

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR
DO DOENTE CRÍTICO:**

Do transporte terrestre às evacuações aéreas

Pedro Diogo Agrela Rodrigues Ferreira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Funchal,
2022**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR
DO DOENTE CRÍTICO:**

Do transporte terrestre às evacuações aéreas

Pedro Diogo Agrela Rodrigues Ferreira

**Orientadora: Professora Doutora Noélia Cristina Rodrigues Pimenta
Gomes**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Funchal,
2022**

Quando tudo parece estar contra ti, lembra-te que o avião descola contra o vento, e não favor dele.

Henry Ford, sd

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem São José de Cluny e seus docentes, em especial à Professora Doutora Noélia Pimenta, pela disponibilidade, exigência, incentivo e rigor na orientação durante este percurso;

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

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos estágios, em especial ao Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, nomeadamente à Unidade de Evacuações Aéreas e à Força Aérea Portuguesa, pela oportunidade de viver um contexto tão específico e cheio de oportunidades;

Aos Enfermeiros tutores e demais elementos das equipas, pelo acolhimento, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos;

Aos meus colegas e amigos da UCIP do HNM, em especial à equipa “Imparáveis”, pela motivação e compreensão;

Aos meus colegas de Mestrado, em especial àqueles com quem partilhei momentos mais próximos;

À minha família pelo incentivo, apoio e carinho;

À minha companheira, pelo amor, carinho, determinação, compreensão, por me ouvires, aconselhares, estares presente e, principalmente, por me motivares e acreditares em mim. Obrigado por tudo.

RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 5.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano letivo 2021/2022. Este tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento das competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de Enfermagem especializados na área Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, evidenciar uma análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional e suas implicações para a essência do cuidado. Como objetivo final, pretendo evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da apresentação e discussão do relatório de estágio.

Os ensinamentos clínicos decorreram nos seguintes locais: Estágio I – Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Estágio II – Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral e Estágio com Relatório, Módulo I – Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral, Módulo II- Unidade de Evacuações Aéreas do Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira e no Serviço de Emergência Médica Regional da Região Autónoma da Madeira.

Durante este processo, direcionei a minha atenção para o transporte do doente crítico, aprofundando este tema, com mais enfoque, no contexto do estágio de opção. O cuidado ao doente crítico por vezes implica a sua transferência, pela necessidade de oferecer um nível assistencial superior. Este é um tema que tem vindo a receber atenção internacional e nacional, no sentido de promover um conjunto de boas práticas/*guidelines* que permitam fazer face à exigência deste tipo de transporte. Contudo, estas nem sempre são aplicadas na prática, sendo necessário explorar esta área e aprofundar competências no transporte do doente crítico. Esta é uma necessidade que tenho vindo a sentir no âmbito das minhas funções na Unidade de Cuidados Intensivos, justificando também a escolha desta temática.

A metodologia utilizada é descritiva, analítica e crítico-reflexiva das situações vivenciadas nos diferentes estágios. Como resultado de aprendizagem, os diversos contextos onde desenvolvi a prática clínica especializada permitiram evidenciar a minha intervenção como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no que concerne ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, no dinamizar a resposta a situações de catástrofe e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, competência, Enfermagem Médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, transporte do doente crítico.

ABSTRACT

This report is part of the study plan of the 5th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the academic year 2021/2022. This report aims to demonstrate the development of common and specific competences in the scope of specialized Medical-Surgical Nursing area for the Person in Critical Situation, evidencing a critical-reflective analysis of the situations that arise from the professional practice and its implications for the essence of care. As a final objective, I intend to highlight the development of Master's skills, through the presentation and discussion of this report.

The clinical practices took place in the following locations: Internship I – Multipurpose Emergency Service of the Hospital Dr. Nélio Mendonça, Internship II – Multipurpose Intensive Care Unit of the Hospital Curry Cabral and Internship III Module I – Multipurpose Intensive Care Unit of the Hospital Curry Cabral, Module II- Air Evacuation Unit of the Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira and in the Regional Emergency Medical Service of Madeira Autonomous Region.

During this process, I focused my attention on the transport of the critically ill patient, expanding this area, in much more detail, during the optional internship. Care for the critically ill patients sometimes implies their transference, due to the need to offer a higher level of care. This is a topic that has received international and national attention, in order to promote a set of good practices/guidelines and meet the demands for this type of transport. However, these are not always applied in practice, therefore being necessary to explore this area and deepen skills in the transport of critically ill patients. This is a necessity that I have encountered during my practice in the Intensive Care Unit, which also justifies the choice of this topic.

The used methodology is descriptive, analytical, critical and reflexive of the situations experienced in the different internships. As a result of learning, the different contexts where I developed the specialized clinical practice made it possible to manifest my intervention as a future Specialist Nurse in Medical-surgical nursing in terms of caring for the person experiencing complex processes of critical illness, in dynamizing the response to catastrophe situations and in maximizing intervention in infection prevention and control.

Keywords: Specialist Nurse, competence, Medical-Surgical Nursing, critically ill person, transport of the critically ill.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABSC - ambulância de socorro

APA- American Psychological Association

BIS – Índice Bispectral

BPS - Behavioural Pain Scale

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

CIC-CROS - Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro

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

CV – Cateter vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMCEPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMIH - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EQUASS – European Quality in Social Services

FAP - Força Aérea Portuguesa

HCC – Hospital Curry Cabral

HNH - Hospital Dr. Nélcio Mendonça

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

LA – Linha Arterial

LPP - Lesões Por Pressão

MRMI - Medical Response to Major Incidents

NAS - Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

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

PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM - Região Autónoma da Madeira

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV-DAE - Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SRPCRAM - Serviço Regional de Proteção Civil da RAM

STAT-CIC - Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UEA - Unidade de Evacuações Aéreas

WHO - World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I.....	20
1.1. Percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica	21
1.2. Enquadramento teórico: Transporte do doente crítico.....	26
1.3. Caracterização dos contextos da prática clínica	34
1.3.1. Estágio I - Serviço de Urgência Do Hospital Dr. Nélcio Mendonça	35
1.3.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Curry Cabral	37
1.3.3. Estágio com Relatório – Módulo Opção Clínica	38
CAPÍTULO II	42
2.1. Percurso de construção e desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica	43
2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista	43
2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	44
2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	50
2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	55
2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	59
2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da enfermagem à pessoa em situação crítica	63
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	64
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	72
2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	77
CAPÍTULO III.....	83
3.1. Competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica	84

CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	i
ANEXO A – FLUXOGRAMA RESUMO DA ATUAÇÃO DA UEA	ii
ANEXO B – FLUXOGRAMA DO TRANSPORTE AEROMÉDICO DE DOENTES ENTRE A ILHA DA PORTO SANTO E A MADEIRA.....	iii
ANEXO C – PROCEDIMENTO INTERNO DO SESARAM DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO: INTRA E INTER-HOSPITALAR	iv

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Enfermagem evoluiu significativamente no que diz respeito à formação, assim como ao nível da complexificação e dignificação do exercício profissional. Os cuidados de Enfermagem alcançam, nos dias de hoje, uma exigência técnica e científica relevante. Desta forma, os sistemas de saúde devem garantir que estão dotados de profissionais capazes de enfrentar os desafios futuros. Segundo o regulamento n.º 429/2018, esta conjuntura fez com que muitos Enfermeiros tenham optado por realizar uma diferenciação e especialização, de forma a melhorar os cuidados que praticam nas diversas áreas de atuação. Assim, o Enfermeiro Especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, tal como indica o regulamento n.º 140/2019, (p. 4744).

Neste sentido, o desenvolvimento do presente relatório de estágio encontra-se integrado no 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório. Pretendo com este relatório, após a sua discussão pública, a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Os objetivos que sustentaram o desenvolvimento deste trabalho instigam a demonstração do desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados Especializados na vertente da Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCEPSC); o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, na minha área de especialização, e suas implicações para essência do cuidado; e o desenvolvimento de competências de Mestre.

O plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, publicado no Despacho n.º 10960/2020 refere a realização de três estágios. O estágio I diz respeito à área de urgência polivalente, que decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM). O estágio II corresponde à área dos cuidados intensivos polivalente e decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Curry Cabral (HCC), do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Centro. Por fim, o Estágio com Relatório contempla dois módulos, o módulo I que decorreu novamente no HCC e o módulo II que decorreu na Unidade de Evacuações Aéreas (UEA) do Hospital de

Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT) e no Serviço de Emergência Regional da Região Autónoma da Madeira.

Durante os ensinamentos clínicos, o foco da minha atenção foi o transporte aéreo e terrestre do doente crítico. O cuidado a este tipo de doentes, por vezes, implica a sua transferência para outros locais, devido à necessidade de oferecer um nível assistencial superior. Neste sentido, este deve ser um tema aprofundado e debatido pelos profissionais, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Alves, 2021). A temática do transporte do doente crítico tem vindo a receber atenção no âmbito internacional e nacional, com vista à promoção de um conjunto de boas práticas/princípios orientadores/*guidelines* que permitam fazer face à exigência deste tipo de transporte.

Além da relevância profissional, o interesse por esta temática surgiu também por motivação pessoal. A realização de transportes de doentes críticos aquando da minha prestação de cuidados na UCIP do HNM suscitou muito interesse da minha parte. Nesta unidade, por vezes é necessário realizar alguns transportes para Portugal Continental. Estes transportes realizam-se por meio aéreo, o que ainda me motiva mais, uma vez que tenho um interesse pessoal pela área da aviação. Deste modo, a temática em estudo permite-me aliar os cuidados de Enfermagem especializados e o transporte aéreo. A realização deste tipo de transportes exige que o profissional seja detentor de experiência e formação específica, pelo que julgo que esta é uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências sobre o transporte do doente crítico, para que o possa realizar num futuro próximo, com maior segurança para o doente e restante equipa, tal como defende Cordeiro (2020).

No que diz respeito à metodologia para a elaboração deste relatório, a mesma caracteriza-se como descritiva, analítica, crítica-reflexiva das situações vivenciadas nos diferentes ensinamentos clínicos, assim como durante toda a vertente teórica do presente Mestrado e por meio da experiência profissional que desenvolvo desde 2016. Procurarei narrar de forma crítico-reflexiva as várias atividades realizadas, suportando-as com evidência científica e modelos teóricos de Enfermagem e enquadrando-as nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSC.

De forma a alcançar os objetivos apresentados, do ponto de vista estrutural, o presente relatório está organizado em três capítulos. O primeiro contemplará um enquadramento das competências em EMC e uma contextualização sobre o transporte do doente crítico, assim como uma caracterização dos locais onde se realizaram os ensinamentos clínicos. O segundo capítulo refere-se à narração do trajeto realizado para a aquisição e o

desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), rumo à aquisição das competências de Mestre em EMC, que será o terceiro capítulo.

O presente relatório será redigido segundo as normas da American Psychological Association 7ª edição (APA, 2019), preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Estas estão descritas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações”, disponibilizado pela escola.

CAPÍTULO I

1.1. Percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica

A profissão de Enfermagem, nos últimos anos, apresentou uma evolução no que diz respeito à formação, conhecimento científico, grau de complexidade, responsabilidades, e por conseguinte, dignificação do exercício da própria profissão. Torna-se, então, fulcral o reconhecimento do valor do papel do profissional do Enfermeiro, que é bastante significativo na comunidade científica de saúde, em particular referência à prestação de cuidados de saúde em termos de qualidade, eficácia e segurança (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Por outro lado, a sociedade está cada vez mais globalizada e isso faz com que existam cada vez mais pessoas informadas e, portanto, mais exigentes, aquando do seu contacto com as instituições de saúde. A globalização, o acesso a uma imensidão de informação, a literacia em saúde e os avanços na tecnologia, nomeadamente em dispositivos de diagnóstico, monitorização e/ou terapêutica fazem com que a Enfermagem tenha de analisar e refletir o seu futuro enquanto ciência e profissão (Gomes, 2015).

Segundo o International Council of Nurses (2022), a Enfermagem enquanto profissão é parte integrante do sistema de saúde, abrangendo áreas como a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado à doença física e mental, nas diversas etapas do ciclo vital e nos diferentes contextos de saúde. Nestes contextos, os Enfermeiros são elementos fundamentais na resposta às situações potenciais ou reais que coloquem em risco a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades.

A diversidade de teorias e modelos de Enfermagem são um reflexo da evolução da própria profissão, resultante da constante transformação do mundo com o passar dos anos. Não obstante, tudo começou quando Florence Nightingale, em 1840, se dedicou a cuidar dos feridos da guerra, desenvolvendo métodos que serviram de base para o início desta ciência, originando a Enfermagem enquanto profissão, construída e desenvolvida por Enfermeiros, sendo reconhecida pela sociedade enquanto área diferenciada na área da saúde e imprescindível nos dias de hoje. O contributo de Nightingale é extenso e vai para além da criação da Enfermagem enquanto profissão. Nightingale iniciou o pensamento da Enfermagem enquanto ciência, procurando que esta fosse traduzida em teoria, apresentando diversos conceitos que produziram intervenções de Enfermagem, reforçando assim a profissão na área das ciências e tecnologias focadas no cuidado ao indivíduo, família, grupo ou comunidade (Peres et al., 2021).

Os cuidados de Enfermagem alcançam, nos dias de hoje, uma exigência técnica e científica relevante, pelo que muitos Enfermeiros têm optado por realizar uma diferenciação e especialização, de forma a melhorar os cuidados que praticam nas diversas áreas de atuação. De forma a acompanhar esta exigência, a OE criou diversas áreas de especialidade, entre as quais a EMC. Neste seguimento e citando o Regulamento n.º 140/2019, (p. 4744), o Enfermeiro Especialista é aquele: “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Esta especialidade caracteriza-se por apresentar uma diversa abrangência de áreas de cuidados, pelo que foi sentida a necessidade de especializar as competências que esta especialidade acarreta aos destinatários dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Atendendo ao contexto de intervenção, a OE, através do Regulamento n.º 429/2018, criou, então, quatro áreas dentro da Especialidade de Médico-Cirúrgica, nomeadamente: área da pessoa em situação perioperatória, área da pessoa em situação crónica, área da pessoa em situação paliativa e área da PSC. No caso desta última, a PSC é aquela que se encontra em risco de vida, ou seja, está perante um cenário de eminência ou falência orgânica e depende de mecanismos avançados de monitorização, diagnóstico e terapêutica. Tendo em conta a natureza do conceito e o contexto deste alvo dos cuidados, torna-se evidente que os cuidados de Enfermagem a estas pessoas se caracterizam por serem altamente diferenciados, avançados e prestados de forma ininterrupta. São, também, cuidados que visam manter as funções vitais, perspetivam a prevenção de complicações e diminuição de morbilidades, tentando devolver à pessoa a sua recuperação total ou quase total.

Como referido anteriormente, segundo o Regulamento n.º 429/2018 o cuidado à PSC acarreta um nível de exigência muito elevado, pelo que estes devem ser prestados, preferencialmente, pelo Enfermeiro Especialista nesta área. Estes especialistas são Enfermeiros que apresentam um alto julgamento clínico, que se evidencia num conjunto de competências especializadas ao contexto de intervenção, tal como indica o Regulamento n.º 140/2019. Importa então perceber o que são competências. Segundo Le Boterf (2018), a competência é algo que não se resume a um determinado saber, resume-se sim à capacidade de mobilizar esse conhecimento, integrando-o através da formação e das experiências individuais ao longo do ciclo vital.

Já segundo a Lei OE (2012), a competência do Enfermeiro é vista como a capacidade do mesmo realizar de forma segura e eficaz a sua prática clínica, atendendo ao exercício das suas atividades diárias na profissão. Esta definição é semelhante ao que defende Benner et al. (2016), uma vez que para haver desenvolvimento de competências na

Enfermagem este deverá decorrer das situações reais que acontecem na prática clínica. A autora supracitada defende que este desenvolvimento das competências deverá ser de forma progressiva e por estádios, começando com o iniciado, o iniciado avançado, competente, proficiente e, finalmente, o perito.

Esta premissa, já em 2011 era apoiada por Serrano et al., que indica que a atividade do cuidar está relacionada com a instigação constante do desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e recursos, ou seja, com o desenvolvimento de competências. Torna-se então clara a ligação que existe entre o desenvolvimento de competências e o exercício profissional, na qual o profissional é o agente principal no processo de mudança e os contextos uma obrigatoriedade para o desenvolvimento de competências (Le Boterf, 2018). Ainda de acordo com Serrano et al. (2011), possuir as competências profissionais pressupõe que o Enfermeiro detém os conhecimentos, as habilidades, as destrezas e outras capacidades fundamentais para agir em situações complexas com autonomia e responsabilidade.

Assim, na perspetiva do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), segundo a Lei n.º 156/2015 ser Enfermeiro é ter competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais. No caso do Enfermeiro Especialista, acresce o facto de desempenhar estas competências em cuidados de Enfermagem especializados na área da especialidade desenvolvida. Por sua vez, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), este assume o dever de exercer a sua profissão de acordo com os mais atuais conhecimentos técnico-científicos, respeitando o valor da vida, da dignidade humana, desenvolvendo a sua prática de forma a melhorar continuamente a qualidade dos cuidados e os serviços que presta, enquanto Enfermeiro.

Para que um Enfermeiro seja reconhecido, pela OE, como especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, é necessário que este desenvolva um conjunto de competências comuns e específicas, que se encontram explanadas nos Regulamentos n.º 140/2019 e regulamento n.º 429/2018, respetivamente. No caso das competências comuns, estas são transversais a todos os Especialistas, independentemente da área de especialização, pois são competências que podem e devem ser aplicadas em todos os contextos da prestação de cuidados. Estas competências devem ser regidas de acordo com quatro domínios de competências: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Já as competências específicas dizem respeito àquelas que devem ser desenvolvidas em cada área de especialização. No regulamento n.º 429/2018, podemos verificar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) à PSC. Estas competências específicas definidas por este regulamento são: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”; “Maximiza a 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”.

Assim, e de forma a orientar o meu papel enquanto futuro Enfermeiro Especialista, a minha atuação foi orientada não só pelas competências, mas também pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados na PSC, indo ao encontro do Regulamento n.º 361/2015. Estes encontram-se fundamentos em quatro importantes conceitos, a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de Enfermagem. Estes padrões estimulam-nos na procura contínua pela excelência dos cuidados, com vista à satisfação do cliente. Mais acrescento que, durante este percurso, tive sempre presente a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, no que respeita à abordagem à PSC, e o modelo concetual de Benner, no que concerne ao desenvolvimento de competências.

No que concerne à teoria de Afaf Meleis (2012), segundo a mesma, o Enfermeiro assume um papel importante ao longo de todo o ciclo vital dos seus clientes, na adaptação dos mesmos aos contextos transacionais. Segundo Peças (2014), as alterações de saúde e doença nas pessoas conduzem a um processo de transição nas mesmas que pode afetar o seu bem-estar. Qualquer mudança na vida de um indivíduo provocará uma adaptação. Cardoso et al. (2019) acrescenta que os Enfermeiros durante a sua prática, para além de assistirem na satisfação das necessidades humanas do cliente de que cuidam, também atuam com o propósito de compreender e auxiliar o processo de transição pelo qual os indivíduos passam. Afaf Meleis denomina este processo de mudança de transição e é o conceito que está na base da sua teoria (Meleis, 2012).

