCIRA e procedi à supervisão do cumprimento destes pelos diferentes profissionais.

O projeto Stop Infeção hospitalar!, integrado no Desafio Gulbenkian, surge em 2015, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Institute of Healthcare Improvement e consiste na implementação de um sistema de aprendizagem colaborativa nos hospitais selecionados, em articulação com o Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), tendo como objetivo reduzir a incidência para 50% de 4 tipologias de infeção hospitalar (infeção do trato urinário associado a cateter vesical; infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com cateter venoso central; pneumonias associadas à intubação; infeções do local cirúrgico, cirurgias de prótese da anca e do joelho, cirurgias colo-rectal e da vesícula biliar), através de

uma metodologia de melhoria contínua da qualidade, num período de 3 anos em 12 centros candidatos (2016). O SMI do HNM foi um dos serviços onde este projeto foi implementado.

Os resultados após 3 anos, revelam uma redução superior a 50% nas 4 tipologias de infeção (Venes, 2018). Dados coincidentes com os do SMI do HNM, onde também se verificou uma redução superior a 50% no que se refere às 4 tipologias de infeção.

Neste contexto, importa referir as normas emitidas pela DGS, relativamente a: Norma nº 19/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; Norma nº 20/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico; Norma nº 21/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação e a Norma nº 22/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central.

No decorrer do ensino clínico no SU constatei o risco acrescido de infeção cruzada associado a condições estruturais e à não adesão das boas práticas por alguns profissionais. Nesse sentido de forma informal e com intuito de promover momento reflexivo, abordei a enfermeira com funções de elo de ligação do PPCIRA sobre o que está instituído no serviço relativamente a esta temática e sensibilizei-a para a necessidade de algumas estratégias de mudança. Por exemplo deparei-me, na sala de emergência com instruções de trabalho em suporte de papel, bem como documentos vários e protocolos desprotegidos. Ora sendo esta sala de emergência considerada zona crítica, importa que todo o material possa ser sujeito a higienização, de forma a minimizar o risco de infeção. Conversei com o enfermeiro tutor sobre esta problemática e alternativas possíveis, que foram prontamente aceites, tais como proteção dos documentos e remoção do excesso de material daquele espaço. Relativamente aos algoritmos sugeri que fossem idênticos aos do SU do HNM, uma vez que são de material higienizável.

Durante o ensino clínico ainda prestei cuidados em segurança, respeitando as normas, recomendações e procedimentos instituídos, na redução e controle das IACS.

No que concerne o planeamento de cuidados, através da metodologia do processo de enfermagem e face aos feixes de intervenção: de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico; de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação e de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, elaborei os respetivos diagnósticos: risco de infeção por cateter urinário; risco de infeção por dispositivo respiratório; risco de infeção por cateter central e risco de infeção por dispositivo: cateter arterial.

Ainda referente à elaboração de diagnósticos, no âmbito do controle da infeção, elaborei o de risco de infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). Relativamente ao MRSA, encontra-se instituído no HNM um procedimento para Prevenção da Colonização/Infeção Cruzada por MRSA. Atualmente, o MRSA é a bactéria mais frequente de IACS resistentes a antimicrobianos no mundo. Estudos realizados revelam redução da aquisição de micro-organismos multirresistentes e na redução das infeções na corrente sanguínea, através da higiene corporal dos utentes com toalhetes de clorhexidina 2%. Climo (2013) com objetivo de avaliar a eficácia do banho com toalhetes de clorhexidina na redução da infeção por microorganismos multirresistentes e das infeções da corrente sanguínea, realizou um estudo multicêntrico envolvendo 7735 doentes, internados em nove unidades de terapia intensiva e transplante de medula óssea em 6 hospitais. O estudo revelou que a higiene diária corporal dos doentes com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2%, levou a uma redução de 21% da infeção por microorganismos multirresistentes incluindo MRSA e a uma redução de 31% das infeções da corrente sanguínea, concluindo que o banho diário com toalhetes de clorexidina significativamente reduz o risco de adquirir infeções por microorganismos multirresistentes e desenvolver infeções da corrente sanguínea. Marques (2016) realizou uma revisão integrativa da literatura, incluindo dois estudos quase-experimentais, com o objetivo de analisar a eficácia do banho com clorexidina na redução/eliminação de KPC no doente colonizado/infetado, internado em unidades hospitalares. Do estudo concluiu que o banho diário com clorexidina, aparentemente, mostra-se eficaz na redução de colonização/prevalência de *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*. No entanto realça que são necessários mais estudos, de preferência experimentais, para resultados mais fidedignos. Nesta sequência, o procedimento GCPPCIRA.PRO.05, adotado pelo HNM e elaborado pelo GCPPCIRA é que todos os utentes admitidos no SMI são submetidos a higiene corporal com os referidos toalhetes durante 5 dias consecutivos. No caso dos doentes com tubo endotraqueal, enquanto permaneceram entubados, são submetidos a higiene oral com solução de gluconato de clorhexidina a 0,2%. Associado a alguns fatores de risco, é realizado rastreio de MRSA, através da realização de zaragatoa nasal e ou ferida cutânea crónica. Caso seja positiva, são instituídas medidas para descolonização, nomeadamente a aplicação de Mupirocina 2% pomada três vezes ao dia durante 5 dias, associada a descolonização corporal através de banho diário com os toalhetes de clorhexidina 2%.

No SMI, perante um doente infetado e na impossibilidade de o manter em isolamento físico, é assegurada a sinalização da respetiva unidade de modo a alertar para o risco de contaminação e as medidas a adotar, conforme o descrito procedimento 004, elaborado por GCPPCIRA. Sempre que possível e de forma a delimitar o espaço, é também colocado um biombo nessa unidade.

No doente ventilado, com suspeita ou confirmação de infeção por micro-organismos cuja transmissão é feita por gotículas, é colocado um sistema de aspiração fechado, associado às restantes medidas de PBCI.

No decorrer do ensino clínico, bem como pela minha prática clínica no SMI, foi possível constatar a crescente preocupação na prescrição da antibioterapia, sendo realizada a colheita dos produtos microbiológicos antes do início da terapêutica antibiótica, permitindo assim adequação da prescrição e sua utilização em segurança, prevenindo as resistências e retrocessos. Foi também possível constatar a preocupação com a farmacocinética e farmacodinâmica, pela monitorização dos níveis séricos de vários fármacos, mediante a utilização de protocolos estabelecidos.

No que se refere à preparação de terapêutica, em todos os momentos, preparei, rotulei e administrei mantendo a técnica asséptica, prevenido os riscos de infeção e de erro terapêutico, mantendo uma prática segura de preparação e administração de terapêutica, conforme preconizado pela DGS na norma nº029/2012.

Um outro item que foi alvo do meu cuidado e atenção foi relativamente ao transporte intra-hospitalar, nomeadamente no que se refere às ambulâncias e controle da infeção. Nesse sentido o GCPPCIRA possui o procedimento nº 030 que descreve recomendações para prevenção e controle da infeção, no que se refere ao uso de equipamento de proteção individual, política de descontaminação de material e equipamentos, circuitos de recolha e tratamento de lixo. Procedimento esse que consultei, podendo constatar o cumprimento de algumas das recomendações, alertando para a necessidade do cumprimento das restantes recomendações, no sentido de controlo de focos de infeção.

Assim no decorrer do estágio reconheço que a infeção foi um dos focos da minha atenção. Zelei pelos cuidados instituídos, cumprindo com as normas de segurança e prevenção e controle da infeção, minimizando o risco de infeção para os doentes associado aos cuidados de saúde, bem como o risco profissional a que estamos sujeitos.

Enquanto elo de ligação da PPCIRA, realizo de acordo com a calendarização estipulada pelo GCPPCIRA monitorizações referentes à “Estratégia multimodal para a promoção das PBCI”; às “Estruturas de higienização das mãos”; à “Limpeza do ambiente”

e aos “Resíduos hospitalares” e à “Prevenção e Controlo da Legionella” numa base de dados existente no ATRIUM. Também estou responsável pela divulgação de informação de acordo com as alterações e implementações. Assim, no contexto atual, no âmbito da COVID-19 estive responsável pela reestruturação dos circuitos da unidade de diálise, serviço onde atualmente desempenho as minhas funções, divulgação da informação aos profissionais de todos os contextos de saúde e respetivas atualizações, treino da colocação e remoção de equipamento de proteção individual, descrito pelo GCPPCIRA através do procedimento GCPPCIRA.PRO.034. Ainda, perante casos de utentes com *Enterobacteriales* Resistentes aos *Carbapenemos* (ERC), estive responsável pela divulgação de informação aos profissionais de saúde, bem como na orientação das assistentes operacionais e implementação de medidas no atendimento destes utentes, de acordo com o procedimento GCPPCIRA.PRO.031. No decorrer do ano 2021, ocorreram dois casos de utentes com tuberculose pulmonar, pelo que implementei medidas a adotar no serviço no cuidar destes utentes e orientação dos profissionais de acordo com o procedimento GCPPCIRA.PRO.07. Pelo exposto, denota-se o papel ativo que desempenho na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade de resposta em tempo útil e adequada.

Sendo que a problemática do controle da infeção sempre foi uma temática do meu interesse e preocupação, enquanto enfermeira no SMI do HNM e no âmbito da implementação das TSFR em cuidados intensivos elaborei dois procedimentos referentes à conexão do cateter venoso ventral ao circuito extracorporal, utilizando uma máquina de diálise e à desconexão do cateter venoso ventral ao circuito extracorporal, utilizando uma máquina de dialise.

Ciente, tal como reforça Pina (2010) que “só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infeção e tendo por base as precauções básicas é que poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS (...)” (p.33), da minha observação, intervenho, orientando diferentes profissionais (médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais), sobre as medidas a adotar e necessidade de cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Neste contexto, também promovi a literacia, informando os familiares e pessoas significativas acerca das medidas a adotar e necessidade de cumprimento.

3. COMPETENCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA

A procura pela excelência do cuidar, motivou o ingresso neste nível de ensino.

Pelo já explanado neste relatório, o cuidar ao doente acometido por doença crítica em situação de urgência, emergência ou catástrofe foi foco da minha atenção, procurando sempre aprofundar, aperfeiçoar e adquirir novos conhecimentos, permitindo-me manter atualizada e desenvolver competências neste âmbito.