Para Costa (2016), a teoria das transições permite ao Enfermeiro ajudar as pessoas a alcançar resultados saudáveis, após terem passado por um processo de mudança/transição. Segundo Meleis (2012), o processo de transição ocorre aquando de incidentes críticos nos indivíduos ou contextos que os rodeiam. Como tal, a transição é uma alteração que acompanha o indivíduo de um estado para outro e não se trata necessariamente de um processo de doença.

Todavia, os indivíduos que experienciam as transições ficam mais frágeis às ameaças, o que afeta o seu bem-estar. Este processo acarreta uma adaptação da pessoa à nova condição, o que implica uma agregação de novas condutas, conhecimentos, aptidões e expectativas. Os Enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam com o doente e, conseqüentemente, são eles que, aquando dos cuidados, mais encaram processos de transição resultantes de mudanças que afetam o estado de saúde dos doentes (Meleis, 2012).

Já no desenvolvimento de competências, baseei-me na teoria de Patrícia Benner (2005). Segundo esta autora, as competências vão se desenvolvendo ao longo da experiência profissional do Enfermeiro. Durante este processo e segundo o Modelo de desenvolvimento de competências, Benner identifica cinco níveis de proficiência: Principiante, Principiante Avançado, Competente, Proficiente e Perito.

Relativamente ao principiante, este está alocado aos estudantes ou recém-licenciados. Com dois anos de experiência profissional numa determinada área, está o principiante avançado. Este já é capaz de assimilar os aspetos mais importantes das situações e conta com a ajuda dos colegas mais experientes para o desenvolvimento da sua prática. Com três anos de prática clínica está o nível competente. Neste existe um planeamento consciente da sua ação, realizando as suas tarefas com base nas necessidades mais importantes da pessoa. Com quatro anos, atinge-se o nível proficiente. Neste o Enfermeiro vê a situação como um todo, priorizando as suas ações com base na forma como a situação evolui. Ao fim de cinco ou mais anos, o Enfermeiro é considerado perito. O mesmo é capaz de reconhecer padrões com base na sua experiência clínica passada, agindo na antecipação dos focos de instabilidade (Benner, 2005). Assim sendo, estas duas bases teóricas são pilares que fundamentam uma prática de cuidados de Enfermagem Especializada e que orientam a minha formação e investigação ao longo deste percurso.

Ressalvo que um dos objetivos deste relatório é evidenciar a aquisição das competências de Mestre que se encontram plasmadas no Regulamento n.º 65/2018. Neste contexto, pretende-se que o Mestre revele conhecimentos, compreenda e desenvolva os conhecimentos já obtidos no ciclo anterior, aplicando os mesmos na resolução de problemas nas situações novas. O Mestre deve ainda demonstrar capacidade para integrar novos conhecimentos, gerir assuntos complexos, arranjar soluções em situações de informação limitada ou incompleta, realizar análises e reflexões das implicações e responsabilidades éticas e sociais decorrentes das soluções, comunicando as conclusões que daí derivam, aos especialistas e não especialistas, mostrando competências que permitam uma aprendizagem ao longo de todo o ciclo vital.

Após a exploração do percurso de especialização em EMC e das competências que esta especialidade proporciona, é, então, importante compreender, do ponto de vista teórico, a temática principal que optei por aprofundar e trabalhar nos ensinamentos clínicos. Assim, no subcapítulo seguinte, realizarei um enquadramento do transporte do doente crítico.

1.2. Enquadramento teórico: Transporte do doente crítico

O transporte do doente crítico tem sido um tema que tem vindo a receber atenção no âmbito internacional, assim como no âmbito nacional. Ao nível internacional, várias instituições, tais como a Intensive Care Society, a Society of Critical Care, a American College of Critical Care Medicine, a Emergency Nurses Association, a European Society of Intensive Care Medicine e a Association of Critical Care Transport têm-se debruçado sobre o transporte do doente crítico, no sentido de promover um conjunto de boas práticas/princípios orientadores/*guidelines* e fazer face à exigência deste tipo de transporte. Estes documentos abordam temáticas como a coordenação, a comunicação, o acompanhamento, a qualificação e o treino dos profissionais que acompanham, bem como os dispositivos de monitorização, terapêutica e diagnóstico, de forma a tornar o transporte mais eficaz e mais seguro (Association of Critical Care Transport, 2016; Cordeiro, 2020; Kulshrestha & Singh, 2016; Whiteley et al., 2011; Wilson, 2018).

No plano nacional, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) criaram, em 1997, um conjunto de orientações sobre o transporte de doentes críticos. Este guia foi atualizado em 2008, devido aos avanços nos cuidados prestados a estes doentes complexos e às preocupações que se verificam aquando de um transporte desta natureza (SPCI & OM, 2008).

Não obstante, independentemente de existirem um conjunto de diretivas sobre a temática em estudo neste capítulo, na atualidade, a aplicação dessas medidas não se verifica totalmente na prática, colocando em risco a segurança da PSC (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019).

Importa então começar por compreender o que é o transporte do doente crítico. Assim sendo, este transporte compreende a deslocação realizada do doente de um espaço para outro. O transporte do doente crítico pode ser visto em três vertentes, a primária, a secundária e a terciária. Na vertente primária temos o transporte pré-hospitalar, na secundária temos o transporte inter-hospitalar e na terciária o transporte intra-hospitalar (Cordeiro, 2020).

Relativamente à vertente primária este tipo de transporte realiza-se em ambiente pré-hospitalar, ou seja, desde o local do acidente/ocorrência, por meio de um transporte com características, tripulação e materiais de apoio definidos, até uma unidade de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados necessários. No que concerne à vertente secundária, este tipo de transporte engloba a mobilização do doente entre unidades de saúde. Na vertente terciária, o transporte dá-se dentro da mesma unidade de saúde, entre a unidade de origem, até outro serviço, por exemplo: imagiologia, bloco-operatório, entre outros (Alves, 2021; Cordeiro, 2020; Nascimento, 2020; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2008).

Apesar de existirem estas três vertentes do transporte do doente crítico, é importante salientar que os princípios do mesmo são idênticos nos vários cenários. Assim sendo, é importante que quem toma a decisão de transportar um doente crítico consiga identificar o benefício para o doente. Além disso, deverá ser capaz de decidir, planejar e assistir no transporte, com o objetivo de diminuir os riscos envolvidos neste, de forma a melhorar o prognóstico do doente (Cardoso, 2021).

O transporte do doente crítico é sempre um momento de aumento do risco com presença de instabilidade e vulnerabilidade, quer para o doente, quer para a equipa que o acompanha (Alves, 2021). Por isso, sempre que é tomada a decisão de realizar um transporte, é sempre com base na premissa de que existe a necessidade de providenciar um nível de cuidados superior ou que existe a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico/terapêutica (Cordeiro, 2020; Pavão, 2021; OM & SPCI, 2008).

A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2019) acrescenta, ainda, que o aumento da necessidade de transporte de doentes em estado crítico fez com que os diversos profissionais de saúde encarassem este tema com maior atenção, refletindo criticamente as condições em que o transporte é realizado e de que forma este pode ser melhorado.

Neste sentido, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, os profissionais devem procurar implementar uma prática baseada na evidência, o que vai ao encontro do que é definido pela OE no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, que refere que o Enfermeiro Especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4745). Esta prática está também em concordância com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCEPSC), que indica que o “Enfermeiro Especialista Médico-

Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem” (p. 19360).

Por conseguinte, o profissional que realiza o transporte do doente crítico deve estar capacitado para antecipar todos os riscos/complicações que poderão decorrer ao longo do mesmo. Este profissional deverá ainda manter ou aumentar o nível assistencial durante o transporte e enquanto este durar (Nascimento, 2020; SPCI & OM, 2008).

Importa também compreender que o transporte do doente crítico se divide em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. Cabe sempre ao serviço emissor as responsabilidades técnicas e legais nas duas primeiras fases e à equipa de transporte, assegurar a fase de efetivação do mesmo (Cordeiro, 2020; Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019; Nascimento, 2020; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2008).

Na fase da decisão de qualquer transporte de um doente crítico, deverá ser equacionado o risco/benefício para o doente, uma vez que o transporte implica o risco de acontecerem acidentes ou complicações do estado clínico da pessoa transportada. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2020), no Regulamento n.º 964/2020, a decisão de transportar é um ato de responsabilidade médica. A SPCI e a OM (2008) acrescentam que esta decisão não é só do médico que está com doente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço.

Apesar da lei atual determinar que esta decisão é um ato médico, segundo Cordeiro (2020), o Enfermeiro deverá também assumir a responsabilidade da decisão tomada, atendendo ao risco e segurança da PSC. O autor apoia-se no parecer n.º 09/2017 da OE (2017) sobre o transporte do doente crítico, que indica que o Enfermeiro Especialista e Mestre em EMCEPSC é detentor de competências e formação adequada, que lhe conferem a capacidade de tomada de decisão, avaliação e utilização do pensamento crítico à luz da situação clínica do doente e da evidência científica atual.

Na fase do planeamento do transporte do doente crítico, deverá ser realizado um planeamento consciente entre a equipa Médica e de Enfermagem, abordando aspetos simples, mas importantes, tais como o melhor trajeto, o tempo necessário, o tipo de transporte a utilizar, a escolha da equipa de acompanhamento, a seleção dos níveis de monitorização, do equipamento e terapêutica a utilizar, os objetivos fisiológicos a manter durante o transporte, bem como a previsão de possíveis complicações. Nesta fase, atendendo ao tipo de transporte, o serviço de destino é contactado, com intuito de informá-lo da transferência (Cordeiro, 2020; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2008).

É também na fase do planeamento, que o Enfermeiro Especialista na área da PSC, aplica na prática as suas competências específicas. Desta forma, o mesmo antecipa os cuidados necessários durante o transporte, assim como previne o surgimento de complicações ou eventos adversos. Cabe igualmente ao Enfermeiro verificar o equipamento a utilizar e os fármacos para as mais diversas situações, bem como a preparação do doente e família (Cordeiro, 2020; Frost et al., 2019).

A equipa deve estar preparada para as eventuais alterações fisiológicas que o transporte acarreta para o doente crítico, pelo que a avaliação do mesmo é imprescindível. Neste sentido, a metodologia a utilizar deverá ser a ABCDE, tal como indica a National Association of Emergency Medical Technicians (2020). A escolha da equipa que acompanha o doente no transporte tem sido alvo de debate. Segundo a SPCI e a OM (2008), a equipa que acompanha o doente crítico deverá ser constituída por um Enfermeiro e um Médico. No caso do Enfermeiro, preferencialmente deverá ser o Enfermeiro responsável pelo doente. Este profissional deverá ter experiência em reanimação e treino em transporte de doentes críticos.

A Intensive Care Society e a Faculty of Intensive Care Medicine (2019) acrescentam que a equipa de transporte deve ser detentora de formações na área do suporte avançado de vida (SAV) e suporte avançado de vida em trauma. Estas equipas devem ter experiências de forma regular, em contexto real ou de simulação, no sentido de poder antecipar e/ou atuar de forma apropriada aquando do aparecimento de eventuais intercorrências. Alves (2021) sublinha igualmente a importância dos cursos anteriormente citados, mas acrescenta ainda que é importante que os Enfermeiros que realizam estes transportes tenham cursos de ventilação e controlo hemodinâmico, transporte de doentes crítico, vias verdes, comunicação em equipa e transmissão de más notícias.

Segundo Cordeiro (2020), é o EEEMCEPSC que detém as competências distintas e dirigidas para a realização de um transporte do doente crítico em segurança, sendo este a escolha preferencial para acompanhar um transporte desta natureza. O autor apoia-se no Regulamento n.º 429/2018 da OE e no parecer do Conselho Jurisdicional n.º 09/2017 da OE (2017). Estes documentos sustentam a premissa de Cordeiro (2020), referindo que o Enfermeiro especialista na PSC cuida da pessoa que experiencia processos complexos de doença, promove a segurança na prestação de cuidados, mobiliza os recursos necessários para o transporte, assegura meios de evacuação e transporte, assim como cuida e gere cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, baseando-se em evidência científica.

Relativamente à fase da efetivação, esta é da responsabilidade da equipa que realiza o transporte. Esta responsabilidade só termina quando o doente é deixado no local de destino e após a transmissão das informações necessárias à continuidade dos cuidados. Neste sentido, cabe à equipa de transporte manter a qualidade dos cuidados ao mesmo nível ou superior à prestada no local de origem, tal como foi anteriormente mencionado. Durante o transporte é imperativo manter uma vigilância apertada do doente ao nível neurológico, hemodinâmico, ventilatório, entre outros. É preciso manter um rigoroso controlo na gestão de terapêutica, de forma a manter o doente estável durante o transporte, nas vertentes anteriormente mencionadas (Cordeiro, 2020; Frost et al., 2019; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2008).

A comunicação entre a equipa de transporte, juntamente com os restantes profissionais que participam nas diversas fases do transporte, é essencial para a segurança da PSC. Esta comunicação deve ser clara e padronizada (Cordeiro, 2020). A Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) na sua norma nº 001/2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, acrescenta que a comunicação entre profissionais deverá ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p.4).

A utilização de *checklists* também pode ser uma estratégia que uniformiza a comunicação e organização do transporte, uma vez que a evidência científica nos indica que estas reduzem efetivamente a taxa de eventos adversos durante o transporte (Eiding et al., 2019; Frost et al., 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; SPCI & OM, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica e o Departamento de Formação em Emergência Médica (2019), a transmissão de informação à equipa recetora do doente deverá seguir a metodologia ABCDE e a técnica de comunicação ISBAR: I- Identificação; S- Situação que motivou as necessidades em saúde; B- Antecedentes; A – Avaliação do doente e das intervenções realizadas; R- Recomendações para a continuidade dos cuidados (DGS, 2017b).

O transporte do doente crítico, como já foi anteriormente mencionado, acarreta vários riscos para o doente, mas também para os profissionais, uma vez que as condições atmosféricas, o tipo de transporte utilizado, as condições do terreno onde se deslocam podem influenciar a segurança do transporte. No que concerne ao doente crítico, como o próprio nome indica, este é por si só uma pessoa com disfunção ou falência de um ou mais órgãos, que depende de meios de monitorização e terapêutica avançados. De acordo com a literatura existem diversas complicações que podem surgir, nomeadamente respiratórias, tais como:

hipóxia, broncoespasmo, aumento da frequência respiratória, dessincronização da prótese ventilatória, pneumotórax, entubação seletiva ou mesmo extubação acidental. No âmbito hemodinâmico podemos ter a presença de taquicardia, arritmia, variações nos valores de pressão sanguínea. No campo neurológico, poderá haver alterações do estado consciência. Ainda se pode acrescentar a extração acidental de acessos venosos por ser frequente, segundo a bibliografia (Cordeiro, 2020; Lyphout et al., 2018; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2008).

Tendo em conta o anteriormente mencionado, percebe-se que o papel do Enfermeiro no transporte do doente crítico passa por planear e efetivar um transporte seguro, atendendo às características do mesmo. É o Enfermeiro que tem como missão melhorar os cuidados de saúde prestados e promover os resultados desses mesmos cuidados. Tem uma atuação elementar na resposta às necessidades do doente crítico, tentando otimizar os ganhos em saúde, mobilizando para isso os conhecimentos que detém, à luz da mais recente evidência científica, dando não só ênfase à parte técnica, mas também à parte relacional e afetiva (Cordeiro, 2020).

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista na PSC atua na segurança e prevenção de complicações relacionadas com o transporte, reconhecendo possíveis focos de instabilidade e intervindo juntamente com os restantes profissionais, para que estes não se tornem graves problemas para o doente a ser transportado (Lyphout et al., 2018; OM & SPCI, 2008). Não obstante, para intervir o Enfermeiro precisa de conhecer o contexto no qual vai desenvolver a sua prática. Nesse sentido, uma vez que o transporte aéreo é algo tão específico, tive de realizar pesquisa acerca da fisiologia de voo de forma a perceber que interações existem quando realizamos este tipo de transporte.

Esta pesquisa permitiu-me perceber quais as principais alterações fisiológicas durante o transporte aéreo, assim como atuar preventivamente no sentido de evitar algumas complicações decorrentes do voo. Segundo Kırbaş (2021), o transporte aéreo de doentes críticos em aeronaves teve início nas grandes guerras que existiram no passado. Nesta altura, este transporte era realizado sem grandes cuidados, havendo o surgimento de algumas complicações decorrentes do mesmo, com consequente morte de algumas pessoas que eram transportadas. Com o evoluir dos conhecimentos e pela necessidade de transportar um indivíduo de um local para outro de forma a oferecer um nível assistencial superior, surgiram as evacuações/transportes aéreos médicos. Costa e Silva e Fernandes (2020) e a SPCI e a OM (2008) referem que o transporte aéreo é uma forma eficiente de proceder a um transporte

rápido até ao destino mais adequado, mantendo os cuidados diferenciados, desde que os doentes sejam acompanhados de uma equipa médica com formação para tal.

Todavia, o transporte aéreo, apesar de ter evidentes vantagens para o doente, acarreta algumas especificidades. O mesmo implica formação e conhecimento sobre a fisiologia de voo, segurança no mesmo e formação em comunicações. Poderão haver alterações fisiológicas resultantes das forças de aceleração ou desaceleração, assim como da altitude e da vibração que por sua vez afetam a monitorização, a respiração e a hemodinâmica do doente. Também existe um aumento dos custos relacionados com o transporte, aquando da escolha deste meio aéreo (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2021; Mendes et al., 2021; Costa e Silva & Fernandes, 2020; SPCI & OM, 2008).

Relativamente à fisiologia de voo, o aumento da altitude leva a uma redução da pressão atmosférica. Consequentemente, também leva a uma redução da fração inspirada de oxigénio, o que pode levar à hipoxemia do doente. Por sua vez, a hipoxemia poderá levar à hiperventilação pelos mecanismos de compensação e por aumento do débito cardíaco, resultando em taquicardia. A hipoxemia causa igualmente arritmias ventriculares, hipotensão, alteração do estado de consciência e do comportamento e em casos mais graves, isquemia do miocárdio. Esta situação pode ser corrigida de diversas maneiras. Para tal, podemos aumentar a fração inspirada de oxigénio pelo doente, reduzir a altitude de cruzeiro ou então pressurizar a cabine do avião para uma altitude mais baixa do que aquela em que ele efetivamente está a voar (Guimarães, 2020; Kırbaş, 2021; Costa e Silva & Fernandes, 2020; SPCI & OM, 2008).