Este processo de construto de competências, resulta da consolidação de saberes, resultantes das vivências profissionais nos diferentes contextos de prática, na relação com os pares, na proatividade pela aprendizagem e na investigação. Neste seguimento realizei várias formações das quais saliento, SBV, SAV, SIV, ATCN, MRMI. Le Bortef (2008), defende que a competência resulta de um processo de interação contínua entre vários recursos.

As competências conducentes ao grau de mestre, conforme artigo 15º do decreto-lei nº 65/2018, são conferidas aos que demonstrem conhecimento aprofundado e fundamentado; capacidade de resolução de problemas em contextos multidisciplinares; aptidão para lidar com questões complexas; capacidade de comunicar e em orientar a sua aprendizagem de modo autónomo e autodirigido.

No desempenho da profissão, sempre defendi e desenvolvi uma postura proativa na aquisição de novos conhecimentos aplicando-os na prática e motivando os meus pares a alterações de comportamento alicerçados na evidência científica, através de formação em serviço.

Em contexto do CMEMC, a aquisição e desenvolvimento de competências resultaram de todo o processo desenvolvidos decorrentes dos diferentes estágios.

No estágio I – Urgência, a aquisição e desenvolvimento de competências resultaram das situações vivenciadas em contexto do estágio. O foco de atenção no utente como ser único inserido na família, a fundamentação das intervenções em evidência científica, a tomada de decisão, as reflexões, os momentos formativos que proporcionaram partilha de conhecimentos com a equipa, foram características que me enriqueceram, proporcionando uma aquisição, desenvolvimento de conhecimentos e competências para a PSC e respetiva família perante o processo de doença vivenciados, permitindo também uma atuação

adequada nas intervenções realizadas, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e deontológica.

Procurei sempre ser promotora de prática de cuidados que respeitassem os direitos humanos. Como defende a OE (2015) a dignidade é o verdadeiro pilar do qual decorrem outros princípios e que tem de estar sempre presentes, em todas as nossas decisões e intervenções. Harnegie (2012), por sua vez, já referiram que na prática, não é possível separar o raciocínio clínico do ético, uma vez que os bons julgamentos clínicos refletem a boa prática clínica. Assim bons julgamentos clínicos requerem a compreensão do que são considerados bons resultados para o utente e sua família em situações especiais.

No estágio III – Opção, a realização deste estágio, pela metodologia de projeto de intervenção, permitiu-me refletir sobre a problemática em causa e equacionar as soluções necessárias de forma a garantir uma resposta eficaz no contexto de catástrofe e de emergência multivítimas. A realidade constatada levou à reflexão sobre a importância de um documento disponível, capaz de conduzir todo o processo de funcionamento e de intervenção sistematizada em circunstâncias de adversidade. O diagnóstico de situação permitiu ainda reconhecer necessidades de formação na equipa, pelo que procedi à formação em serviço.

Como contributos para a prática, o impacto do desenvolvimento deste projeto traduz-se na disponibilização de um documento que define regras gerais de atuação, que procura refletir as melhores estratégias de gestão e prática profissional, dado que veio dar resposta a uma lacuna existente neste SUB. Pretendi fomentar a compreensão não só do papel da US e da necessária e importante articulação com outras entidades, mas também da importância da aquisição de conhecimentos e treino de capacidades e competências na utilização da triagem de catástrofe e na atuação neste contexto.

Ainda na sequência do construto de competências conducentes ao grau de Mestre, a convite do meu tutor, pude colaborar, no curso MRMI, realizado a 6, 7 e 8 de dezembro de 2019. No MRMI, é treinada a cadeia de comandos, o cenário do acidente, o transporte, a abordagem pré-hospitalar, a triagem, a gestão hospitalar, os corredores de evacuação e o suporte comunitário. Assim, pude observar e colaborar na montagem dos cenários, acompanhar o trabalho da equipa pluridisciplinar e pluridisciplinar, participar no planeamento da resposta e gerir cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe. Foi sem dúvida, uma mais-valia para o desenvolvimento das minhas competências, pois apesar de ter já realizado o curso, apenas tinha tido oportunidade de participar em atividades no local onde fiquei colocada. Aqui, tive oportunidade de observar e colaborar nos diferentes

cenários do curso, o que permitiu-me compreender os procedimentos inerentes à ativação da cadeia de comandos, à organização do teatro de operações, ao processo de triagem, ao acionamento de meios, à montagem de PMA e à atuação do enfermeiro enquanto membro das equipas de intervenção.

Pelo exposto, considero ter demonstrado um nível de conhecimentos e de compreensão que se identificam com o grau de Mestre em Enfermagem, resultantes do aperfeiçoamento dos saberes subjacentes ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC, refletidas ao longo deste relatório.

CONCLUSÃO

A busca pela excelência dos cuidados, foi determinante para a realização deste curso. A concretização deste relatório, permitiu-me uma reflexão crítica e revelação de todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências comuns enquanto enfermeira especialista e específicas em enfermagem, na área da PSC.

Este relatório, alicerçado pela evidência científica, evidencia vivências subjacentes a 21 anos de exercício profissional e os contributos decorrentes do CMEMC.

Impulsionada pela minha motivação e preocupação, direcionei o meu estudo na vertente de prestação de cuidados à PSC vítima de catástrofe ou emergência multivítima em contexto de uma urgência periférica, numa perspetiva integrada de cuidados de enfermagem especializados, resultando este relatório intitulado “Da prática em contexto de urgência periférica à conceção de um plano de catástrofe e ou emergência multivítima”.

Já o regulamento nº361/2015, referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em PSC, defende que em situação de catástrofe é indispensável “um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica” (p.3).

Os estágios decorreram em ambientes que propiciaram o desenvolvimento dos objetivos a que me propus. Pelas experiências vivenciadas em contexto de um SUB, pela experiência que já tinha em SUP, pela partilha de conhecimentos com peritos na área, considero ter sido uma mais-valia os estágios realizados, permitindo também o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Este percurso de aprendizagem foi determinante para o construto da minha identidade profissional, tendo permitindo o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem na área da PSC, assim como as competências conducentes à obtenção de grau de mestre em enfermagem. No âmbito das competências comuns, no que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, conduzi os meus estágios com rigor e disciplina, atendendo às normas da profissão e às práticas recomendadas, respeitando os direitos da pessoa, com o objetivo de responder às necessidades de saúde de cada utente e respetiva família. Foi minha preocupação ter um desempenho seguro, profissional e ético, recorrendo a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, nem sempre fácil, pelo que tive como referência o código deontológico, no

sentido de as necessidades da pessoa fossem asseguradas e responsabilizando-me pelas decisões que tomei e pelos atos que pratiquei ou deleguei, conforme artigo 100º da lei 156/2015. No domínio da melhoria contínua da qualidade, este foi um desígnio dos serviços onde estagiei e no SMI onde trabalhei. Assim sendo, a minha prática clínica e os meus estágios pautaram-se pelo cumprimento das normas e guias de boas praticas emitidas pela DGS. No que concerne ao domínio da gestão dos cuidados para além de gerir os cuidados aos doentes a quem prestei cuidados, colaborei nas atividades indiretas. Enquanto enfermeira no SMI desempenhei funções de responsável de equipa na ausência deste, o que me permitiu desenvolver as unidades de competência: otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos, sempre na perspetiva de manutenção da segurança e qualidade dos cuidados. Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, revelei que, em todo o meu percurso profissional e no agora académico, foi minha preocupação corresponder ao estipulado no artigo nº109, da lei nº156/2015 “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.8080), na procura da excelência do exercício profissional.

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, nomeadamente na Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, revelei conhecimentos e capacidades técnicas para responder em tempo útil e de forma humanizada e holística na minha prática. Neste domínio específico cuidei da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situações de urgência e/ou emergência nos vários postos do SU e em ambiente de cuidados intensivos, interagindo com a equipa multidisciplinar, na qual pude desenvolver as unidades de competência inerentes a esta competência específica. Relativamente à competência dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, foi notório o meu desempenho neste âmbito. Do estágio I, resultou uma inquietação e preocupação, que conjugado com a minha motivação pessoal direcionaram o estágio III. Assim na sequência do problema detetado e na importância de intervenção nesta área, propus-me a contribuir para a conceção de um plano de catástrofe e ou emergência multivítima. Nesta sequência elaborei um plano por fichas temáticas de acordo com a DGS e com a metodologia MRMI, visto ser a metodologia que está a ser utilizada na reestruturação

do plano de emergência do SU do HNM. Assim planeei, de forma sistemática e integrada, uma proposta de resposta às situações de emergência que, pela sua natureza ou extensão, condicione, momentaneamente ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes. Espero que o projeto iniciado se mantenha útil e que seja o ponto de partida para a consciencialização da importância de um plano de catástrofe e ou emergência multivítima nos SUB. Pude desenvolver as unidades de competência relativas ao cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; no desenvolvimento em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planejar resposta à situação de catástrofe, no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC. No que concerne à competência 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, revelei que a prevenção da infeção é um foco de atenção muito importante, seja como estudante ou como profissional, o que me permitiu desenvolver a unidade de competência relativa à conceção de um plano de prevenção, controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades, assim como a unidade de competência relativa ao desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência Antimicrobianos, no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC.

Relativamente às competências de mestre, revelei, através do projeto de autoformação com intervenção que fui capaz de traçar o meu caminho. Assim perante um problema complexo detetado, tal como a inexistência de um plano de catástrofe e ou emergência multivítima no SUP, no estágio de opção, tracei objetivos e estratégias com vista à conceção de uma proposta de plano que contribuisse para colmatar tal lacuna. No âmbito da comunicação, demonstrei capacidade de mobilizar conhecimento baseado na evidência, transmitir e discutir com os pares, o que me permitiu contribuir para a formação dos enfermeiros, perspetivando uma cultura de segurança e uma atuação eficaz na ocorrência de tais eventos.

Algumas dificuldades surgiram ao longo deste percurso, entre as quais a gestão de tempo para a realização deste relatório final de forma clara, fundamentada e refletida, em conjugação com a vida pessoal, profissional e académica, bem como a sistematização do percurso realizado, evidenciando de forma clara e perceptível as experiências vivenciadas e

as competências adquiridas. A motivação pessoal, aliada à busca da excelência dos cuidados, permitiu superar as dificuldades encontradas.