No que concerne à pressão atmosférica, quanto menor a pressão atmosférica, maior é a expansão do gás em espaços fechados. À medida que a altitude aumenta, esta expansão gasosa poderá resultar num aumento da probabilidade do doente desenvolver um pneumotórax. Para os doentes que já têm um pneumotórax, mesmo que seja uma fina lamina, os mesmos devem ser ventilados e deverá ser colocado um dreno torácico antes do início do voo, para que este pneumotórax não aumente de tamanho com o aumento da altitude/diminuição da pressão atmosférica. Este princípio também deve considerado para as obstruções intestinais e abdominais de uma forma geral. Os traumatismos crânio encefálicos também devem ser tidos em conta, devido à possibilidade de um pneumoencéfalo ou mesmo pelo aumento do edema cerebral que poderá surgir (Guimarães, 2020; Kırbaş, 2021; Costa e Silva & Fernandes, 2020; SPCI & OM, 2008).

Uma forma de contornar este problema é voar numa baixa altitude ou pressurizar a cabine do avião para uma pressão maior. Não obstante, existem aeronaves que não

conseguem pressurizar a cabine. Nessas, devem ser alvo da atenção da equipa de saúde, nomeadamente do Enfermeiro, os cuff's dos tubos endotraqueais, que devem ser substituídos por soro, em vez de ar, uma vez que o líquido se expande muito menos do que o ar. Assim, todos os dispositivos que contenham ar no seu interior devem ser frequentemente monitorizados, tais como sondas de Sengstaken-Blakemore, sacos de estomas, sacos de drenagem (que não devem ficar clampados), mangas de pressão, entre outros. Por sua vez, na descida das aeronaves, ocorre o processo inverso ao aumento da altitude, pelo que a vigilância destes sistemas é bastante importante durante o voo (Guimarães, 2020; Kırbaş, 2021; Costa e Silva & Fernandes, 2020; SPCI & OM, 2008).

Quanto à temperatura, esta em média cai 2°C a cada 1000 pés (304 metros), por isso, é necessário prevenir o risco de hipotermia. Ainda assim, as aeronaves modernas já são climatizadas e têm a possibilidade de aquecimento da célula interior. A humidade também é menor em altitudes mais elevadas, o que, em conjunto com a menor pressão atmosférica, pode significar um aumento da evaporação, sendo que em doentes cardíacos e sob diuréticos, submetidos a transportes aéreos distantes, poderá haver o risco de hipovolemia e desidratação. A diminuição da humidade pode ainda levar ao desenvolvimento de secreções mais espessas, com risco de obstrução da via aérea ou do dispositivo respiratório. Nestas situações deverá ser usado um filtro humidificador ou oxigénio humidificado. Em transportes longos, o Enfermeiro deverá lubrificar os olhos dos doentes, a fim de evitar úlceras da córnea (Guimarães, 2020; Kırbaş, 2021).

O ruído e as vibrações, quer seja num helicóptero, quer seja num avião, podem despoletar uma situação de perigo para doentes com problemas psiquiátricos, pelo que para este tipo de situações não se encontra recomendada a utilização do transporte aéreo (Guimarães, 2020; Kırbaş, 2021; Costa e Silva & Fernandes, 2020). Uma forma de contornar esta questão passa por colocar uma proteção auricular nos doentes, a fim de evitar as consequências descritas em cima, tal como recomenda Kırbaş (2021).

Por fim, relativamente às forças de aceleração e desaceleração, na aceleração o sangue vai ficar contido nos membros inferiores, o que provocará uma diminuição do retorno venoso e consequentemente uma diminuição do débito cardíaco, provocando uma hipotensão. Já na desaceleração dá-se o processo inverso, havendo um aumento do retorno venoso, que empurra o sangue em direção à cabeça. Em doentes com patologia cardíaca, o aumento do retorno venoso pode provocar insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão e arritmias. Quanto ao sistema neurológico, a aceleração, como existe hipotensão, pode provocar diminuição da perfusão cerebral, o que afetará o nível de consciência dos doentes

vítimas de traumatismos crânio-encefálicos. Pelo contrário, na desaceleração, o acúmulo de sangue na parte superior do corpo provoca um aumento da pressão intracraniana, podendo comprometer a perfusão cerebral (Guimarães, 2020).

Tendo isto em conta, a compreensão da fisiologia de voo na prática dos cuidados, torna-se imperativa. O conhecimento destas implicações traz mais saber aos profissionais que realizam o acompanhamento dos doentes. Não obstante, para além de perceber a fisiologia de voo em pessoas saudáveis, é necessário perceber como é que esta se aplica a pessoas em situação crítica. Só desta forma, é que a equipa que decide realizar o transporte, assim como a que acompanha, poderá tomar decisões conscientes, com base em conhecimento científico, prevenindo complicações e aumentando a segurança do transporte para o doente.

No âmbito do transporte terrestre em ambulância consigo aplicar alguns dos conhecimentos adquiridos resultantes da minha pesquisa, nomeadamente no que concerne às forças de aceleração e desaceleração, ruído e vibração. Tal como no ar, é difícil controlar estes fatores que tanto influenciam os doentes, contudo, temos a vantagem de em terra podermos diminuir o ruído das sirenes e/ou controlar a velocidade da viatura, ao contrário do que acontece no ar.

Após esta abordagem teórica que orientou a minha atuação segundo as boas práticas/*guidelines* referente ao transporte do doente crítico, passo agora a caracterizar os contextos de prática clínica.

1.3. Caracterização dos contextos da prática clínica

Os contextos de prática clínica permitiram-me aplicar os conhecimentos desenvolvidos ao longo da componente teórica e desenvolver uma imensidão de competências, fruto do trabalho realizado. Relativamente aos ensinamentos clínicos I e II, a escolha dos contextos de prática foi feita de acordo com o plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

A Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico I corresponde a um estágio a ser desenvolvido num Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Já a UC Ensino Clínico II corresponde a uma UCIP. Por sua vez, a UC Estágio com Relatório contempla dois módulos. O primeiro a ser realizado numa UCI e um segundo módulo, que corresponde ao estágio de opção, no qual compete ao estudante a seleção do mesmo de acordo com a sua área de interesse de aprofundamento de competências especializadas.

Desta forma, com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas de EEMCPSC, desenvolvi o ensino clínico I no SUP do Hospital Dr. Nélcio Mendonça. Este estágio contemplou um total de 257 horas, distribuídas em 154 horas de estágio, 16 horas de orientação tutorial e 87 horas de tempo individual do estudante. Este ensino clínico decorreu entre 10 de janeiro e 21 de fevereiro de 2022.

O ensino clínico II decorreu na UCIP do HCC, integrado no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Centro. O ensino clínico contempla um total de 149 horas, distribuídas em 88 horas de estágio, 10 horas de orientação tutorial e 51 horas de tempo individual do estudante. Já o módulo I, da UC estágio com relatório, que decorreu na mesma unidade, contemplou 108 horas, distribuídas por 66 horas de estágio, 5 de orientação tutorial e 37 de trabalho individual do estudante. Estes ensinamentos clínicos decorreram entre 8 de novembro e 3 de dezembro de 2021.

No que concerne ao módulo II - opção clínica da UC estágio com relatório, esta contempla um total de 486 horas de estágio, que se distribuem 321 horas de contacto e 165 horas de trabalho individual do estudante. Dentro das 321 horas de contacto estão as 287 horas de estágio e 34 horas de orientação tutorial. Este estágio com relatório decorreu em dois contextos, nomeadamente na UEA durante 143 horas e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) durante 144 horas, perfazendo um total de 287 horas, como referi anteriormente. A escolha destes contextos deve-se ao facto de estes representarem locais de referência na atividade que praticam a nível nacional e até internacional. No caso dos estágios de opção, a escolha recai também no meu gosto pessoal e interesse pelo transporte do doente crítico, principalmente pelo transporte aéreo.

1.3.1. Estágio I - Serviço de Urgência Do Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2015), o serviço de urgência do HNM é polivalente, uma vez que detém uma resposta mais diferenciada às situações de urgência/emergência que possam surgir, dispondo das várias valências e especialidades médicas (imagiologia com angiografia e ressonância magnética, patologia clínica, gastroenterologia, neurocirurgia, pneumologia, cirurgia plástica e cirurgia cardiotorácica, assim como cardiologia de intervenção). A missão deste SU é assistir todos os doentes que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo de vida, garantido

os valores fundamentais inerentes a qualquer utente, como o respeito, dignidade e segurança (Serviço de Saúde da Região da Autónoma da Madeira, 2008).

Quanto à organização do SU, o mesmo está setorizado em diferentes locais, onde são prestados diferentes cuidados de Enfermagem. Existe uma área pediátrica e uma área de adultos, sendo que as urgências obstétricas são encaminhadas para o serviço de obstetrícia. Este é o SUP mais diferenciado na Ilha da Madeira, pelo que dá resposta a toda a população, levando a que sejam encaminhadas para lá diversas situações que não puderam ser resolvidas noutros serviços de urgência periféricos. Assim, na perspetiva da aprendizagem, este facto torna o SUP num local distinto para a aquisição de novas experiências e desenvolvimento de novas competências.

Atendendo ao que foi dito anteriormente, este é também um serviço que tem uma elevada rotatividade, uma vez que dá resposta a cerca de 253 923 habitantes, segundo a Direção Regional de Estatística (2020), além da população flutuante, que tem vindo a aumentar no presente ano, devido à recuperação económica. Já de acordo com o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), o SUP atendeu no ano de 2020 81 mil pessoas, contudo, este valor não regista uma descida em relação a anos anteriores, devido a ser o primeiro ano pandémico. Neste contexto e de acordo com o Plano Estratégico 2017-2019, posso aferir que a média de atendimentos na urgência ronda os 120 mil por ano, o que resulta numa média de atendimentos diários de 320 doentes, o que justifica, só por si, a pertinência da escolha deste local para a realização de um estágio.

Outro ponto importante é a existência de uma equipa multidisciplinar que trabalha diariamente no SU e é constituída por Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes administrativos e outros profissionais de saúde, como se encontra descrito no regulamento deste serviço. No que toca aos Enfermeiros, esta é uma equipa com elevada rotatividade pelos vários postos de trabalho na urgência, nomeadamente: sala de acolhimento, triagem, sala de tratamentos, sala de recuperação, sala aberta, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia e anexo. No caso dos Enfermeiros Especialistas, estes ficam destacados principalmente para a sala de emergência, para a sala de observação e cuidados especiais da urgência, onde ficam os doentes que carecem de vigilância, monitorização e tratamentos mais complexos e invasivos.

Destaco a importância da sala de Emergência, na qual são prestados os cuidados urgentes e emergentes aos utentes de qualquer idade em situação de emergência. A equipa que a integra esta sala deverá, teoricamente, conter Enfermeiros com experiência e formação avançada em cuidados de Emergência, tais como SAV e suporte avançado em trauma. Nesta

existe sempre um Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, o que vai ao encontro do Parecer da OE n.º 14/2018, que nos diz “que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (p.2).

Um outro ponto muito importante são os fluxogramas das vias verdes. As vias verdes são encaminhamentos pré-definidos que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma sequência de cuidados, que beneficiam de uma abordagem precoce, de forma a prevenir a mortalidade e a morbilidade. No SU estão implementadas 4 vias verdes, nomeadamente: via verde do AVC, via verde coronária, via verde da sépsis, e a via verde do trauma. A aplicabilidade dos mesmos na prática, vai ser evidenciada no capítulo II.

1.3.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Curry Cabral

A UCIP do HCC pertence ao Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). A UCIP insere-se num Hospital que inicialmente foi vocacionado para as doenças infetocontagiosas, contudo, hoje em dia é uma unidade polivalente que ostenta vários serviços com níveis de diferenciação elevados e com qualidade reconhecida a nível nacional, tais como: o serviço de nefrologia, o serviço de ortopedia, o serviço de infeciologia, de endocrinologia, de medicina física e reabilitação, de transplantação hepática (maior centro do país e unidade de excelência no contexto nacional e europeu) e o serviço de medicina intensiva.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HCC é de nível III, segundo regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro, no que diz respeito aos requisitos mínimos para UCI, uma vez que funciona com uma equipa de Enfermagem e Médica 24 horas por dia. A unidade supracitada também pode ser considerada polivalente, pois assegura os cuidados a diversas especialidades, detendo do necessário material e monitorização, diagnóstico e terapêutica.

No que concerne à UCIP esta é constituída por vários espaços, entre os quais uma sala para ventilados de forma crónica, uma sala para cuidados de nível II e outras duas grandes áreas destinadas a cuidados de nível III, com a presença de isolamentos. Uma destas áreas é mais destinada à área cirúrgica.

A equipa de Enfermagem ronda os 90 elementos, o que salvaguarda um rácio de 13-15 elementos por turno, ainda que para além dos doentes do serviço, tenham de assegurar a resposta à Emergência Médica Intra-Hospitalar. Os doentes admitidos são doentes que recorreram a alguma unidade de saúde do CHULC. Embora em menor número de vezes, mas não assim tão raro, podem também ser admitidos doentes de todo o território continental, caso se trate de um doente com patologia hépato-bilio-pancreática, uma vez que o HCC é um centro de referência.

Como centro de referência na área supracitada, a maior parte dos doentes admitidos, para além das insuficiências respiratórias agudas, insuficiências renais, paragens cardiorrespiratórias em doentes internados, pós-operatórios imediatos complexos ou doentes com COVID-19, a principal fatia de doentes é do foro hépato-bilio-pancreático, sejam transplantados ou não.

Em suma, considero que a Unidade tem ótimas condições tanto para os utentes como para os profissionais. A equipa é constituída maioritariamente por elementos mais experientes, todos eles peritos, alguns deles especialistas, principalmente em reabilitação. Não obstante, existem alguns Especialistas em EMC. Ainda pretendo sublinhar que o CHULC se encontra acreditado nas áreas da urgência e cuidados intensivos, desde 2014 pelo modelo *CHKS Healthcare Accreditation Standards*.

Pelo mencionado anteriormente e por este ser um centro de referência nos cuidados que presta, com uma grande fatia assistencial, considero que foi um campo de estágio que reunia todas as condições para o desenvolvimento das competências especializadas.

1.3.3. Estágio com Relatório – Módulo Opção Clínica

De forma a dar resposta aos meus objetivos, desenvolvi este estágio de opção clínica em dois contextos: UEA– HSEIT e no SEMER. No que concerne às UEA esta foi criada por despacho normativo nº205/95, devido à natureza do arquipélago da Região Autónoma dos Açores. A distância entre ilhas pode atingir os 616 Km (Corvo-Santa Maria), o que representa uma extensão superior a todo território nacional de norte a sul (542km). Esta distância e a organização dos serviços de saúde nos Açores implica naturalmente a necessidade de evacuação dos doentes em situação de emergência para as ilhas com unidades de saúde mais diferenciadas, quando a situação em causa ultrapassa a capacidade de resposta da unidade de saúde local, segundo o despacho supracitado.

Entretanto, com a necessidade de agilizar procedimentos referentes à evacuação, foram feitas várias revisões ao anterior despacho normativo, vigorando atualmente o

Despacho Normativo n.º 6/2014. Este define as áreas de intervenção da UEA, a coordenação, as funções da equipa e as exceções de atuação.

A UEA está integrada no HSEIT e envolve o Serviço de Saúde da Região Autónoma dos Açores, o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) e a Força Aérea Portuguesa (FAP), numa conjunta parceria que visa a realização de deslocações e evacuações aéreas entre as unidades de saúde dos Açores e destas para o exterior (continente). Segundo o despacho supracitado, considera-se uma evacuação aérea a transferência de doentes, com caráter de emergência, para fora da ilha de origem por falta de capacidade de resposta da unidade de saúde local, com acompanhamento de uma equipa de saúde, em colaboração com a Força Aérea.

A UEA divide a sua atividade pelas áreas da emergência geral, emergência obstétrica/neonatal e transferência de doentes, de forma a assegurar que todos os residentes nos Açores, aquando das situações de emergência/urgência, tenham acesso aos cuidados de saúde necessários quer sejam dentro ou fora do arquipélago. Por sua vez, a equipa de saúde da UEA é sempre constituída por um Médico e um Enfermeiro, à exceção das evacuações de grávidas/puérperas, em que a equipa é constituída por um Médico e dois Enfermeiros (sendo um deles um Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia).

Através da consulta do relatório de contas de 2020 do HSEIT e da consulta da estatística da UEA, foi possível verificar que no ano 2020 foram realizadas 424 evacuações aéreas. Já em 2021 foram realizadas 419 evacuações aéreas, Este é um número que tem crescido nos últimos anos, estando quase a duplicar em relação ao período homólogo de 2017, em que se registaram 262 (HSEIT, 2021).

A operacionalidade da equipa é de 24 horas por dia, durante 365 dias por ano, à semelhança do que acontece com a Força Aérea. Nesta, relativamente aos meios utilizados, o avião EADS C-295M e os dois helicópteros AGUSTA-WESTLAND EH-101 MERLIN são os principais meios utilizados, uma vez que são estes os que estão sediados na Base Aérea n.º 4. Não obstante, poderá ser utilizado avião C-130 H ou o MARCEL-DASSAULT FALCON 50, dependendo da tipologia da missão, número de doentes e destino. A escolha da aeronave depende de várias condições, nomeadamente meteorológicas, distância a realizar, horas de voo/tempos de descanso da tripulação da Força Aérea, hora do dia e características do próprio aeroporto de destino.

Em suma, a UEA do HSEIT é o serviço responsável pelo processo de transporte de doentes emergentes por via aérea de uma unidade de saúde para outra, entre a Região Autónoma dos Açores e desta para o Continente. Por tudo o que foi mencionado

anteriormente e por esta ser a UEA com mais atividade assistencial do país, dando resposta a uma imensidão de situações, considero que este foi a melhor escolha que poderia ter realizado para alcançar os objetivos que me tinha sido proposto. Acrescento apenas que os Açores são nove ilhas separadas por mar, unidas pelo ar pela UEA e restantes parceiros, o que permite quase igualar a todos os Açorianos e seus visitantes os mesmos acessos aos cuidados de saúde diferenciados, independentemente da ilha em que estejam.

No que diz respeito ao SEMER, este é um organismo que tutela o Pré-Hospitalar na Região Autónoma da Madeira (RAM). Este é um organismo que se encontra englobado no Serviço Regional de Proteção Civil da RAM (SRPCRAM), o que possibilita uma resposta, na maior parte das vezes, rápida e organizada às situações ocorridas. Esta premissa vai ao encontro da missão do SEMER que é operacionalizar as atividades de emergência médica na RAM, nomeadamente, no que diz respeito ao sistema de socorro pré-hospitalar, seguindo o plano estratégico definido pelo Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, sendo por isso uma organização com grande destaque no papel da nossa sociedade (Serviço Regional de Proteção Civil, 2022).

O SEMER encontra-se em funcionamento durante 24h por dia, durante 365 dias por ano, podendo desempenhar a sua ação dentro dos limites geopolíticos da RAM. O SEMER é constituído internamente por três áreas com funções distintas, são elas a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT-CIC) e a linha SRS 24. A EMIR é uma equipa constituída por um Médico e um Enfermeiro, em uma viatura medicalizada, que garantem o socorro às situações de urgência/emergência em toda a RAM, incluindo o socorro em meio aéreo ou marítimo. Esta equipa desloca-se ao local da ocorrência e realiza a primeira abordagem ao doente, juntamente com os bombeiros da cooperação mais próxima, realizando o acompanhamento destes doentes para as unidades de saúde adequadas.