Numa perspetiva futura, manifesto interesse em continuar a investir na temática abordada. Assim pretendo, prosseguir a minha formação nesta área, sendo do meu interesse ingressar no curso de formadores do curso MRMI, perspectivando ser formadora deste curso e pertencer à equipa da comissão emergência, catástrofe e risco biológico do SESARAM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde – Recomendação Técnica nº 09/2013: Recomendação técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. 2013-04-01. Acessível na ACSS.

Alderson, S. & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.31014>.

Almeida e Sousa, J. P. (2012). A resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(1), 37-43. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6/11>.

Alves, M. M. R: (2015). *Fim de vida em cuidados intensivos: A(s) prática(s) dos profissionais de saúde* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

American College of Surgeons. (2018). *ATLS®: Advanced trauma life support®* (10th ed.). Author.

Assam State Disaster Management Authority & Doctors For You. (2013). *Hospital preparedness and mass casualty management*. http://sdmassam.nic.in/download/modules/Hospital%20Preparedness%20and%20Mass%20Casualty%20Management_Operational%20Level.pdf

Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2013). Plano nacional de emergência de proteção civil. http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf

Azevedo, P. M. D. da S.; & De Sousa, P. A. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 113-122. <https://doi.org/10.12707/RIII11140>

- Barman, A., Pradhan, D., Bhattacharyya, P., Dey, S., Bhattacharjee, A., Tesia, S., & Mitra, J. (2018). Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care patients. *Journal Of Critical Care*, 44, 82-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.013>
- Bastos, C., Machado, M., & Souza, W. (2008). *Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência*. Formasau
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A. P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos Enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 83-92, <https://doi.org/10.12707/RIV16085>.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2011). *Princípios de ética biomédica* (L. Pudenzi, Trad.). São Paulo: Edições Loyola.
- Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Reboló, A., Crawford, C.; & Gonçalves, D. (2018). Primeiros socorros psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. *Psychologica*, 6(1), 125-142. https://doi.org/10.14195/1647-8606_61-1_7
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem* (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. (2000) *Compétence et navigation professionnelle*. Editions d'Organization.
- Botsch, A., Protain, E., Smith, A. R., & Szilagyi, R. (2019). *Nursing implications in the ECMO PATIENT*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.85982>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebianno, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8-14.
- Burström, L., Letterstål, A., Engström, M., Berglund, A., & Enlund, M. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 296. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-296?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

- Campos, S. (2014). *Necessidades da família em cuidados intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento critical care family needs inventory* (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Universidade do Porto
- Carvalho, J. I. T. (2018). *Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em unidade de cuidados intensivos: Behavioral pain scale* (Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre). Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Carvalho, M. A. D., & Matos, M. M. G. (2016). Intervenções psicossociais em crise, emergência e catástrofe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 116-125. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20160018>
- Casaleiro, A. (2015). *Resposta hospitalar à catástrofe externa e emergência interna: Hospital de Cascais*. https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/hcascais_abiliocasaleiro_27_022015.pdf
- Center for Research on The Epidemiology of Disasters. (2019). *Natural disasters 2018*. <https://www.cred.be/publications>.
- Chaica, V., Sousa, P. P., & Marques, R. (2020). Abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenação por membrana extracorporal: Scoping review. *Enfermeria Global*, (59), 521-533. <https://doi.org/10.6018/eglobal.395701>
- Climo, M. W., Yokoe, D. S., Warren, D. K., Perl, T. M., Bolon, M., Herwaldt, H., Weinstein, R. A., Sepkowitz, A. K., Jerningan, J. A., Sanogo, K., & Wong, E. S. (2013). Daily chlorhexidine bathing-effect on healthcare-associated BSI and MDRO acquisition. *New England Journal of Medicine*, 7, 533-542. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1113849>.
- Collière, M. F. (1999) *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3ª ed.). Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*.

<http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Conceição, M. A. M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/89733/2/170933.pdf>.

Costa, A., & Gaspar, P. J. S. (2017). *Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência*. <http://hdl.handle.net/10400.8/2880>

Crouch, R., Charters, A., Dawood, M., & Bennett, P. (2017). *Oxford handbook of emergency nursing* (2nd ed). Oxford University Press.

Da Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades: Triagem de Manchester* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19983/2/Tese%20Mestrado%20%20Triagem%20Prioridades%20%20Triagem%20Manchester%20v.pdf>

De Oliveira, M. S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*. Instituto Nacional de Emergência Médica

Decreto nº 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27/05/2015). 13550-13553. [Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Decreto regulamentar nº 14/2012. **Diário da República** Série I. 19 (26-01-2012). 480-482. [Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/decregul/14/2012/01/26/p/dre/pt/html>

- Decreto-lei nº 48/95. **Diário da República** Série I-A. 63 (15/03/1995). 1350-1416. [Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>
- Decreto-lei nº 161/1996. **Diário da República** Série I-A. 205 (04-09-1996). 2959-2962. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei nº 39/2012. **Diário da República** Série I. 34 (16/02/2012). 791-793. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/39/2012/02/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª série. 157 (16-08-2018). 4147-4182. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Deodato S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27/05/2015). 13550-13553. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014). 20673-20678 [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014). 20673-20678 [Consult. 4 maio 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** Série II. 153 (11-08-2014). 20673-20678. [Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho nº 1057/2015. **Diário da República** II Série. 22 (02/02/2015). 3039 – 3039.
[Consult. 22 jun. 2021]. <https://dre.pt/home/-/dre/66396673/details/2/maximized?serie=II&dreId=66396637>