Apesar de grande parte do meu tempo deste ensino clínico ter sido realizado na EMIR, procurei estar no STAT-CIC durante o tempo em que esperava por uma ativação. Nesta área ficam três Enfermeiros em permanência no Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro (CIC-CROS), com a missão de realizar todo o atendimento e respetivo encaminhamento das chamadas telefónicas relacionadas com a área da saúde.

O STAT-CIC não utiliza a Triagem de Manchester, mas sim um modelo logaritmo de apoio à atividade STAT-CIC-CROS, sendo assim um logaritmo por situação e enquadramento categórico. Durante a chamada de pedido de socorro, o Enfermeiro recolhe

o máximo de informação de forma a preencher a triagem, que por sua vez resulta em prioridades, nomeadamente P1, P2, P3 e P4. O P1 significa que é uma situação urgente e que segue para o local normalmente uma ambulância de socorro (ABSC) e uma equipa de SAV, neste caso a EMIR, em que o despacho de meios deve ser imediato. A Prioridade nº 2, significa que é urgente e é encaminhado uma ABSC até um período máximo de 10 minutos. O P3 significa que é pouco urgente, por isso deverá ser deslocizada uma ABCS até 60 minutos. Já o P4 é uma situação não urgente, em que não é realizado o despacho de meios de emergência.

Por fim, mas não menos importante, existe um outro posto telefónico, denominado linha SRS 24. Esta é uma linha de apoio à população, que surgiu na resposta da Secretaria Regional da Saúde da RAM à pandemia de SARS-Cov-2. Esta linha é composta por um Enfermeiro que tem a função de aconselhar, encaminhar e esclarecer dúvidas à população no geral.

Tendo em conta as atividades que estas instituições desenvolvem, o reconhecimento que elas detêm, tanto a nível regional, nacional e até internacional, e o trabalho que desenvolvi nas mesmas, considero que foram excelentes campos de estágio para o desenvolvimento competências do EEEMC, no cuidado à PSC, sobre as quais refletirei e elucidarei no seguinte capítulo.

CAPÍTULO II

2.1. Percurso de construção e desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica

O presente capítulo debruçar-se-á na demonstração do percurso realizado para aquisição e desenvolvimento de competências do EEEMC, fazendo um paralelismo refletido entre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo do Curso de Mestrado. Segundo Fonseca (2016) e Tavares et al. (2007), só através da reflexão sobre as experiências, quer em termos cognitivos, quer emocionais, é que se torna possível realizar aprendizagens. Considerando esta premissa, pretendo realizar uma análise crítico-reflexiva, tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o CDE, o Regulamento das Competências Comuns do EMC e Específicas do Enfermeiro da EMCPSC.

Todo o processo de desenvolvimento de competências abarcou as aprendizagens teórico-práticas, práticas simuladas e estágios através dos ensinamentos clínicos realizados. A estes momentos esteve sempre subjacente um processo de análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. Desta forma, tornou-se possível adquirir e cimentar um conjunto de conhecimentos e competências que, aliadas à experiência que já detinha do âmbito profissional, me permitiram desenvolver uma prática de cuidados de Enfermagem Especializada à PSC.

Ao longo do mestrado operacionalizei algumas estratégias de aprendizagem entre as quais a observação, a interrogação, a análise e reflexão, a pesquisa, a realização de um estudo de caso, de reflexões críticas, de um projeto de autoformação e a realização de relatórios dos ensinamentos clínicos. Estes ensinamentos clínicos foram sem dúvida fundamentais para o desenvolvimento do meu saber ser, saber estar e saber fazer enquanto futuro Enfermeiro Especialista. Atendendo a que as competências são elementos determinantes para a intervenção do Enfermeiro, pois resultam numa atuação mais específica e diferenciada, segue-se a exposição e reflexão acerca do percurso de aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC na área da PSC.

2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se atribui um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas durante a prestação de cuidados especializados na área da sua especialização. Não obstante, a atribuição do título de Especialista pressupõe que o Enfermeiro detenha não só um corpo de competências específicas na sua área de

especialização, como também um conjunto de competências comuns a outras áreas de especialidade, que se encontram plasmadas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro.

Neste documento, a OE agrupou estas competências em quatro domínios: responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que serão explorados nos seguintes subcapítulos, de forma a evidenciar o percurso de aprendizagem realizado.

2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, este domínio tem como competências o desenvolvimento de “uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p. 4746), e a garantia de “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746). Neste contexto, o Enfermeiro deve exercer a profissão de Enfermagem de acordo com o Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, que contempla o CDE e o REPE. Então, à luz dos seus deveres, o Enfermeiro cumpre as normas e as leis que regem a sua profissão, responsabiliza-se pelos seus atos e decisões e advoga e protege o seu cliente.

Também no REPE se advoga que os Enfermeiros deverão nortear a sua prática através de responsabilidade e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos alvos dos seus cuidados, tal como refere a Lei n.º 156/2015. Deste modo, é possível afirmar que a prática dos cuidados de Enfermagem e a responsabilidade dos mesmos derivam do cumprimento de um conjunto de deveres profissionais, descritos no CDE. A deontologia é indissociável do agir enquanto Enfermeiro. Assim, ao longo de toda a minha prática profissional, bem como ao longo do MEMC, pautei por desenvolver uma prática profissional concordante com os princípios éticos e com a deontologia profissional. Durante todo este processo, houve ainda cinco valores universais que guiaram a minha forma de atuar, valores estes que se encontram estabelecidos no Código Deontológico, nomeadamente: “a igualdade; a liberdade responsável; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015, p.80).

Ao longo do meu processo formativo, desenvolvi um conjunto de atividades e experienciei um conjunto de contextos que me possibilitaram desenvolver este domínio de

competências. A nível da vertente teórica do mestrado, através da unidade curricular de Ética e Deontologia, tive oportunidade para refletir sobre diversas temáticas que julgo terem sido pertinentes para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto Enfermeiro Especialista. No âmbito desta unidade curricular, adquiri e fortaleci conhecimentos através da utilização da metodologia “ciclo reflexivo de Gibbs”, que, tal como indica Pereira-Mendes (2016), contribuiu para a organização do meu pensamento, traduzindo a experiência vivida para a escrita, assim como para tirar ilações desta em termos de intervenções de Enfermagem.

Uma outra ferramenta com a qual me familiarizei no contexto das aulas foi o modelo DECIDE, descrito por Thompson et al. (2004). Este modelo tem como objetivo ser uma ferramenta explicativa para o processo de tomada de decisão ética, com a finalidade de formular juízos de valor e tomar decisões éticas prudentes. Ainda no âmbito da unidade curricular supracitada, foi-nos proposto que aplicássemos este modelo a uma determinada situação, a fim de tomar uma decisão eticamente prudente. Estas decisões éticas foram baseadas na obra do Professor Doutor Deodato (2014), “*Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*”, tendo por base fundamentos como o respeito pela pessoa e dignidade humana, o princípio da não-maleficência, da beneficência, justiça e o respeito pela vida, entre outros.

Estes princípios estão na base de uma prática de cuidados profissional, ética e segura, baseada no CDE. A aplicabilidade do mesmo em todas as ações práticas dos cuidados de Enfermagem é defendida pelo Ministério da Saúde no Despacho nº 14223/2009, que refere que os Códigos Deontológicos defendem a qualidade dos cuidados prestados e ainda conduzem à atualização dos conhecimentos por parte dos profissionais, de forma a assegurar cuidados de qualidade. O mesmo é defendido no próprio CDE, nos artigos 100º e 109º, que expõem que os Enfermeiros devem assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, como indica a Lei n.º 156/2015. Por sua vez, Jesus (2004) defende que, no contexto de urgência/emergência, o Enfermeiro tem o dever de se dotar de conhecimentos que respeitem os aspetos éticos e morais, os direitos humanos e o próprio regulamento do exercício profissional, uma vez que nestes contextos é necessário tomar diariamente decisões no âmbito da incerteza.

Durante este processo de aprendizagem e também na minha vida profissional, procurei estar a par dos conhecimentos científicos mais recentes, baseando a minha prática em instituições de referência internacionais como a *European Society of Intensive Care Medicine* e a *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* e nacionais como a SPCI e a DGS, assim como na prática baseada na evidência, nas áreas

sensíveis à minha intervenção. A ingressão no presente Mestrado é prova disso e foi através do mesmo que adquiri e aprofundei diversos conhecimentos. A nível do presente domínio, destaco o próprio REPE e CDE, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano e os pareceres do conselho nacional de ética para as ciências da vida. Julgo que este processo de atualização contínua contribui fortemente para uma prática de Enfermagem de excelência baseada na evidência, em que os processos de tomada de decisão respeitam e são orientados pelos princípios bioéticos já descritos anteriormente e pelo CDE.

Durante os vários ensinamentos clínicos tive oportunidade de participar em vários processos de tomada de decisão, nomeadamente no SUP, na UCIP, na UEA e no SEMER, no sentido de resolver problemas complexos. Sempre que oportuno, as situações eram discutidas em equipa, em parceria com o alvo dos cuidados ou com uma pessoa significativa do mesmo, uma vez que nestes contextos nem sempre o doente se encontra consciente. Destaco algumas situações vivenciadas na sala de emergência do SUP e no próprio SEMER, em que, por vezes, era necessário decidir se um doente seria ou não reanimado tendo por base o contexto de cada doente e a informação que estava disponível até ao momento. Estas são situações limite, porém, acontecem no quotidiano dos profissionais que trabalham nestes contextos de urgência/emergência, que deverão estar informados e saber como agir perante as mesmas.

Esta preparação permite uma tomada de decisão mais consciente e informada por parte do profissional de saúde. No âmbito do ensino clínico I - SUP, experienciei uma situação que exigiu de mim a tomada de decisões no sentido de prestar cuidados eficazes, em tempo útil e de forma holística a estes doentes. Devido a entradas vindas do exterior e outras resultantes de emergências internas no próprio hospital, subitamente a sala de observação, que dispõe de duas camas, tinha quatro doentes. Nesta situação, foi essencial estabelecer prioridades, prevenir e detetar possíveis complicações e assegurar uma intervenção rápida e adequada a cada situação. Todo este processo de tomada de decisão foi partilhado em equipa multidisciplinar, norteado por princípios éticos, pelo CDE e pelos direitos dos clientes.

Não obstante, as minhas intervenções tiveram por base o direito à informação e o dever de informar o doente, como é explicitado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente de 2015. Como tal, procurei sempre explicar as minhas ações e as razões por detrás das mesmas, de forma a, não só ter o consentimento do utente, mas também ter o seu contributo no processo terapêutico. No estágio no SUP, destaco uma situação em que o doente precisava

de iniciar ventilação não invasiva devido a um quadro de pré-edema agudo do pulmão, sendo que o doente estava bastante ansioso com o que se estava a passar. Expliquei, por isso, a real importância da realização daquele tratamento, assim como da sua colaboração, para que obtivéssemos os melhores resultados e se evitasse uma entubação endotraqueal, que seria um procedimento mais invasivo e com maiores riscos para o doente. Já na UCIP, recordo-me de explicar a alguns doentes, em conjunto com o médico, a necessidade de entubação endotraqueal, pois seria mais benéfico para o próprio doente e para o seu processo terapêutico. Nestas situações, considero que a minha intervenção foi uma mais-valia, uma vez que prestei cuidados holísticos ao incluir os doentes nos seus processos terapêuticos, informando-os acerca do seu estado de saúde e de quais poderiam ser os próximos passos.

Por estes motivos, considero que a minha prática vai ao encontro da carta dos direitos do doente internado da DGS (2004), que refere que o doente tem o direito de aceitar ou recusar dar o seu consentimento para as diversas técnicas/ações. Também a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, presente na Resolução da Assembleia da República n.º 2/2001, indica que qualquer intervenção ao doente deverá ser prestada após o consentimento livre e esclarecido do mesmo. A minha atuação enquanto Enfermeiro é também conduzida pelo 105º artigo do CDE, de acordo com o qual este assume o dever de “a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, presente na Lei n.º 156/2015 (p. 8078-8077).

No entanto, nos contextos de emergência nem sempre é possível obter o consentimento do doente, uma vez que este pode estar inconsciente. Nestas situações, existe o conceito de consentimento presumido, em que prevalece o princípio da beneficência (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2005). Destaco uma situação ocorrida no estágio do SEMER, em que a equipa foi socorrer um doente em estado crítico no Centro de Saúde de Machico, por intoxicação com organofosforados. Nesta situação, o doente foi entubado devido ao seu estado de consciência diminuída e foi ainda entubado por mim, com uma sonda nasogastrica, de forma a efetuar uma eliminação mais eficaz do tóxico. Neste caso, não houve um consentimento por parte do doente, mas houve sim um consentimento presumido, com base no princípio da beneficência. Assim sendo, assumi a decisão tomada, que é também um dever do Enfermeiro de acordo com o CDE, artigo 100º da Lei n.º 156/2015, que refere que este profissional deverá “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (p. 8102). Nestas situações, tanto no âmbito pré-hospitalar, como nas salas de emergência, os profissionais de saúde estão protegidos pelo

artigo 156º do Código Penal, que considera a possibilidade de obter o consentimento presumido em determinadas situações em que existe perigo de vida.

Além do consentimento, a privacidade do indivíduo é também um alicerce na atuação de qualquer profissional de saúde. Por isso, ao longo da minha prestação de cuidados, procurei atuar com base no respeito pela mesma. Todavia, as lacunas estruturais dos ambientes de prática nem sempre nos permitem zelar pelo direito à privacidade dos utentes. A título de exemplo, menciono o serviço de urgência, no qual, logo na sala de triagem, muitas vezes são abordadas duas pessoas em simultâneo enquanto partilham o motivo que as levou àquele serviço, o que não garante o direito à privacidade. Para contornar esta questão, procurei, sempre que possível, atender os doentes de forma individual, proporcionando a correta privacidade para um momento de fragilidade. Também o aumento do número de idas ao serviço de urgência provoca uma sobrelotação do espaço, dificultando a execução de técnicas com segurança e privacidade. Por esta razão, durante a prestação de cuidados procurei recorrer a biombo e cortinas, de forma a privilegiar a privacidade dos doentes.

Por sua vez, na UCIP torna-se mais fácil garantir a necessária privacidade dos doentes, uma vez que existe um maior número de recursos materiais que o permitem, tal como existem formas de individualizar as unidades dos doentes, evitando olhares curiosos de outros doentes, familiares e profissionais dispensáveis aos cuidados a serem prestados. Considero que o horário mais crítico é durante o período das visitas, pois a unidade ficou repleta de familiares, que ficam muitas vezes curiosos com o que se está a acontecer ao seu redor. Contudo, cabe aos profissionais orientar as visitas para que se concentrem no seu familiar/pessoa significativa. Já na UEA, procurei prestar dentro da ambulância os cuidados que expusessem mais os doentes, pois a mesma oferece mais privacidade ao doente do que as aeronaves, uma vez que estas não foram concebidas para o transporte de doentes. No SEMER, enquanto acompanhava a equipa da EMIR, procurei expor o doente ao estritamente necessário e ter atenção ao diálogo com a equipa, de forma a respeitar a privacidade e intimidade do mesmo, uma vez que muitas vezes a nossa atuação era no exterior. Esta forma de agir vai ao encontro da Lei n.º 156/2015, onde podemos encontrar o artigo 107º do CDE de acordo com o qual o Enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade/privacidade do seu cliente.

No que concerne à confidencialidade e sigilo profissional, em todos os locais de prática clínica a minha atuação pautou-se por apenas partilhar a informação clínica com aqueles que se encontram diretamente relacionados com os cuidados a serem prestados, tal

como refere o artigo 116º do CDE. Sempre que possível, procurei que esta partilha de informação ocorresse em locais mais sossegados e adequados para o efeito. A título de exemplo, na UCIP, onde eu desempenho funções atualmente, a passagem de turno é realizada no centro da unidade com todos os doentes ao redor. Esta situação permite que os doentes que se encontram conscientes possam ouvir as informações clínicas de outros pacientes. De forma a evitar esta situação, procuro adaptar o discurso, utilizando um tom de voz moderado que seja suficiente apenas para os meus colegas ouvirem. Também coloco biombos nas unidades destes doentes, de forma a isolar tanto o ruído, como o campo visual, dificultando a compreensão do que é dito acerca dos outros pacientes. De acordo com a gestão do serviço, neste momento não é possível adotar outra estratégia, pois seria necessário mexer na estrutura física do serviço para alterar esta prática. Contudo, no novo hospital está pensada a criação de uma sala de passagem de turno, o que resolverá este problema.

Já na UCIP do HCC esta situação não se coloca, uma vez que a passagem de turno é realizada numa sala anexa à unidade, estando a privacidade dos doentes salvaguardada. Outro ponto a ter em consideração é a comunicação com os familiares. Assim, procurei que esta fosse num local calmo e afastado de distrações, como os gabinetes de Enfermagem, permitindo criar um ambiente propício à transmissão da informação e à colocação de questões e dúvidas.

Em suma, considero que todas as experiências que vivenciei me permitiram prestar cuidados a doentes com diferentes condições socioeconómicas, com diferentes etnias, raças, religiões e mesmo nacionalidades. Durante esses cuidados, procurei agir em defesa dos direitos humanos e em consonância com a vontade dos doentes e seus familiares. A título de exemplo, cuidei de um cliente que se encontrava a evoluir para uma situação final de vida, devido a um choque séptico refratário às medidas instituídas. Perante esta situação complexa pela qual o doente atravessava, autorizei a visita de pessoas significativas. Além disso, procurei saber junto da família qual a sua vontade em receber a visita de um Padre e, perante uma resposta positiva, agilizei o processo de forma a que o mesmo estivesse presente para confortar esta família. Desta forma, agi de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, promovendo um ambiente físico, psicossocial e espiritual gerador de segurança, envolvendo a família de modo a assegurar a satisfação das suas necessidades espirituais e garantindo o respeito pelos seus valores e crenças espirituais.

2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O presente domínio de competências comuns considera as seguintes competências do Enfermeiro Especialista: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (p. 4745), descritas no Regulamento n.º 140/2019 da OE.

Em 2012, a OE reviu os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem que tinha estabelecido em 2002. Este documento tem como missão criar um conjunto de enunciados de forma a uniformizar as unidades de saúde a praticarem cuidados com qualidade elevada. Estes enunciados têm ainda como objetivo levar os Enfermeiros a refletir sobre a sua prática, procurando melhorá-la.

Por sua vez, o Ministério da Saúde desenvolveu o Despacho n.º 1400-A/2015, referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no qual defende que o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão. Desta forma, surgiu também a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020”, que se encontra no Despacho n.º 5613/2015 e tem como objetivo “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (p. 13552). Não obstante, as práticas de cuidados de qualidade encontram-se regulamentadas na mais atual Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019, que indica que todas as pessoas têm direito a aceder a cuidados de saúde que seguem as boas práticas de qualidade e segurança.