Despacho nº 13377/2011. **Diário da República**, 2ª Série. 192 (23/09/2011). 39681-39682.
[Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1519937/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2013377%2F2011>

Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** 2ª Série. 28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10).
[Consult. 18 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015>

Despacho nº 14223/2009. **Diário da República** 2ª série. 120 (24-06-2009). 24667-24669.
[Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>

Despacho nº 2902/2013. **Diário da República** 2ª Série. 38 (22 fev. 2012). 7179-7180.
[Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>

Despacho nº 3635/2013. **Diário da República** Série II. 47 (24-06-2009). 24667-24669.
[Consult. 03 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>

Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** Série II. 187 (24-09-2021). 96-103. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

DIREÇÃO -GERAL DA SAÚDE – Norma nº 019/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO -GERAL DA SAÚDE – Norma nº 020/2015. “Feixes de Intervenções” de prevenção de local cirúrgico. 2015. Acessível na DGS

DIREÇÃO -GERAL DA SAÚDE – Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. 2015. Acessível na DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular normativa nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO: Organização dos cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. 2010. Acessível na DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa nº 07/DSCS/DPCD: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. 31/03/2010. Acessível da DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa nº 09/2013: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 14/06/2003. Acessível da DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor. 18/06/2008. Acessível da DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 08/02/2017. Acessível da DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Orientação nº 008/2011: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. 28/03/2011. Acessível em DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*.
https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobreseguranca-do-doente.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacaointernacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa nº 21/2015: “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. 16/12/2015. Acessível na DGS.

Direcção-Geral da Saúde. Orientação da Direcção-Geral da Saúde: Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. 06/10/2010. Acessível na DGS.

Droogh, J., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J. M., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical Care*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>

Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. Medisa.

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Lusociência

Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., Campello, D., Dias, C. & Granja, C. (2008). Sala de emergência: Análise e avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(7-8), 889-902.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & De Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clinica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.

- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC*, (special issue), 183-196.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Franco, M. H. P. F. (2015). *A intervenção psicológica em emergências: Fundamentos para a prática*. Summus
- Freire, E. R. (2015). Futilidade médica, da teoria à prática. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98-102. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n4/v29n4a03.pdf>.
- Fung, O., Lai, C. & Loke, A. (2009). Nurses' perception of disaster: implications for disaster nursing curriculum. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3165-3171. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02777.x>
- Furtado, V. C. L. (2021). *Melhoria contínua na intervenção em catástrofe no SU* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre). Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Garbut, S. J., Peltier, J. W., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173(11), 1073-1077. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.11.1073>
- Go, R., Cole, B. E., & Broglio, K. (2013) *Managing pain in intensive care units. Aggressive pain management for the typically very ill and unstable patients in the ICU must be individualized based on the circumstances of each patient's pathology and condition*. <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/managing-pain-intensive-care-units>
- Grochtdreis, T., Jong, N., Harenberg, N., Gorres, S., & Scroder-Back, P. (2016). Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*, 8, 1-19, <https://doi.org/10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133>.
- Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPCIRA.PRO.02: Higiene das mãos. 12/07/2019. Acessível em SESARAM.

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPCIRA.PRO.05: Prevenção da colonização/infeção cruzada por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina. 12/07/2019. Acessível em SESARAM.

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPCIRA.PRO.07: Prevenção da transmissão da tuberculose pulmonar. 12/07/2019. Acessível em SESARAM

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento nº 004: Isolamento de doentes, precauções básicas e precauções adicionais de controlo de infeção baseadas na via de transmissão. 12/07/2016. Revisão 12/07/2019. Acessível em SESARAM.

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento nº 020: Limpeza do ambiente. 25/11/2014. Revisão 25/11/2017. Acessível em SESARAM

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento nº 030: Prevenção e controlo de infeção associado ao transporte de utentes em ambulâncias. 19/06/2018. Revisão 19/06/2021. Acessível em SESARAM

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPCIRA.PRO.031: Prevenção da Transmissão de Enterobacteriales Resistentes aos Carbapenemos (ERC). 01/02/2019. Acessível em SESARAM

Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos – Procedimento GCPPCIRA.PRO.034: Infeção pelo novo Coronavírus – Prevenção da Transmissão Cruzada. 16/08/2021. Revisão 16/12/2021. Acessível em SESARAM

Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (n.d.). *Relatório grupo de trabalho serviço de urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>

Grupo Português de Triage. (2010). *Triage do serviço de urgência* (2ª ed.). Author

Guedes, V. M., Figueiredo, M. H., & Apóstolo, J. L. (2016). Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: Da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 23-33. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022>

Harnegie, M. P. (2012). Clinical wisdom and interventions and acute and critical care: A thinking-in-action approach. *Journal of Hospital Librarianship*, 12, 391-398. <https://doi.org/10.1080/15323269.2012.719401>

Holanda, F. L., Marra, C. C. & Cunha, I. C. K. (2014). Construção da matriz de competências profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373-379, <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400062>.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2020). *Relatório de atividade transfusional e sistema português de hemovigilância*. https://www.hemovigilancia.net/files/RA_2020.pdf

International Association for the Study of Pain. (2021). *Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

International Council of Nurses. (2015). CIPE ® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Trans.). Ordem dos Enfermeiros.