Nesta linha de pensamento, o Enfermeiro tem, com base no artigo 97º e 109º do CDE, o dever de garantir que “todas as medidas visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p. 8078) e “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (p. 8080), respetivamente. Especificando para a área da PSC, a OE desenvolveu, em 2015, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC. Estes são, então, os princípios orientadores para a prática de cuidados especializados, servindo de base para a definição do meu papel enquanto futuro Enfermeiro Especialista, que podemos encontrar no Regulamento n.º 361/2015. Ainda neste documento, os Enfermeiros especialistas são vistos como elementos fulcrais na resposta à necessidade de cuidados às pessoas em situação crítica.

Por sua vez, os documentos anteriormente mencionados levaram ao desenvolvimento de comissões de controlo da qualidade e segurança nas várias instituições de saúde. Nestas comissões, o Enfermeiro Especialista cria instrumentos de avaliação,

realiza auditorias, identifica oportunidades de melhoria, traça prioridades e estabelece estratégias que vão ao encontro das competências comuns definidas pela OE, de forma a desenvolver uma prática de cuidados de qualidade.

Nos últimos quatro anos, a minha atividade assistencial foi desenvolvida no SMI do HNM. Este local é uma das 15 unidades que se encontram certificadas desde 2017 pelo Modelo de Certificação da Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia (ACSA) Internacional, com o nível Bom. Também já tive oportunidade de desenvolver a minha atividade em outras instituições que eram certificadas pela EQUASS – *European Quality in Social Services*, nomeadamente a Casa de Saúde Câmara Pestana. Através destes processos de qualidade, os profissionais podem tornam-se mais eficientes nas suas atividades e, consequentemente, pessoas mais produtivas. Por conseguinte, o planeamento, coordenação e aplicação das políticas de qualidade permite a monitorização das atividades desenvolvidas. Esta, por sua vez, permite-nos tirar ilações que visem a melhoria contínua, assim como o estabelecimento de um plano estratégico para futuro, com o objetivo principal de satisfazer o cliente, enquanto centro do processo de cuidados. Posto isto, torna-se evidente que, nos últimos anos, os programas de melhoria contínua têm feito parte do meu quotidiano, dando assim resposta à competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.

Sublinho ainda que, para haver acreditação por parte destas instituições, é sempre necessário que haja um forte envolvimento dos colaboradores na implementação dos vários procedimentos a que os processos de qualidade obrigam. Por esse motivo, ao longo da minha prática profissional e também nos ensinamentos clínicos, procurei saber que processos de melhoria da qualidade estavam em vigor, que auditorias eram realizadas e quais os resultados obtidos, de forma a analisá-los, refletir sobre os mesmos e adotar novas estratégias de melhoria contínua e novas práticas com base na evidência científica mais recente.

Um exemplo disso mesmo são as medidas de prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI). Em anos passados houve um aumento destas infeções associadas aos cuidados de saúde. Da realização de auditorias resultou a adoção de novas medidas/normas que, ao serem aplicadas corretamente, permitiram diminuir a incidência destas infeções. Estes resultados são fruto da aplicação das boas práticas, de *guidelines* ou feixes de intervenção como os desenvolvidos pela DGS (2017a) sobre a prevenção da PAI. Com base nos mesmos, são desenvolvidos protocolos que procurei aplicar na minha prática de cuidados, como garante da segurança e, consequentemente, da qualidade dos cuidados prestados, como defendem Pimenta et al. (2017).

O local no qual exerço a minha prática profissional é também um contexto com um amplo e variado leque de procedimentos e protocolos. Contudo, no que diz respeito ao transporte do doente crítico, a informação disponível estava desatualizada e em rascunhos, não existindo um documento oficial em que a mesma estivesse presente. Posto isto, senti a necessidade de compilar a informação existente e de atualizá-la, criando, assim, um documento orientador sobre o transporte do doente crítico que se encontra disponível para todos os profissionais do SESARAM. Este documento é uma mais-valia enquanto referencial teórico sobre a temática do transporte, tanto a nível intra como inter-hospitalar, contendo um conjunto de fluxogramas que definem os níveis de acompanhamento e monitorização, que material levar em cada transporte, uma *checklist* e ainda os documentos de preenchimento obrigatório pelos diversos profissionais para um transporte para fora da RAM.

Este interesse pelo transporte do doente crítico veio repercutir-se nos meus ensinamentos clínicos, nos quais continuei a desenvolver esta temática. Durante o tempo em que desenvolvi o meu ensino clínico, o SEMER encontrava-se em processo de preparação para acreditação da qualidade. Neste contexto, foi-me proposto pelo meu tutor a criação de um documento que estruturasse a resposta à necessidade de transporte aéreo de doentes entre a Ilha de Porto Santo e a Madeira. Desenvolvi, então, um fluxograma sobre o transporte aéreo de doentes entre as ilhas mencionadas, num protocolo que engloba o SESARAM, o SEMER e a FAP. Este trabalho contribuiu para o desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados, por permitirem o aumento da acessibilidade a cuidados diferenciados no caso de uma região insular como é o Porto Santo. Além disso, este trabalho, aliado às atividades anteriormente referidas, permite demonstrar o desenvolvimento das competências do presente domínio a ser tratado.

Como forma de desenvolver um ambiente terapêutico e seguro, participei, ao longo dos ensinamentos clínicos, em diversos projetos da prática clínica diária, a maior parte nos quais já participo diariamente na unidade na qual desempenho funções. Estes projetos englobam a prevenção de quedas, de lesões por pressão, a segurança na administração de componentes sanguíneos, a notificação de alertas para alergias, bem como a participação no projeto “Stop Infecção”. Estes são alguns dos objetivos que vão ao encontro do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

No que concerne ao risco quedas, procurei desenvolver na minha prática um conjunto de cuidados que, consoante o risco do doente, tinham como finalidade evitar a ocorrência do evento adverso. Não obstante, mesmo sem avaliar o risco propriamente dito,

existem um conjunto de cuidados que fazem parte do quotidiano de qualquer Enfermeiro, como orientação da pessoa para a realidade, elevação das grades da cama e baixar a altura da mesma.

No que toca à prevenção do desenvolvimento de Lesões Por Pressão (LPP), no âmbito do cuidado à PSC, este é um verdadeiro problema. De forma a diminuir a incidência desta lesão, procurei aplicar a escala de avaliação do risco, nomeadamente a escala de Braden e a escala revista *Cubbin-Jackson*, sendo esta última mais preditiva do real risco de desenvolvimento das LPP, tal como defende Ribeiro (2021). Consoante os resultados obtidos, considero que realizei um adequado planeamento dos cuidados e que os implementei com uma elevada taxa de sucesso, na maior parte das situações. Apercebi-me também de que, apesar de todos os cuidados que o Enfermeiro possa adotar, por vezes a instabilidade do doente, sobretudo a nível hemodinâmico, tem um papel determinante na prevenção das LPP. Isto acontece, pois, devido a esta instabilidade, por vezes o doente tem de ficar numa determinada posição por diversas horas para realização de técnicas (introdução de cateteres, entre outras), além de não tolerar, do ponto vista hemodinâmico, a alteração para outras posições no leito. Não obstante, essas intervenções têm um papel fulcral no processo terapêutico do doente, sendo por isso priorizadas em relação a outras intervenções também importantes, mas não determinantes para a sobrevivência do doente.

Outro aspeto a ter em conta é o cuidado com os dispositivos médicos. Frequentemente, os doentes críticos possuem diversos dispositivos, sendo que, se não for proporcionado o correto alívio dos mesmos na superfície corporal, podem desenvolver-se LPP. Não obstante, apesar de sabermos que o desenvolvimento de LPP é multifatorial, existem estudos, como o de Moraes (2015), que indicam a existência de alguns fatores que na PSC aumentam o risco de desenvolvimento de LPP, são eles: ser do sexo masculino, ter cotação compatível com alto risco de desenvolver LPP nas escalas de avaliação do risco, níveis séricos baixos de proteína e albumina, níveis elevados de proteína C reativa, tempo longo de administração de noradrenalina e mais dias de internamento em UCIP.

Relativamente à administração de componentes sanguíneos, os profissionais são obrigados a seguir um conjunto de etapas de forma a assegurar as regras de segurança prévias à administração destes componentes. Por isso, antes da administração de qualquer componente sanguíneo, realizei uma dupla verificação com um colega, com recurso ao processo do doente, nome, data de nascimento e grupo sanguíneo do mesmo. Ainda assim, este sistema de segurança é falível. Neste contexto, o Enfermeiro deverá estar desperto para a ocorrência de eventos adversos e atuar na prevenção dos mesmos.

Quando existe a ocorrência de eventos adversos, quer seja na administração de sangue, medicamentos ou realização de técnicas, entre outras, estas ocorrências deverão ser registadas no sistema de notificação de incidentes. A notificação dos incidentes não deverá ser vista como um ato incriminatório, mas sim como um alerta, para que os profissionais possam identificar vulnerabilidades, refletir sobre as mesmas e aprender com o erro cometido, tal como indicam o Despacho nº1400-A/2015 e Lima et al. (2018). Todavia, considero que frequentemente, e indo ao encontro da opinião de Faria (2010), os sistemas de notificação estão envoltos num paradigma de medo, punição e represálias, o que diminui, não a existência de eventos adversos, mas sim a taxa de notificação dos mesmos. Ainda assim, a comunicação do incidente por si só não contribui para a segurança do doente. Pelo contrário, é a investigação que o mesmo desencadeou que procurará dar resposta à causa do incidente.

Durante as minhas práticas procurei, por isso, desmistificar os mitos em que está envolta a notificação de incidentes e ajudar os colegas no processo de notificação, algo a que estes se mostraram recetivos. No caso do SEMER, pude constatar que, em todos os turnos, os colegas Enfermeiros tinham de preencher um documento intitulado de “relatório de turno”. Neste, os colegas poderiam registar eventos adversos que pudessem colocar em causa a segurança dos doentes. A maior parte das notificações era sobre a falta de ambulâncias, principalmente nos concelhos mais populosos. Através desta notificação, a coordenação do SEMER fica com evidência destes casos, podendo ser útil para justificar um aumento do número de ambulâncias em determinados concelhos.

Durante os meus ensinamentos clínicos no SESARAM, procurei também notificar as alergias dos doentes nos “Alertas” na plataforma *Atrium*. Esta notificação pode ser feita pelo Enfermeiro e servirá para alertar os restantes profissionais desta importante informação que contribui grandemente para a segurança do doente e dos cuidados prestados ao mesmo. Inerente à qualidade e segurança nos cuidados, está a prevenção da infeção, nomeadamente das infeções nosocomiais. Por isso, e através do projeto intitulado “Stop Infeção Hospitalar”, adotei um conjunto de recomendações de forma a evitar o desenvolvimento de infeções hospitalares, criando um ambiente mais seguro para os doentes e profissionais.

Antes de terminar este capítulo, não posso deixar de mencionar Jesus et al. (2015), que através de um trabalho em que avaliou os ambientes de prática de um conjunto de instituições de saúde, de norte a sul do país, incluindo ilhas, refere que é a adequação dos recursos humanos e materiais que gera a melhor qualidade dos ambientes de prática, que, por sua vez, proporcionam maior segurança e qualidade nos cuidados prestados. Concordo

plenamente com esta afirmação e acrescento que é através de um ambiente de prática favorável que conseguimos mais qualidade e segurança nos cuidados, assim como uma maior satisfação dos Enfermeiros, quando estes são reconhecidos e quando a sua autonomia é incentivada. Na Enfermagem dos dias de hoje, o ambiente de prática é muito complexo e desafiador. Assume-se, então, que a qualidade do mesmo está diretamente ligada à segurança dos cuidados, sendo esta segurança um pilar em qualquer sistema de saúde no mundo.

Posto isto, considero que, através das experiências, das participações e do trabalho realizado consegui desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade.

2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O presente domínio de competências comuns, disposto no Regulamento n.º 140/2019 da OE, é constituído pelas seguintes competências: “Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4745).

A *American Academy of Ambulatory Care Nursing* (2016) refere que a gestão dos cuidados de Enfermagem decorre de uma organização refletida das várias atividades do processo assistencial entre os vários participantes, desde os profissionais aos alvos dos cuidados, com o objetivo de simplificar e tornar mais eficiente a prestação de cuidados de saúde.

No decorrer da sua prática profissional, o Enfermeiro Especialista deve possuir competências na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem aos recursos e às necessidades existentes, com o propósito de maximizar a qualidade dos cuidados prestada. Por isso, considero que para desenvolver esta competência foi fundamental a aquisição dos conhecimentos lecionados na disciplina de Gestão de Unidades de Saúde e de Enfermagem, que decorreu no primeiro semestre do presente Mestrado. Destaco também a importância das aulas de Enfermagem à PSC e ou falência orgânica em contexto de extra-hospitalar e de urgência, assim como a unidade curricular de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, por trabalharem competências como liderança e gestão de equipas nas suas atividades, tanto num nível mais teórico, como mais prático, respetivamente.

Os Enfermeiros Especialistas são os elementos que normalmente assumem as responsabilidades dos projetos, das chefias das equipas e dos serviços. Isto acontece, porque

estes detêm as competências deste domínio, não só reconhecidas pela OE, como também pelos seus pares. Por esta razão, procurei, ao longo dos meus ensinamentos clínicos, observar, dialogar, perceber e refletir acerca de que funções têm estas pessoas no seio das suas equipas, assim como nas equipas multidisciplinares. Nos vários serviços nos quais estive presente ao longo do Mestrado, denotei que nos serviços de SUP e UCIP os Enfermeiros Especialistas são os responsáveis de equipa e são estes que têm de realizar um conjunto de tarefas específicas, como por exemplo a distribuição dos recursos humanos pelos doentes do serviço. Ao contrário do que acontece na UCIP onde trabalho, no SUP do HNM existem áreas como a sala de observação, os cuidados especiais e a sala de emergência, para as quais são alocados, preferencialmente, Enfermeiros Especialistas em EMC.

A alocação destes profissionais a áreas mais complexas vai ao encontro do parecer n.º 14/2018 e do parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, assim como do regulamento n.º 743/2019, que revelam que os serviços devem ser compostos preferencialmente por Enfermeiros Especialistas em EMC na PSC, nomeadamente em 50%, e que devem ser estes a ocupar cargos de funções de responsáveis de equipa. Estes documentos ainda sublinham que, para funções mais complexas, como é o caso da sala de emergência, devem ser os especialistas em EMC a ocupar estas salas, uma vez que são estes que detêm “o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de urgência e emergência” (parecer n.º 14 / 2018, p. 2).

Nos contextos de prática como a UCIP do HCC, a maior parte dos especialistas era de reabilitação e não de EMC, embora todos os chefes de equipa fossem especialistas em EMC. Em termos percentuais, os Especialistas em EMC na UCIP do HCC rondavam os 12%. Também no SU do HNM os Enfermeiros Especialistas em EMC não representam os 50%, porém, esta é a especialidade mais representada, com 15% dos Enfermeiros especialistas em EMC. Além disso, nem todos os cargos de responsáveis de equipa são exclusivos dos especialistas em EMC, contra o parecer n.º 20/2015 da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC. Por outro lado, na sala de emergência, existe sempre um ou mais especialistas em EMC. Estes ocupam a posição do elemento A, ou seja, o elemento mais diferenciado, que gere e lidera a equipa.

Já no SEMER e na UEA, a esmagadora maioria dos elementos que lá trabalham são especialistas, nomeadamente em EMC. Na equipa da EMIR em particular todos os elementos são especialistas. Julgo que este é um dado de extrema importância, atendendo ao facto de este ser um contexto altamente diferenciado, quer seja no contexto de atuação, como nas atividades desenvolvidas. A prestação de cuidados em ambiente extra-hospitalar requer

profissionais que possuam competências e conhecimentos teórico-práticos que lhes permitam desenvolver uma prática de cuidados emergente, de forma imediata, integral e com qualidade.

Uma vez que o meu estágio foi realizado inteiramente com Enfermeiros Especialistas, estes detinham responsabilidades acrescidas, pelo que aproveitei estes momentos para desenvolver as competências no domínio da gestão de cuidados, ao acompanhar e colaborar nas várias tarefas que estavam afetas a estes Enfermeiros. Para além da distribuição dos Enfermeiros, abordada anteriormente, acompanhei estes Enfermeiros na validação do stock existente, no sentido de prevenir as faltas. Assim sendo, no serviço de urgência, procedi à validação do material existente nos cuidados especiais e na sala de observação, procedendo à reposição do material em falta. Também na sala de emergência efetuei o mesmo processo, procurando que a mesma estivesse operacional para a próxima ocorrência.

Já no SEMER, nomeadamente na EMIR, assim como na UEA, no início de cada turno verifiquei o stock existente e a operacionalidade do material. Esta era uma tarefa de grande importância, por um lado, porque começava a interiorizar onde estava armazenado o material, o que me permitia ser mais célere nas ocorrências. Por outro lado, com esta verificação preveníamos alguma falta importante durante a ocorrência, que, caso contrário, poderia ser detetada apenas a dezenas ou milhares de quilómetros de distância da base, tal como era na EMIR e na UEA, respetivamente. Na UCIP do HCC era o assistente operacional que reponha e montava as unidades. Esta era uma tarefa delegada pelos Enfermeiros, o que quer dizer que estes são os responsáveis máximos por esta tarefa, tal como indica o artigo 100º do CDE. Assim sendo, cabe ao Enfermeiro no seu turno supervisionar e orientar as tarefas por ele delegadas. Também acompanhei os Enfermeiros responsáveis de serviço/equipa, no controlo de estupefacientes, pedidos de dietas, pedidos de medicação e material e na difícil gestão de vagas. Esta gestão deve ter em conta o diagnóstico do doente a ser admitido, a intervenção a realizar ao mesmo, o isolamento que é preciso adotar e o espaço que existe na unidade na qual o doente vai ficar, que muitas vezes difere de unidade para unidade.

Esta gestão ainda deve obedecer aos rácios existentes e às dotações seguras explanadas no regulamento n.º 743/2019. Segundo o presente regulamento em unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio recomendado é de um Enfermeiro para um doente. A definição do rácio adequado deve ter em conta as competências profissionais dos vários elementos e a instituição, nomeadamente quanto à sua arquitetura, organização e

concentração ou não de serviços. Durante os meus ensinamentos clínicos e mesmo na minha prática profissional (UCI de nível III), constato que frequentemente o rácio utilizado é de um Enfermeiro para dois doentes. Esta situação deve-se ao facto de muitas vezes haver falta de profissionais para fazer face aos doentes que estão internados. Tal prática, poderá colocar em causa a prestação de cuidados de Enfermagem, que se quer segura, com qualidade e que satisfaça os utentes. Por esta razão, diariamente os Enfermeiros fazem um enorme esforço para tentar colmatar estas lacunas e oferecer os melhores cuidados aos seus doentes, recorrendo a trabalho extraordinário, de forma a tentar mitigar o problema da elevada carga de cuidados.