International Nursing Coalition for Mass Casualty Education (2003). *Educational competencies for registered nurses responding to mass casualty incidents*. <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/educationresources/INCMCECompetencies.pdf>

Irwin, R. S., Lilly, C. M., Mayo, P. H., & Rippe, J. M. (2018). *Intensive care medicine* (8th ed.). Wolters Kluwer

Jornal Económico. (2019). *As tragédias que marcaram a história da Madeira desde 1977*. <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/as-grandes-tragedias-na-madeira-435611>

- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coelho, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research* (4th ed.). F. A. Davis Company.
- Kapoor, P. M. (2014). *Manual of extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in the ICU*. Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Koenig, K. L. & Schultz, C. H. (Eds.). (2010). *Disaster medicine: Comprehensive principles and practices*. United States of America: Cambridge University Press.
- Kollek, D. (2013). *Disaster preparedness for healthcare facilities*. United States of America: People's Medical Publishing House.
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petite, Fronda, D. C., Obeidat, A., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: A systematic review of literature. *International Nursing Review*, 6(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>.
- Lateef, F. (2011). Ethical issues in disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(4), 289-292. <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X1100642X>.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: Resposta a 80 questões*. Asa Editores.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence*. Groupe Eyrolles.
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lei nº 80/2015. **Diário da República** I Série. 149 (03/08/2015). 5311-5326. [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/normal?q=Lei+n%C2%BA%2080%2F2015>
- Lei nº156/2015. **Diário da República** Série I. 181 (16-09-2015). 8059-8105. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lennquist, S. (Ed). (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff*. Springer.

- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, (19), 99-110. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Lopes, H., & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 55-58. <http://hdl.handle.net/10174/13491>
- Lynn, M., Lieberan, H., Lunn, L., Pust, G. D., Stahl, K., Yeh, D. D., ... Zakrison, T. L. (2019). *Disaster and Mass Casualty Incidents* (2nd ed.). Springer.
- Macedo, M. (2016, 18-20 outubro). *Gestão da emergência*. 5ª Conferência de Segurança Proteger. Centro de Congressos do Estoril, Estoril. [www: https://proteger.pt/2014/wpcontent/uploads/2016/11/II_1_7_MarioMacedo.pdf](http://www.proteger.pt/2014/wpcontent/uploads/2016/11/II_1_7_MarioMacedo.pdf).
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing activities score, NAS : Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* (Relatório final para obtenção do grau de mestre). Instituto Politécnico de Viseu. <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Mackway-Jones, K. (Ed.). (2012). *Major incident medical management and support: The practical approach at the scene* (3rd ed.). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781444398236>
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (Eds.). (2014). *Emergency triage*. John Wiley & Sons.
- Madigan, M. L. (2018). *Handbook of emergency management concepts: A step-by-step approach*. CRC Press.
- Magnaye B., Muñoz, M. A., Muñoz, M., Muñoz, R., Muro; J. (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters. *International Scientific Research Jornal*, 269-294. <https://www.semanticscholar.org/paper/THE-ROLE%2C-PREPAREDNESS-AND-MANAGEMENT-OF-NURSES-Magnaye-Muro/82f4af57dc8e297274327e849431cb314fd4489d>

- Makdisi, G., & Wang, I. (2015). Extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) review of a lifesaving technology. *Journal of Thoracic Disease*, 7(7), 166-176. <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.07.17>.
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no sector de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti (Ed.). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Editora Rubio
- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências interhospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 111-120. <https://doi.org/10.12707/RII0926>
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Developement & progress* (2nd ed.). J. B. Lippincott Company
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory midle-range and situation: Specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Mello, C. M., Witt, R. R., Dorneles, E. L., & Marin, S. M. (2013). A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. *Vitalle*, 25(1), 37-44. <https://periodicos.furg.br/vitalle/article/view/6018>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Parecer conjunto nº 01/2017: Atribuição de responsável de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2013). *Parecer nº 05/2013: Mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20as%20Compet%c3%aancias%20do%20Enfermeiro%20para%20Utiliza%c3%a7%c3%a3o%20do%20Equipamento%20de%20Oxigena%c3%a7%c3%a3o%20por%20Membrana%20Extracorporal.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica. (2017). *Parece nº 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ministério da Saúde - Despacho nº 69/2009. 31/08/2009. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/despacho-n-692009-pdf.aspx>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – Orientação nº 007/2010: Elaboração de um plano de emergência nas unidade de saúde 2010. Acessível na DGS.

Montán, K. L. (2015). *Development and evaluation of a new simulation model for education, research and quality assurance in disaster medicine*. Ineko AB

Morais, C. M. F. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing*, 188, 23-24.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, (17), 3-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf.

Nunes, L. (Coord.) (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.

Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - Revista INFAD de Psicologia*, 1(2), <https://doi.org/143-158>. 10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331

Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros: um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143-158. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Author

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de posição: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de posição: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC TEC.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer nº 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. 06/03/2017.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boas práticas em trauma*. Autor.