Relacionada com o estabelecimento de rácios está uma ferramenta muito importante para a planificação dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente as escalas de avaliação de trabalho. Estas escalas são utilizadas habitualmente nas unidades de cuidados intensivos. Na UCIP do HCC era utilizado o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). Segundo Simões (2020), esta é uma ferramenta que avalia a gravidade do doente, através da quantidade de intervenções realizadas. Ou seja, quanto maior o número de procedimentos, maior é a gravidade da situação, logo, mais horas de cuidados de Enfermagem são necessárias. Não obstante, Lucchini et al. (2019) refere que esta escala apresenta algumas lacunas, ao abranger apenas 43% das atividades de Enfermagem.

No meu serviço de origem, esta escala era também utilizada, mas recentemente, devido à problemática descrita anteriormente, passou a ser utilizada a escala *Nursing Activities Score* (NAS). Esta escala já apresenta uma sensibilidade de 80,8% das atividades de Enfermagem, tornando-se assim num instrumento com maior fiabilidade do que o TISS-28. A utilização da escala NAS é uma mais-valia, uma vez que permite realizar uma distribuição dos Enfermeiros por doente mais justa para toda a equipa, atendendo à maior sensibilidade da escala. Por sua vez, através da análise dos dados que a escala nos fornece, podemos aferir e justificar a necessidade de contratação de mais Enfermeiros junto das administrações hospitalares, por exemplo. Foi esse o repto que deixei ao Enfermeiro gestor do meu serviço, o qual referiu que esse foi também um dos objetivos da passagem para a escala NAS.

Outra atividade que contribuiu para o desenvolvimento desta competência foi a participação na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH). Durante a permanência na UCIP do HCC e principalmente na UCIP onde trabalho diariamente faço parte da referida equipa. Esta é constituída por um Enfermeiro e um Médico, preferencialmente com formação em suporte avançado de vida, reanimação e intensivismo,

tal como é defendido no Despacho n.º 9639/2018. Quando a EEMIH é ativada, assumo a gestão e a liderança dos elementos de Enfermagem e Assistentes Operacionais no local, atribuindo tarefas aos mesmos, de acordo com focos de instabilidade identificados e com as necessidades do doente no momento.

Saliento também que mais recentemente, desde abril de 2022, tornei-me responsável pelo projeto da EEMIH no HNM. Nesta equipa, desenvolvo um conjunto de atividades com o objetivo de otimizar o desempenho da EEMIH quando esta é ativada. Para tal, realizo mensalmente uma verificação dos carros de urgência, quanto à sua carga de medicação e material, assim como quanto à validade e integridade do mesmo. De forma trimestral, realizo uma auditoria a todos os carros de urgência do HNM e sensibilizo os colegas responsáveis pelo mesmo para as falhas que possam estar a ocorrer. Por fim, de forma a criar indicadores, que posteriormente são analisados de forma a tirar ilações do desempenho da EEMIH, faço a estatística de todos os registos de emergências internas realizados no Hospital durante um ano. Tendo em conta tudo o que foi mencionado, considero que este novo e desafiante projeto vai ajudar-me a desenvolver continuamente as competências deste domínio enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O presente domínio das competências comuns encontra-se igualmente exposto no Regulamento nº 140/2019 e é constituído pelas seguintes competências: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4745). O Enfermeiro Especialista, no seio da sua equipa de Enfermagem, assim como na equipa multidisciplinar, deverá ser um elemento de referência. Ser Enfermeiro prevê a existência de um eu pessoal e profissional que se incorporam num só elemento, tal como defende Fernandes (2012). Só este autoconhecimento e consciência de si próprio facilita a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento entre a pessoa e a equipa multidisciplinar, o que por sua vez permite que a intervenção do Enfermeiro seja mais adequada junto da sua equipa e clientes. Na minha prática, o autoconhecimento contribuiu para reconhecer os meus limites, medos e demais emoções, principalmente nas situações sob pressão, não só com os clientes, como com o resto da equipa multidisciplinar.

O autoconhecimento permitiu-me, ainda, desenvolver novas aprendizagens profissionais, pois, como forma de colmatar lacunas, principalmente ao nível do conhecimento, procurei desenvolver um processo formativo na área da PSC, através da frequência do presente Mestrado. Este investimento pessoal não só irá ajudar-me a desenvolver a minha prática com base em evidência científica, como também contribuirá, no presente e no futuro, para a construção do meu caminho profissional, o que por si só, dá resposta igualmente a este domínio. Desta forma, a combinação entre a minha experiência profissional e o percurso realizado ao longo do Mestrado, fortalecem os cuidados que presto às pessoas em situação crítica e suas famílias.

Ainda de forma a fortalecer o desenvolvimento de aprendizagens profissionais e uma vez que o Enfermeiro deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, desenvolvi ao longo da minha vida profissional até o presente, um conjunto de formações como o Suporte Imediato de Vida (SIV), *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE), como também jornadas e simpósios sobre temáticas relacionadas com doente crítico. Destaco ainda um conjunto de formações internas que realizamos ao longo do ano, no SMI onde desempenho funções, que resultam de um diagnóstico de necessidades formativas realizadas previamente. A frequência destas formações não só contribui positivamente para a gestão das emoções nas alturas em que o Enfermeiro está sob pressão, por deter um maior conhecimento das situações e das dinâmicas, como também vai ao encontro do artigo 109º do CDE, que refere que o Enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos de forma contínua, aprofundando não só as áreas técnicas, com também as ciências humanas. Desta forma, o Enfermeiro desenvolve as suas competências com vista a atingir a excelência do cuidar.

A excelência do cuidar não depende apenas de um elemento, mas sim da atuação de toda uma equipa. Por isso, e uma vez que me encontro a passar por este processo de aprendizagem que me fez adquirir novos conhecimentos e atualizar outros tantos, preocupei-me em partilhá-lo com os meus pares, a título informal, contribuindo assim para a aquisição da unidade de competência que se refere ao Enfermeiro enquanto facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Uma das atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico II foi a realização de um estudo de caso. O estudo de caso é uma vertente metodológica da investigação com o objetivo de assimilar, descrever e desenvolver um Processo de Enfermagem, com base na investigação do processo clínico de um cliente (Galdeano et al., 2003). Esta atividade, para além de me ajudar a suportar com evidência

científica a prática clínica desenvolvida, obrigando-me a pesquisar quais os cuidados mais adequados para a situação em causa, também me permitiu trabalhar a aplicação do processo de Enfermagem na sua vertente teórico-prática e, deste modo, favorecer o desenvolvimento de competências científicas na prestação de cuidados especializados à PSC, com risco ou falência de funções vitais. Este trabalho foi, por sua vez, apresentado aos colegas e docente, o que contribuiu também para que eu fosse um agente dinamizador da aprendizagem e possibilitou uma reflexão conjunta e partilha de experiências.

Não obstante, a aprendizagem também se adquire através da investigação. O presente domínio faz referência à investigação, referindo que o Enfermeiro deverá investigar e colaborar em estudos/processos de investigação. Neste sentido, faço referência a uma revisão integrativa que desenvolvi, no âmbito da unidade curricular de Investigação, sobre os cuidados de Enfermagem preventivos à PAI. Esta revisão permitiu-me adquirir, aprofundar e compreender quais são os cuidados de Enfermagem a aplicar, à luz da evidência científica mais recente, na prevenção da PAI. A razão de ter escolhido este tema, apesar de já conhecer e aplicar a maior parte dos resultados que encontrei, prende-se com a identificação de uma lacuna no meu conhecimento sobre o porquê de aplicar determinadas medidas. Os resultados desta aprendizagem serão abordados no subcapítulo 2.3.3, respeitante à competência maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa PSC e/ou falência orgânica. Contudo, adianto que esta representou uma importante oportunidade para desenvolver um processo de investigação nesta área, tal como indica Esteban-Sepúlveda et al. (2021), que refere que a procura pelo desenvolvimento de uma prática baseada na evidência deve ser um processo contínuo e dinâmico.

Para terminar, destaco outra atividade que dá resposta à unidade de competência que aborda a formulação de procedimentos para uma prática especializada no ambiente de trabalho. Desenvolvi ao longo do estágio de opção dois fluxogramas que dizem respeito ao transporte aéreo do doente crítico. O primeiro foi desenvolvido no âmbito da UEA, pois não existia nenhum fluxograma nesse local que pudesse orientar os novos elementos à chegada à unidade (Anexo A). O segundo foi desenvolvido no SEMER e tinha como objetivo criar um fluxograma/procedimento organizacional do transporte do doente crítico da Ilha do Porto Santo para a ilha da Madeira (Anexo B). Também na minha prática clínica no SMI do SESARAM desenvolvi um procedimento denominado “Transporte do Doente Crítico: Intra e Inter-Hospitalar” (Anexo C). Destaco a importância da criação deste procedimento, principalmente para a orientação dos profissionais envolvidos (Médicos, Enfermeiros e Administrativos) no transporte inter-hospitalar, da RAM para Portugal continental, pois

implica um grande planeamento e logística. Em todos os trabalhos desenvolvidos existiu grande receptividade por parte das equipas, uma vez que colmatei algumas lacunas existentes nos serviços e facilitei o trabalho dos profissionais que diariamente lidam com o transporte do doente crítico. Desta forma, para além das mais-valias mencionadas anteriormente, acredito que tornar os processos mais céleres, devido à melhor organização, terá um impacto positivo na diminuição da mortalidade e morbilidade dos doentes, que necessitam de transporte.

Atendendo ao percurso que realizei até este momento e ao trabalho desenvolvido no Mestrado, associando-o à minha prática profissional, considero que desenvolvi o quadro de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Estas competências serviram de base para o desenvolvimento das competências específicas em EMC, na vertente da Enfermagem à PSC e cuja aquisição será descrita no próximo capítulo.

2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da enfermagem à pessoa em situação crítica

Os cuidados de Enfermagem Especializados à PSC são cuidados altamente especializados, diferenciados e complexos, que são prestados de forma contínua a um indivíduo “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” como é possível verificar no Regulamento, n.º 429/2018, (p. 19362). Atendendo ao exposto, estes cuidados deverão procurar manter as funções básicas de vida, respondendo às necessidades afetadas.

Consciente da necessidade de diferenciação dos Enfermeiros que cuidam da PSC e sua família, a OE reuniu um conjunto de competências específicas através do Regulamento n.º 429/2018, no qual se encontram as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na PSC. Assim, com base neste regulamento, as competências específicas são: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e “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”.

Segundo o mesmo regulamento, os cuidados à PSC são necessários porque esta está em falência ou risco de falência orgânica, estando, portanto, em risco de sobrevivência, dependendo por isso de meios avançados de monitorização e terapêutica.

É o Enfermeiro Especialista em EMC na PSC que tem a capacidade de avaliar e identificar as problemáticas do doente, diagnostica, planeia e implementa as intervenções mais adequadas para resolver ou minimizar os problemas detetados. É igualmente este Enfermeiro que, devido ao seu conhecimento técnico/científico no domínio da sua prática, referencia para outros profissionais quando a situação assim se justifica.

A especificidade dos cuidados especializados prestados no processo do Mestrado impõe um momento reflexivo. Por isso, nos subcapítulos seguintes procurarei concretizar uma análise crítico-reflexiva das atividades que realizei para desenvolver as competências específicas do EEEMC na vertente da PSC. Nesta descrição, pretendo destacar as

experiências mais determinantes que contribuíram para o meu desenvolvimento, não negligenciando as restantes experiências, que não vão estar registadas no restante relatório.

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

O presente domínio aborda a complexidade, a exigência e o rigor que o Enfermeiro tem de ostentar aquando da prestação de cuidados à PSC. Em contextos de urgência e emergência, em que existe um risco de perda ou mesmo perda de uma ou várias funções orgânicas, é exigido ao Enfermeiro uma mobilização de conhecimentos e habilidades de forma a dar uma resposta holística e em tempo útil às necessidades do doente. Desta forma, sublinho a importância do desenvolvimento do presente domínio e respetivas unidades de competência como forma de enriquecer a minha prática clínica diária e marcar a minha atuação pela diferença, em termos de cuidados especializados.

Procurei durante os meus ensinamentos clínicos colocar em prática um conjunto de cuidados especializados enquanto futuro EEEMC. Para tal, procurei desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, tanto no nível pré-hospitalar, como hospitalar (SU e UCIP), bem como entre unidades hospitalares por terra e por ar. Também procurei com a minha intervenção gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, fazer uma gestão diferenciada da dor, assim como assistir a pessoa e sua família nas perturbações que resultam da situação crítica, estabelecendo a relação terapêutica e gerindo a comunicação interpessoal.

A nível da prestação de cuidados no pré-hospitalar no SEMER, desenvolvi cuidados especializados logo no primeiro contacto com as situações de emergência, ou seja, no pedido de socorro que é endereçado ao CIC-CROS. Através do acompanhamento dos colegas especialistas na atividade do atendimento das chamadas de socorro, pude participar no desenvolvimento da avaliação da situação, quer por via telefónica, quer por rádio. Pude acompanhar e colaborar no preenchimento dos fluxogramas que indicam a prioridade do socorro e, com tudo isto, perceber como se desencadeia a cadeia do socorro na RAM. Diversas são as situações em que a EMIR é solicitada, no âmbito das triagens P1 (emergente). Atualmente, estas situações são expostas à equipa, que decide se se desloca ou não para o local.

Durante o meu ensino clínico, nas vezes em que a equipa da EMIR foi ativada, pude participar na prestação de cuidados em distintas situações, como: paragens

cardiorrespiratórias, alterações do estado de consciência, crises convulsivas, suicídio, intoxicação, suspeitas de enfarte agudo do miocárdio, que se vieram a confirmar, insuficiências respiratórias agudas, acidentes vasculares cerebrais, hipoglicémia e politraumas. Durante a prestação de cuidados a todas estas situações, destaco as paragens cardiorrespiratórias que me permitiram prestar cuidados altamente complexos, como intubação orotraqueal, aplicação e gestão de protocolos terapêuticos complexos, como utilização de sedação, analgesia e suporte vasopressor. Nesta situação, pude demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, algo que já faz parte do meu quotidiano enquanto Enfermeiro dos Cuidados Intensivos.

Destaco ainda uma situação de politrauma, em que um camião abalroou uma grua, que resultou na queda de duas pessoas, uma diretamente para o alcatrão (queda estimada de quatro metros) e uma outra para o topo do camião que tinha embatido na grua. A cinética do acidente era no mínimo impressionante, ainda assim, felizmente, encontramos as duas vítimas conscientes, com apenas algumas escoriações, ainda que uma das vítimas tenha embatido com a cabeça no chão, o que resultou num escalpe craniano com hemorragia ativa. Nesta situação, para além de toda abordagem realizada nestas situações de trauma, foi primordial a identificação de possíveis focos de instabilidade, no sentido de intervir prontamente na antecipação dos mesmos, desde o local do sinistro até ao SU. Neste caso específico, realizei os cuidados e o transporte da vítima que apresentava um traumatismo crânio encefálico. Por esta razão, procurei avaliar continuamente o estado neurológico da vítima, de forma a detetar uma diminuição do estado de consciência da mesma que pudesse levar a uma intubação oro traqueal. Percebi durante as minhas avaliações que a vítima desenvolveu amnésia a curto prazo para o acidente e transmiti isso aos colegas na sala de emergência. Durante este ensino clínico apercebi-me da importância da presença do Enfermeiro Especialista na abordagem da PSC, quer no âmbito da triagem/aconselhamento telefónico pelo STAT e linha SRS, quer no cuidado direto ao doente através da EMIR.

Por sua vez, no SU também pude desenvolver competências na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica. Estes cuidados desenvolveram-se desde a triagem, através da identificação de focos de instabilidade e aplicação do sistema de triagem de Manchester, até à sala de observação e cuidados especiais da urgência, passando pela sala de emergência. Nestes últimos três foi onde pude prestar o maior número de cuidados e também os mais complexos, com vista a antecipar a falência de órgãos. Na sala de emergência prestei cuidados a pessoas vítimas de paragens cardiorrespiratórias, politraumas, AVC's, intoxicações, COVID-19, insuficiências respiratórias, enfartes do miocárdio, entre

outras. Nestas situações procurei mobilizar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no Mestrado, aliando a minha prática enquanto Enfermeiro dos Cuidados Intensivos, conjuntamente com as orientações do Enfermeiro Tutor, procurando demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV e execução de cuidados técnicos de alta complexidade, de forma a dar resposta aos focos de instabilidade identificados.

A título de exemplo, destaco a situação de um doente com insuficiência respiratória aguda em que se iniciou ventilação não invasiva, contudo, o doente foi piorando progressivamente, apresentando um esforço inspiratório cada vez maior. Nesta situação separei o material de intubação *à priori*, o qual foi utilizado de seguida, uma vez que o estado do doente se deteriorou. Adotei a postura do Enfermeiro Especialista na sala de emergência e ocupei a função de elemento A, que fica responsável pela via aérea, apoiando o médico no procedimento da intubação orotraqueal.

Não obstante, foi essencial não descorar a assistência à pessoa e família, nomeadamente através do estabelecimento da relação terapêutica com os mesmos e a utilização adequada de uma comunicação interpessoal adequada. Essa assistência à pessoa e família torna-se ainda mais relevante pelo facto de, no âmbito da urgência/emergência, nem sempre os acontecimentos evoluírem positivamente. Nestas situações, segundo Dias et al. (2018), a comunicação de más notícias por vezes acaba por ser o primeiro e o último contacto do profissional de saúde com a pessoa/família. Ainda assim, existem um conjunto de limitações/fatores condicionantes para o estabelecimento de relações de ajuda, entre os quais a falta de um espaço físico para a realização adequada da comunicação de más notícias, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e o *burnout*. No SU do HNM, apesar de não existir também um espaço físico e as condições de trabalho não serem as mais apropriadas, verifiquei que existe uma especial atenção para conseguir um local que permita mais privacidade. Este local permitiu que as famílias pudessem exprimir os seus sentimentos, assim como que nós, profissionais de saúde, pudéssemos prestar apoio nestas situações de grande fragilidade.

Destaco uma situação vivenciada no SU em que um homem de 45 anos entrou para a sala de emergência com toda a sintomatologia de um AVC, que, entretanto, evoluiu rapidamente para um coma. Veio a comprovar-se imagiologicamente que se tratava de um hematoma subaracnoide e que o doente teve de ser sedado, intubado e ficou em ventilação mecânica invasiva. Informei a família acerca da situação, com o apoio do Enfermeiro Tutor, sendo que recorremos ao protocolo de SPIKES, que foi desenvolvido por Buckman (1992). Este é um protocolo para a transmissão de más notícias que engloba seis etapas que se

preocupam com a escolha de um local adequado para a comunicação ser feita, perceber o que a pessoa já sabe, o que quer saber, dar a notícia propriamente dita, responder às emoções desencadeadas e propor um plano de seguimento.

Considero que a transmissão de más notícias nunca é uma tarefa fácil. A mesma tem um grande impacto para o doente/família, principalmente se as informações forem dadas de forma incorreta ou improvisada. Por este motivo, a utilização do protocolo supracitado nesta situação foi uma mais-valia, uma vez que me ajudou a organizar este momento de forma a manter uma comunicação clara e aberta. No que toca à família, julgo que consegui, através da minha intervenção, diminuir a ansiedade e o conflito de emoções que uma má notícia pode gerar.

Segundo Sá et al. (2015), nas situações em que o doente está inconsciente e só compreende a sua situação quando se encontra na fase de recuperação, é a família que acaba por experienciar toda a transição de saúde-doença de uma forma mais intensa. Por sua vez, são os Enfermeiros aqueles que passam mais tempo com os doentes, logo são estes que se encontram mais capazes para intervir nas necessidades identificadas à pessoa/família, durante o exercício da sua profissão.

O descrito anteriormente sobre as experiências vivenciadas em contexto do SU, desenvolveu-se de uma forma muito semelhante no ensino clínico dos cuidados intensivos. As UCI são os locais de eleição para o cuidado às PSC. Neste contexto, ao ficar com vários doentes críticos pude desenvolver competências a vários níveis, nomeadamente na prestação de cuidados de Enfermagem, em que procurei identificar os focos de instabilidade e responder de forma antecipada aos focos identificados.

Para além de demonstrar competências em suporte avançado de vida, procurei desenvolver um conjunto de técnicas de alta complexidade, assim como gerir protocolos terapêuticos complexos, como o suporte hemodinâmico através da gestão de aminas, gerir a administração de potássio sérico, gerir a sedação do doente para os níveis pretendidos, gerir o desmame ventilatório através de um controlo gasométrico, da sedação e das indicações médicas, até chegar à extubação. Também destaco os protocolos de insulina, de gestão de temperatura, de manutenção do dador de órgãos e até mesmo de queimados. Por sua vez, também apoiei na colocação de diversos dispositivos invasivos como cateteres venosos centrais (CVC), linhas arteriais (LA), drenos torácicos, tubos oro-traqueais, sondas naso ou oro-gástricas e cateteres vesicais (CV). Também desenvolvi um conjunto de cuidados para prevenir a infeção associada à intubação, à ferida cirúrgica, ao CV, ao CVC e à LA. Julgo que os conhecimentos que já detinha do que anteriormente foi citado permitiram-me ter uma

intervenção eficiente no cuidar, bem como um julgamento crítico mais assertivo, perante as novas situações.

No ensino clínico da UCI no HCC pude me aperceber de que existia um conjunto de novos equipamentos que nunca tinha observado. Destaco as meias compressoras pneumáticas, que preveniam o tromboembolismo pulmonar, e o índice bispectral (BIS), que é utilizado para avaliar a profundidade da sedação através da medição da atividade elétrica cerebral. O BIS permite que os níveis de sedação sejam adequados ao alvo da sedação propriamente dito, o que previne a síndrome de cuidados intensivos, por exemplo (Lopez, 2016). Em alternativa ao BIS, existe a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), que é a que utilizo diariamente na minha unidade, que me permite classificar o nível de sedação do doente, de forma a atingir o nível alvo. Conhecer estas novas formas de monitorização foi uma mais-valia, pois permitiu-me quantificar a atividade cerebral do doente com um determinado nível de sedação. Nos doentes neurocríticos, sobretudo, o BIS é ainda mais importante, pois estes doentes beneficiam de uma sedação profunda e, através do BIS, o profissional de saúde tem a certeza de que o doente se encontra no nível pretendido. Partilhei esta experiência enriquecedora com o gestor do meu serviço e referi as mais-valias deste equipamento para a nossa unidade, ao que o mesmo foi recetivo, acrescentando que isso já foi pensado, mas que até ao momento não foi possível concretizar.

No contexto da UEA, trabalhei essencialmente no transporte de doentes entre unidades de saúde por via aérea e terrestre. Os transportes de doentes críticos são momentos de grande complexidade, que requerem três fases: a decisão, o planeamento e a efetivação. Estas fases já foram amplamente abordadas no capítulo I, no ponto 1.2, pelo que não aprofundarei novamente a parte teórica. Uma vez que o transporte envolve riscos, sempre que é tomada a decisão de realizar um transporte, é com base na premissa de que existe a necessidade de providenciar um nível de cuidados superior ou que existe a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico/terapêutica (Pavão, 2021; Cordeiro, 2020; OM & SPCI, 2008).

Nos diversos contextos de estágio tive oportunidades de planear e efetivar transportes, mas foi na UEA que a complexidade atingiu outros níveis. Para além de assegurar a segurança do doente, aos vários níveis, tive também que preparar o material necessário, verificar a autonomia e a funcionalidade dos equipamentos, preparar a terapêutica prevista, entre outros cuidados transversais a qualquer transporte, independentemente do contexto. O transporte aéreo acarreta vários fatores influenciadores, tais como a temperatura, a altitude, as pressões, as forças de aceleração e desaceleração, o

ruído e a vibração, que já foram abordados no capítulo I. Estas condicionantes provocam ainda mais instabilidade no doente crítico, pelo que o Enfermeiro deve estar duplamente atento na identificação de focos de instabilidade e atuar previamente ao aparecimento destes focos/complicações do voo. Além disso, toda a atividade na aeronave deve ser planeada, pois nem sempre a equipa pode estar a mover-se durante as diversas fases do voo.

Numa viagem entre a ilha Terceira e a ilha de São Miguel, destaco uma situação em que uma criança fora atropelada, o que resultou num hematoma subdural. Ainda assim, a criança mantinha-se consciente e apenas com cefaleias. Era necessário transportá-la para São Miguel, pois este é o único local com uma unidade de neurocirurgia nos Açores. Foi decidido transportá-la numa maca de vácuo, pois esta permite uma imobilização muito eficiente da totalidade do corpo, incluindo a coluna vertebral, caso houvesse mais alguma lesão que não tivesse sido detetada em ambiente de urgência na ilha Terceira.

Voamos a baixa altitude e com algum vento forte, originando-se uma maior vibração do avião, o que, associado aos efeitos secundários da medicação analgésica, conduziu a que a paciente comesse a ficar cada vez mais nauseada e ansiosa. Apesar de ter sido administrado um antiemético, a paciente ficou bastante ansiosa por estar nauseada e por não se conseguir movimentar, chorando vigorosamente pela mãe, que se encontrava sentada nas cadeiras do avião. Contudo, uma vez que o avião estava já em aproximação à pista, faltando menos de um minuto para a aterragem, a equipa não tinha autorização da equipa da tripulação da FAP para se levantar. A mãe da paciente, ao ouvir a sua filha chorar, procurou levantar-se, colocando a sua segurança em risco. Nesta situação, corríamos o risco da criança vomitar e aspirar o vómito, da mãe se levantar e colocar em risco a sua saúde física e a segurança da tripulação, pois poderia ser necessário abortar a aterragem. A tripulação autorizou-nos a ir até junto da criança, de forma a assegurar a segurança e estabilidade da mesma, e vieram eles em nosso auxílio para nos segurarem até ao fim da aterragem, zelando pela nossa segurança. A criança estava bastante ansiosa, mesmo após a aterragem, tendo sido administrado diazepam, que surtiu efeito. A mãe ficou igualmente ansiosa e agressiva com a equipa de saúde e a tripulação, devido ao ruído e vibração na aeronave.

Esta situação permite evidenciar o quanto as especificidades do transporte aéreo podem influenciar o estado geral do doente. É, então, crucial que o enfermeiro saiba agir perante estes fatores. Assim, nesta situação, procurei acalmar a mãe, gerindo a comunicação, reconhecendo as razões que a levaram a estar assim, mas explicando que aquela foi a melhor alternativa para um transporte célere para um centro de referência. Procurei também assistir

a criança e a mãe nas perturbações emocionais decorrentes da situação, gerindo a ansiedade de ambas e prestando os cuidados mais eficazes, atendendo ao contexto em que estes se passavam.

Na UEA transportávamos diversas tipologias de doentes, desde doentes conscientes a inconscientes, sedados, com suporte de aminas, com ventilação mecânica invasiva, grávidas, politraumas, neurocríticos, choques de diversas etiologias e até doentes com diagnóstico psiquiátrico. Apesar das recomendações da SPCI e OM (2008) sustentarem que este último tipo de doentes não deve ser transportado, os mesmos necessitavam de internamento numa unidade de psiquiatria, uma valência que não estava presente em todas as ilhas e que implicava o seu transporte para uma ilha que a tivesse. Contudo, nestas situações, como forma de evitar provocar maior dano ao doente, os doentes eram sedados para que não fossem afetados pelas vibrações e ruídos provocados pelo voo nas aeronaves da FAP.

Foi com esta panóplia de experiências que acredito que aprendi, desenvolvi e aprofundi um conjunto de competências que me permitiram prestar cuidados à PSC, antecipar focos de instabilidade, prevenir a falência orgânica, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos durante toda a viagem, fazer a gestão da dor e do bem-estar da pessoa, atendendo às condicionantes do contexto e assistir as pessoas/famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, através de uma relação terapêutica e da adequação da comunicação face à complexidade da situação clínica e do contexto.

Transversal a todos os contextos dos ensinamentos clínicos está a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, que já fui sublinhando em algumas situações neste último ponto. A dor na PSC é algo comum e, segundo Pinho et al. (2016), ela é frequentemente subestimada pelos diversos profissionais de saúde, apesar destes saberem que frequentemente são realizados procedimentos invasivos e dolorosos a este tipo de doentes. A própria DGS, em 2003, criou a circular normativa nº9/DGCG, que considera a dor como o 5.º sinal vital. Por isso, o controlo da dor é dos principais cuidados a desenvolver junto da PSC. Esta pode ter imensas causas, desde a doença primária, às lesões provocadas pelos dispositivos invasivos, à própria imobilização do doente por longos períodos. Caso a dor não seja tratada, esta pode causar disfunção hemodinâmica, respiratória ou hemato e imunológica (Chamorro, 2016). Cabe, então, aos profissionais preveni-la e controlá-la. Para tal, é necessário quantificá-la, com recurso à utilização de escalas. A escala verbal numérica é a mais utilizada nas PSC que se encontram conscientes e capazes de verbalizar. Também pode ser utilizada a escala de faces e a escala qualitativa. Já em pacientes em coma ou sedoanalgesiadados, em que existe

uma incapacidade para comunicar, a escala mais utilizada é a *Behavioural Pain Scale* (BPS). No meu quotidiano, estou familiarizado com a escala BPS e a verbal numérica enquanto Enfermeiro dos cuidados intensivos. Para além da intensidade, a dor também deve ser avaliada em relação à localização, qualidade, duração, frequência, sintomas associados, fatores que aumentam ou diminuem a dor.

Assim, considerando estes aspetos, quando era detetado que o paciente tinha dor procurei adotar um conjunto de intervenções independentes, tais como a massagem, a gestão do ambiente, o relaxamento, o toque ou a escuta ativa, e interdependentes, tal como a administração de fármacos analgésicos. O Enfermeiro Especialista é, então, um profissional privilegiado para atuar na prevenção e controlo da dor, uma vez que está junto do doente 24 horas/dia. Para ter sucesso na sua competência, o Enfermeiro precisa, então, de identificar a dor precocemente, utilizando as escalas apropriadas e adequando o tratamento às soluções terapêuticas existentes.

Também transversal a todos os ensinamentos clínicos, encontra-se a necessidade de desenvolver a relação de ajuda junto do doente e seus familiares/cuidador. Esta visa a promoção da adaptação da pessoa/família à situação de doença, através da utilização de estratégias que reduzam o medo, o stress, sofrimento e ansiedade. Foi nos momentos em que os indivíduos experienciam este tipo de emoções que tive oportunidade de intervir, quer seja em ambiente pré-hospitalar, porque as pessoas estão em stress e/ou em choque com o que lhes aconteceu, ou então na urgência ou nos intensivos, situações em que se encontram em sofrimento, juntamente com um grande sentimento de impotência. Também nos momentos vividos na UEA surgiram muitas vezes estes sentimentos relacionados com o medo de voar.

A comunicação é, então, um elemento crucial nas relações humanas e principalmente na relação de ajuda. Esta comunicação deve ser honesta, assertiva, clara e simples. Também ela deve ser pensada entre profissionais, para não haver divergências entre os discursos. Somente desta forma conseguimos estabelecer uma relação terapêutica de confiança, com base na autoconfiança, ética, respeito, empatia e individualidade. Sublinho também que a comunicação não-verbal deve seguir a mesma linha da comunicação verbal, uma vez que a primeira tem um impacto superior à última. Como tal, devemos manter uma postura corporal adequada, manter o contacto visual, ser empáticos e demonstrar ao doente segurança e disponibilidade (Borges, 2015 e Sá et al., 2015).

Para terminar, saliento a necessidade de adotar estratégias para comunicar com as pessoas que não conseguem verbalizar, tais como as traqueostomizadas ou intubadas. Nestas situações, procurei realizar uma comunicação alternativa, atendendo às capacidades do

doente de que cuidei. Desta forma, usei como estratégias os sinais, as expressões faciais, as questões de resposta afirmativa/negativa, a escrita ou então quadro com letras/palavras denominada de comunicação aumentativa, tal como recomenda Sequeira (2016).

Considero, portanto, que procurei mobilizar conhecimentos e habilidades, rumo às necessidades evidenciadas pelas pessoas/famílias, respondendo eficazmente e em tempo útil, durante a minha prestação de cuidados ao longo dos vários ensinamentos clínicos. Julgo que trabalhar numa UCI me ajudou a lidar com todas as problemáticas encontradas, pois senti-me mais à vontade para as enfrentar, enquanto sentia, por outro lado, um aumento da responsabilidade por já deter algum conhecimento na área da PSC.

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

O Enfermeiro especialista em EMC tem um papel essencial na dinamização da resposta de forma pronta e sistematizada nas situações de emergência, exceção ou catástrofe. O desenvolvimento desta competência permite que o Enfermeiro cuide das pessoas em contexto de emergência, exceção e catástrofe de forma eficiente e eficaz, através da conceção e aplicação dos planos institucionais de resposta a situações. Tal como indica o Regulamento n.º 429/2018, é o especialista em EMC que tem como competência dinamizar a resposta perante as situações de emergência, exceção e catástrofe. Para compreendermos esta competência de forma abrangente, é necessário definir o que é emergência, exceção e catástrofe.

Segundo o regulamento anteriormente citado, emergência é quando existe um evento que ocorre a um indivíduo, que lhe provoca perda de saúde de uma forma repentina, o que poderá resultar numa ameaça ou perda de uma ou mais funções vitais, culminando numa vítima em risco de vida, necessitando por isso, de assistência o mais breve possível. Já as situações de exceção são eventos em que existe uma necessidade superior aos recursos existentes, tal como refere o Regulamento n.º 429/2018. Por sua vez, a catástrofe é definida no artigo 3.º da Lei n.º 80/2015 relativa à Lei de Bases da Proteção Civil como um ou uma série de eventos graves passíveis de provocar grandes prejuízos quer materiais, quer humanos, afetando veemente a qualidade de vida das pessoas, assim como o perfil socioeconómico.

Estas situações requerem uma ação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos disponíveis, quer humanos, quer materiais. Por conseguinte, a DGS (2010) defende que

todas as instituições do serviço nacional de saúde detenham um plano de ação perante os cenários adversos, que provoquem um défice entre as necessidades e os recursos disponíveis. Por esse motivo, na RAM foi criado o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM (PREPCRAM) (Serviço Regional de Proteção Civil, 2020). Este é um plano que eu tive oportunidade de consultar ao longo do Mestrado, quer na componente teórica, nas aulas de “Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”, quer no estágio do SEMER. Este é um plano que foi elaborado segundo as normas da Comissão Nacional de Proteção Civil, em coordenação com as entidades de proteção civil regional. A existência de um plano como este é imperativa numa região como a nossa, pois temos características únicas, quer geográficas, que resultam em insularidade, quer geológicas, climáticas e socioeconómicas. Assim, este plano foi elaborado com o objetivo de dar resposta a uma panóplia de situações de emergência na RAM. Este é um documento dinâmico, uma vez que se encontra em contínua atualização e que tem como missão orientar as ações de prevenção e resposta operacional dos agentes de proteção civil e demais organismos que os apoiam nas situações de emergência. Neste plano, é possível encontrar um levantamento de todas as instalações que poderão ser utilizadas e a função de cada uma, perante a catástrofe.

Por sua vez, o SESARAM, e em especial o HNM, têm também um plano de emergência e catástrofe, que se encontra englobado no plano PREPCRAM. Quando este último é ativado, o SESARAM assume a responsabilidade de prestar os cuidados de saúde necessários em articulação com o SEMER.

A nível pré-hospitalar, no SEMER participei em diversas situações de emergência, já abordadas no subcapítulo anterior. Já a nível da catástrofe, não participei em nenhuma situação. Não obstante, preocupei-me em conhecer a forma de atuação da equipa, as suas experiências em eventos anteriores e os kits de catástrofe que cada viatura da EMIR possui.

A nível hospitalar, todos os serviços têm um papel a desempenhar, mas são o SUP, o bloco operatório e a UCIP que possuem um papel determinante na resposta a estas situações. No serviço de urgência polivalente tive a oportunidade de discutir com os Enfermeiros Especialistas as várias situações que estes experienciaram e como é que se organizaram perante as mesmas. Para além de me mostrarem os Kits de catástrofe que se encontram na sala de emergência, mostraram-me também o Plano de Emergência Hospitalar e de que forma é que o SU se organiza perante tal evento. Por conseguinte, tomei conhecimento da ordem dos procedimentos, das hierarquias, da reestruturação dos espaços, dos materiais disponíveis. Assim, esta atividade permitiu-me conhecer com maior pormenor

o Plano de Emergência do hospital no qual trabalho, o que me deixa mais preparado para responder de uma forma eficiente perante as situações em que este plano é ativado.

A nível da UCIP do HCC não tive oportunidade de consultar o plano de emergência. Todavia, enquanto Enfermeiro da UCIP no HNM, conheço o plano de emergência desta unidade e já participei, ao longo da minha experiência profissional, na resposta a um acidente grave de autocarro com multivítimas, que resultou em 29 mortes e 27 feridos. Nesta situação recebi as vítimas que vinham ainda identificadas com um número, diretamente do SU ou do bloco operatório, e recordo-me de receber um doente e de estar a colocar dispositivos invasivos no meio da unidade, por falta de espaço para colocar o doente. Este dia colocou a resposta do sistema regional de saúde à prova, além de que evidenciou que o número de camas de que dispomos e a elevada ocupação de doentes que temos, em média, diariamente na unidade não nos permite poder receber um número de vítimas grande, tendo por isso recebido aquele doente no meio da unidade. Por outro lado, ao conseguirmos responder eficientemente às necessidades das vítimas do acidente, eu e a equipa que me acompanhava demonstramos competências na gestão dos cuidados numa situação como esta de multivítimas. Considero, por isso, que conseguimos dar uma resposta útil às vítimas do acidente, mantendo os cuidados aos outros doentes que já estavam na unidade. Por último, considero que situações como esta fazem com que faça cada vez mais sentido a participação em cursos de situações de emergência, exceção e catástrofe.

Na UEA não participei diretamente na resposta a uma catástrofe instalada. Todavia, durante o meu estágio nos Açores, originou-se uma crise sísmo vulcânica na Ilha de São Jorge. Devido ao risco de um terramoto de elevada magnitude e consequente erupção vulcânica, participei na evacuação de alguns doentes para outras ilhas, a título preventivo.