Partridge, R. A., Proano, L., & Marcozzi, D. (2012). *Oxford american handbook of disaster medicine*. Oxford University Press

- Pedreira, L. C., Santos, I. M, Farias, M. A., Sampaio, E. S., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 533-539. <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4142/11649>.
- Penedo, J. M. V. dos S. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final*. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
- Pimenta, C., Pastana, L., Sichieri, K., Gonçalves, M., Gomes, P., Sollha, R., & Souza, W. (2017). *Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
- Pimenta, N. M. P. (2015). *Acompanhar o fim de vida: Dilemas éticos dos enfermeiros*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo
- Pina, E., Ferreira, E., & Uva, M. S. (2014). *Infeções associadas aos cuidados de saúde*. <https://doi.org/10.7476/9788575415955.009>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articuloinfeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Taylor, B. (2014). Emergency resuscitation team roles: What Constitutes a team and who's looking after the family?. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 124-132. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n3p124>
- Powers, R., & Daily, E. (2010). *International disaster nursing*. Cambridge University Press
- Proteção Civil. (2016). *Plano municipal de emergência de protecção civil de Machico*. <http://planos.prociv.pt/pages/plano.aspx?plano=809>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 4 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>

Regulamento nº 190/2015. **Diário da República** Série II. 79 (23/04/2015). 10087-10090. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento nº 361/2015. **Diário da República** 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 4 maio 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>

Regulamento nº 361/2015. **Diário da República**, 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>

Regulamento nº 506/2014. **Diário da República** 2º série. 217 (10/11/2014). 28259-28260. [Consult. 04 maio 2021]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2014/11/2S217A0000S00.pdf>

Resolução nº 30/2015. **Diário da República**, Série II. 88. (07/05/2015). 11179 – 11181. [Consult. 22 jun. 2021]. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/67163565/details/maximized>

Richardson, A. & Whatmore, J. (2014). Nursing essential principles: Continuous renal replacement therapy. *Nursing in Critical Care*, 1(20), 8-15. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12120>.

Robinson, K S. (2011). Preparação para emergências. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 203- 214). Lusociência.

- Rodrigues, L., Martins, J. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 26-41. <http://hdl.handle.net/10400.26/23931>
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 19(1), p.31-46.
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributo para a clarificação do conceito de competência numa perspectiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 87-114.
- Santos, C. R., Dixe, M. A. C. (2017). Validação cultural do disaster evaluation tool - DPET® (pp. 69-89). In M. A. C. R. Dixe, P. M. L. Sousa & P. J. S. Gaspar. *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Unidade de Investigação em Saúde da Escola Superior de Saúde de Leiria. https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gaspar3/publication/320077187_Construindo_conhecimento_em_Enfermagem_a_Pessoa_em_SituacaoCritica/links/5d78177aca27213dfa520a5/Construindo-conhecimento-em-Enfermagem-aPessoa-em-Situacao-Critica.pdf.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23.
- Serviço Regional de Proteção Civil. (n.d). *Plano regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities score: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, (16). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9208>
- Shirley, P. J. & Mandersloot, G. (2008). Clinical review: The role of the intensive care physician in mass casualty incidents: Planning, organisation, and leadership. *Critical Care*, 12(3), 1-7. <https://doi.org/10.1186/cc6876>

- Skinner, D. V., & Driscoll, P. A. (2013). *ABC of major trauma*. Wiley – Blackwell.
- Slepski, L. (2005). Emergency preparedness: concept development for nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, (40), 419–430. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2005.04.011>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011). *Plano nacional de avaliação da dor na UCI: Procedimento*. Author
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2011). Resultados: *Plano nacional de avaliação da dor na UCI*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- 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), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2016). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical care nursing* (7th ed.). Elsevier.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Vargas, M. A., De Albuquerque, G. L., Erdman, A. L., Souza Ramos, F. R. (2007). Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. *Revista Brasileira de enfermagem REBEn*, 60(3). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300018>
- Venes, M. (2018). *Stop infeção hospitalar!: Um desafio Gulkenkian*. Fundação Calouste Gulbenkian. http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/532/desafio_infecoes.pdf.
- Vincent, J. (2013) Critical care: Where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(Suppl 1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/cc11500>.

- World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*.
http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf
- World Health Organization. (2002). *Quality of care: patient safety: Report by the secretariat: Fifth-Fifth World Health Assembly: Provisional agenda item 13.9*.
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Glossary of humanitarian terms*.
<http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>.
- World Health Organization. (2011). *Hospital emergency response checklist*.
<https://www.who.int/publications/i/item/hospital-emergency-response-checklist>
- World Health Organization. (2015). *Public health for mass gatherings: Key considerations*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162109/WHO_HSE_GCR_2015.5_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Author.
- Worrall, J. (2012). Are emergency care staff prepared for disaster? *Emergency Nurse*, 19(9), 31-37. <https://doi.org/10.7748/en2012.02.19.9.31.c8943>.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis Company.
- Zwischenberger, J. B., & Bartlett, R. (2012). Extracorporeal life support: An overview. In K. V. Meurs, K. P. Lally, G. Peek, & J. Zwischenberger (Eds). *ECMO: Extracorporeal cardiopulmonary support in critical care* (4th ed) (vol. 1-4). Extracorporeal Life Support Organization.

APÊNDICE

**APÊNDICE A – PLANO DE RESPOSTA À CATÁSTROFE E OU
EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA EXTERNA NUM SERVIÇO DE
URGÊNCIA BÁSICO**