De forma a termos uma resposta mais eficaz perante estas situações, destaco a importância de treinar através da simulação. Segundo Murray et al. (2019), as simulações são uma forma de operacionalizar a teoria na prática, culminando com momentos de reflexão de forma a otimizar a aprendizagem. Esta informação vai ao encontro do que Primeau e Benton (2021) referem ao sublinharem que a simulação das respostas em catástrofe é uma forma eficaz de preparar os profissionais envolvidos para aquisição de competências, experiências e aprendizagens na resposta a estas situações na vida real.

Atendendo ao anteriormente referido, durante a unidade curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe participei numa simulação na sede da proteção civil, em que hipoteticamente haveria uma explosão do depósito de combustível do helicóptero lá sediado, que tinha resultado em várias vítimas. Neste exercício participei

como coordenador das operações de socorro da equipa de saúde. Com esta atividade, aprendi que a gestão de uma catástrofe é uma tarefa muito complexa. Existem muitas variáveis às quais temos de estar atentos, assim como uma pressão muito grande sobre a nossa atuação, quer ao nível das decisões, quer ao nível das informações dadas nos momentos em que realizamos pontos de situação. Esta atividade proporcionou-nos momentos fora da nossa zona de conforto, consciencializando-nos para a necessidade de aprofundar conhecimentos na gestão de situações de catástrofe.

Também nesta unidade curricular desenvolvi um trabalho académico que visava dar resposta a uma situação de catástrofe. O desafio era criar um plano de resposta à catástrofe na ilha do Porto Santo, conseqüente à queda de uma palmeira durante uma festa partidária que resultou em várias vítimas. Neste trabalho de grupo, procuramos dinamizar a resposta atendendo aos recursos limitados que a ilha possui, quer em termos materiais e estruturais, quer em termos humanos. O objetivo passou por chegar ao local, realizar uma triagem primária e secundária, assim como a conseqüente intervenção/estabilização das vítimas, definir um posto médico avançado e procurar transferir as vítimas que necessitam de cuidados mais diferenciados para o HNM por meio aéreo, dentro da *golden hour*. Esta atividade permitiu-me, uma vez mais, perceber a importância de existir um plano para as situações de emergência e catástrofe que irá delinear a resposta ao evento adverso. O desenvolvimento deste trabalho possibilitou-me, ainda, aprofundar conhecimentos sobre a triagem primária e secundária, assim como exigiu uma pesquisa acerca de quais os meios que existem para uma resposta desta magnitude, em que todos os minutos contam. Por fim, trabalhar a resposta a uma situação de emergência, exceção e catástrofe representou uma oportunidade para desenvolver competências na área da conceção de planos de emergência e catástrofe, que é uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista EMCPSC.

A área de emergência, exceção e catástrofe já era uma área de interesse para mim. Por esta razão, optei por consolidar conhecimentos nesta área, através da frequência do curso MRMI. Neste curso aprendi mais sobre a metodologia MRMI, colocando em prática os conhecimentos sobre triagem, gestão de recursos humanos e materiais e de doentes, uma vez que assumi o papel de coordenador da UCI. Ao assumir este papel, tive que gerir os doentes que já estavam na unidade, antecipar altas dos mesmos, receber as vítimas do evento adverso, gerir os cuidados às mesmas, gerir recursos humanos e materiais, fazer um levantamento do material que possuía e daquele que era necessário para fazer face à gestão da catástrofe. Foi este conjunto de experiências que se traduziu em oportunidades muito gratificantes para partilhar conhecimentos e desenvolver competências nesta área, como o cuidar da pessoa em

situações de emergência, exceção e catástrofe e na conceção de planos de emergência e catástrofe.

Todavia, apesar das simulações que possamos fazer, estas não nos preparam para uma situação de exceção como a pandemia de COVID-19 que vivemos recentemente, que originou uma crise de saúde pública a nível mundial. Vivemos situações de alerta, contingência, calamidade e emergência que nos obrigaram a ir além da nossa capacidade instalada e que colocaram o nosso serviço de saúde e seus profissionais à prova. Ao trabalhar na UCIP, tive de cuidar dos doentes com covid-19 numa altura em que pouco se conhecia sobre a doença, em que não havia vacina e em que o tratamento era apenas sintomático.

Como forma de dar resposta à situação pandémica, o SESARAM criou novos espaços, adquiriu novos equipamentos para profissionais e doentes, de forma a dar resposta às necessidades. Já os profissionais estudaram a fisiopatologia desta doença, prepararam-se para cuidar destes doentes, treinando frequentemente a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual, assim como treinaram procedimentos que sofreram alguns ajustes como a intubação endotraqueal, na qual se procurava diminuir a dispersão de partículas. Durante esta pandemia prestei cuidados diretos a estes doentes desde o primeiro momento até os dias de hoje, ajudei na gestão da unidade, realizei diversos contactos com as famílias, através de videochamadas, fazendo a ponte entre os doentes e as suas famílias, trabalhando arduamente em prol da PSC e sua família.

O cuidado a estes doentes permitiu-me desenvolver competências cognitivas, técnicas e práticas principalmente na área do suporte ventilatório, pois tanto podíamos ter um doente em respiração espontânea com máscara, como um doente em ventilação mecânica invasiva em posição prona ou até mesmo com oxigenação por membrana extracorporal, vulgarmente conhecido por ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*). Atualmente, sinto-me muito mais preparado para desenvolver a prestação de cuidados a doentes covid-19 que necessitam da gestão e administração de processos terapêuticos complexos como os descritos anteriormente.

Por tudo o que foi dito anteriormente, considero que o percurso realizado me ajudou a refletir sobre a complexidade dos cenários de emergência, exceção e catástrofe. Julgo, portanto, que, quando ocorrer um evento desta natureza, terei os conhecimentos mais solidificados, o que irá contribuir para uma resposta mais eficiente, segura e consistente.

2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A competência específica número três do Regulamento n.º 429/2018 diz respeito à prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos na PSC e refere que o Enfermeiro deve “Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19359). Esta competência surge uma vez que a evidência demonstra que existe um elevado risco de infeção devido aos diversos contextos de atuação, à diferenciação e complexidade de situações existentes, aquando dos cuidados à PSC. Neste contexto de cuidados, são utilizadas técnicas invasivas de diagnóstico, terapêutica e subsistência orgânica, pelo que o Enfermeiro deve responder de uma forma eficaz na prevenção e controlo de infeção, assim como na resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

A área da saúde tem assistido a uma evolução exponencial, o que conduziu a ganhos em saúde para pessoas, famílias e comunidades, que viram aumentadas a sua qualidade de vida e esperança média de vida. Contudo, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) causam constrangimentos (Pina et al., 2010). A World Health Organization (WHO, 2014) referiu, no seu relatório sobre a vigilância da resistência aos antimicrobianos, que as IACS são uma ameaça à saúde pública e que os diversos líderes mundiais têm aumentando a sua atenção sobre este assunto. Já na Europa, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2018) estima que mais de 8,9 milhões de pessoas adquiriram uma IACS, e que estas por si só, causam mais mortes do que qualquer outra doença infecciosa na Europa.

A nível nacional, o governo do Dr. António Costa reconhecia, em 2016, a importância de combater as IACS, uma vez que estas representam uma despesa de 300 milhões de euros anuais, apenas no ramo hospitalar (Ministério da Saúde, 2016). Segundo a DGS (2018), Portugal assistiu a uma diminuição da prevalência das IACS em meio hospitalar, situando-se agora nos 7,8%. Este resultado é fruto das políticas aplicadas, presentes no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Apesar da melhoria dos resultados, a DGS continua a salientar a importância de continuar com o investimento na prevenção e controlo das IACS, sendo esse um dos objetivos para o ano de 2020 (ainda sem relatório disponível). Este é um tema

de tamanha relevância, que constitui o despacho n.º 1400-A/2015, no qual podemos encontrar os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Já no SESARAM (2018), através do seu grupo de coordenação do PPCIRA, este revelou que em 2017 a taxa de prevalência das IACS foi de 8,3%. Ao colocar em prática o Projeto “Stop Infecção Hospitalar!”, com a implementação dos feixes de intervenção de prevenção das infeções, em 2019, vimos as IACS reduzidas em pelo menos 50%, de acordo com o relatório apresentado pelo grupo de coordenação do PPCIRA do SESARAM (2021). Relativamente à situação da resistência aos antimicrobianos no SESARAM, confirmou-se que a taxa de microrganismos multirresistentes tem vindo a diminuir, partindo de uma taxa de 20,0% em 2016, para 15,7 % em 2019.

As taxas de infeção estão intimamente relacionadas com a exposição do doente a determinados fatores. Entre eles destacam-se o rigor assético nas técnicas invasivas, a utilização excessiva de antibióticos e a gravidade da doença ou contexto de doença. (SESARAM, 2018). Não obstante, importa referir que quando nos deparamos com uma PSC, nem sempre é fácil manter o rigor nos procedimentos relativos à prevenção e controlo de infeção. Os profissionais tendem a realizar a sua prática no sentido de salvar a vida dessa pessoa, negligenciando ou deixando para segundo plano, por vezes, o rigor assético. Ainda assim, é imprescindível que se procure sempre respeitar os princípios de prevenção e controlo de infeção, de forma a minimizar os riscos para o utente, que já se encontra numa fase crítica e vulnerável (Yanagizawa-Drott et al., 2015).

Nesta linha de raciocínio, a terceira competência específica do Enfermeiro EMC, que pressupõe a prevenção e controlo de infeção, assim como a resistência a antimicrobianos, presente no regulamento n.º 429/2018 merece todo o destaque, uma vez que, segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, um terço das IACS são evitáveis, o que significa que através da nossa intervenção podemos ter um impacto positivo na taxa de mortalidade do doente. Tendo em conta o anteriormente mencionado, considero que o EEEMC deve ser um agente ativo na integração dos PPCIRA, quer na sua prática, quer na prática dos seus pares e seus subordinados, conhecendo para tal o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a antimicrobianos.

Segundo a OE (2015), o Enfermeiro tem o dever de exercer a sua profissão com base em conhecimentos científicos e técnicos mantendo a atualização contínua dos mesmos com o intuito de melhorar a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados. Nesta linha de pensamento a produção de conhecimentos com base em evidência científica, por parte do enfermeiro, é um exercício que se torna imperativo uma vez que difunde a

autonomia na sua tomada de decisão e distingue-se num aperfeiçoamento da prestação de cuidados (Farias *et al.*, 2019).

Deste modo, o EEEMC, nomeadamente no cuidado à PSC e/ou falência orgânica deve ser detentor do conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos assim como das diretivas das Comissões de Controlo da Infecção. Isto permite a sua implementação junto dos seus pares propondo-se a alcançar cuidados de saúde de excelência. Desta maneira, este Enfermeiro será também uma referência para a sua equipa, podendo diagnosticar necessidades do serviço e promovendo soluções proativas para o mesmo.

Ao longo da minha prática profissional no SESARAM e, em especial, ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei manter uma prática que se pautasse pelas orientações enunciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo *Center for Disease Control and Prevention*, pela DGS e pelo grupo de coordenação do PPCIRA. Estas orientações são transformadas em feixes de intervenção, nomeadamente, no controlo da infeção relacionada com o CVC, com o CV, com PAI e com o local cirúrgico. Frequentemente encontramos estes dispositivos nas PSC, pelo que, durante a minha prática, por exemplo, prestei cuidados à pessoa com CVC, procurando seguir os feixes de intervenção, nomeadamente através da realização da higiene das mãos antes de manusear o CVC, mudança do penso na periodicidade adequada e com técnica asséptica cirúrgica e descontaminação das conexões com clorohexidina 2% antes de as manusear. Desta forma, fui ao encontro do PPCIRA, sendo um dos objetivos principais deste programa, a redução das taxas de IACS, o que por conseguinte me permite estar a atuar de acordo com um dos princípios do Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que indica que a ação do Enfermeiro deve prevenir e controlar a IACS (OE, 2017). Todavia, como podemos comprovar de seguida, nem sempre é possível que esta atuação seja linear.

No que concerne aos cuidados pré-hospitalares (EMIR) e ao transporte inter-hospitalar (UEA), muitas vezes estamos perante situações de *life saving*, pois a vida da pessoa está em risco e em ambientes nada assépticos. Segundo Silva (2020), situações de *life saving* implicam sempre um certo risco de infeção. Já Silva (2010) refere que faz parte da abordagem ao doente crítico a realização de procedimentos e terapêuticas invasivas. Contudo, as técnicas de *life saving* instigam uma desagregação nos mecanismos de proteção da vítima, podendo comprometer o controlo de infeção. Por este motivo, o autor indica que

é importante manter um equilíbrio entre os procedimentos assépticos e as técnicas de *life saving*.

Ainda assim, denotei no ambiente da minha prática, que havia um cuidado em prevenir a infeção, quer seja através das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como a desinfeção das mãos, quer seja na colocação de dispositivos invasivos, assim como na separação de resíduos hospitalares. Estes últimos eram usados e acondicionados em recipientes próprios para posterior separação aquando da chegada à base. Atendendo ao contexto pandémico atual, também comprovei que havia uma preocupação acrescida com esta questão e, quer a viatura da EMIR, quer o equipamento da UEA transportado em cada viagem, possuíam Equipamento de Proteção Individual (EPI) para serem usados sempre que necessário e de acordo com nível de cuidados a ser prestado.

A nível hospitalar, no SU, a estrutura do mesmo, a sua sobrelotação de doentes, a ausência de recursos humanos em número suficiente são fatores que contribuem para o aumento do risco de IACS, tal como defende Pina et al. (2010). Por outro lado, a distribuição do EPI e o número de sítios onde é possível realizar a higiene das mãos é limitada, o que não contribuí para a taxa de adesão às PBCI. Devido a isto, sugeri à Enfermeira chefe de equipa a colocação de mais locais com soluções de base alcoólica para que os profissionais possam desinfetar as mãos mais frequentemente. A mesma referiu que isto já foi pedido, mas que ainda aguardavam a colocação dos dispositivos. Também procurei sensibilizar colegas e demais profissionais para a adesão à higienização das mãos, como uma das mais simples e importantes técnicas na redução da IACS. A maioria dos profissionais demonstrou-se receptivo à sugestão dada, o que me permitiu observar uma maior adesão à técnica posterior à minha intervenção.

Ainda assim, considero que, apesar do contexto não ser propício devido a todos os fatores condicionantes já referidos, havia uma preocupação muito grande com os doentes imunodeprimidos. Estes eram geralmente acomodados no isolamento da sala de observação. Quando este espaço já estava ocupado e havia mais um doente que necessitava de isolamento, a sala de observação e os cuidados especiais eram individualizados com recurso a biombos e cortinas, de forma a salvaguardar a distância entre doentes e prevenir a infeção cruzada. Neste contexto, procurei ser um modelo na implementação das PBCI e incentivar os colegas a fazê-lo, uma vez que esta atitude representa inúmeras vantagens para o doente.

Na sala de emergência e fruto da pandemia de Covid-19, criaram-se práticas que se enraizaram positivamente no seio da equipa. Neste momento, a equipa só entra em contacto com o doente após a colocação do equipamento de proteção individual, pois qualquer pessoa

que apareça naquela sala poderá ser um possível infetado de Covid-19. Este tipo de atuação é uma mais-valia para a segurança dos profissionais e consequentemente dos doentes, pois a utilização do EPI promove uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

A nível da UCI, frequentemente estes doentes têm a necessidade de manter dispositivos invasivos de monitorização e terapêutica. Segundo Oliveira et al. (2019), estes são portas de entrada de microrganismos, que, por sua vez, aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver IACS. A maioria destes dispositivos tem um conjunto de feixes de intervenção, que, quando aplicados, ajudam a diminuir a incidência das IACS, tal como referido anteriormente. Um desses feixes é o da PAI. Destaco-o, pois desenvolvi dois trabalhos académicos que considero importantes para o desenvolvimento da competência deste capítulo. Um deles foi uma revisão integrativa sobre “Quais os cuidados de Enfermagem na prevenção da PAI na pessoa em situação crítica?” na unidade curricular de Investigação, e um outro sobre “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Medidas de prevenção das infeções respiratórias”, na unidade curricular de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, que também aborda os cuidados para a prevenção da PAI.

Neste sentido, apresento de uma forma resumida os principais cuidados de Enfermagem para a prevenção da PAI, que aprofundei através da realização dos trabalhos supracitados. Quer seja no âmbito da UCI, quer na SU, assim como na EMIR e na UEA, quando possível, procurei manter a elevação da cabeceira dos doentes a 30.º, monitorizei a pressão do cuff, no sentido de manter a mesma entre 20-30cmH₂O, mantive os circuitos ventilatórios limpos e substituí apenas quando sujos ou disfuncionantes, realizei higiene oral com clorohexidina, aspirei as secreções subglóticas, mudei o sistema de aspiração e realizei a sua correta manutenção e, por fim, procurei reduzir a sedação para um nível adequado à adaptação do doente à ventilação. A aplicação destas medidas traz mais-valias quer para o doente, quer para a instituição de saúde. Ao contribuir para a diminuição do risco de desenvolver PAI, pude reduzir a incidência da mesma, o que resulta numa diminuição dos dias de ventilação, de internamento em UCI/hospitalar, dos custos do internamento e da taxa de mortalidade, tal como defende Coelho et al. (2020).

À semelhança dos outros feixes de intervenção, todas estas intervenções são alvo de auditoria. Como tal, importa referir que na UCI do HCC tive oportunidade de participar na monitorização e avaliação de medidas de prevenção e controlo de infeção, no que diz respeito aos feixes de intervenção do CVC, CV e PAI. Além de ter sido vantajosa a participação em mais uma atividade benéfica para a prática de Enfermagem de qualidade,

pude também ir ao encontro do critério de competência “Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas” (p. 19364) do Regulamento n.º 429/2018.

A nível das resistências aos antimicrobianos, constatei que os profissionais hoje em dia já se encontram mais despertos para esta grave problemática. Julgo ser fruto do trabalho dos grupos de coordenação do PPCIRA e do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos. Quer na minha prática diária na UCIP, quer nos ensinamentos clínicos do SU e da UCI do HCC, havia sempre o cuidado de colher um determinado produto biológico (uroculturas, hemoculturas, entre outros) para exame microbiológico, de forma a iniciar um antibiótico o mais dirigido possível, aquando dos resultados do exame.

Considero que demonstrei e, consequentemente, implementei medidas de prevenção e controlo de infeção, desde o contexto pré-hospitalar até ao intra-hospitalar, passando pelo inter-hospitalar. Esta demonstração decorre da assimilação que fiz do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência aos Antimicrobianos, assim como das comissões de controlo de infeção nas quais desempenhei a minha prática clínica. Através do presente capítulo, torna-se evidente que a infeção é um dos focos de atenção da minha prática enquanto Enfermeiro, na qual maximizei a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a complexidade da situação e necessidade de atuar em tempo útil e de forma adequada.

Em suma, julgo ser evidente que o trilha de atividades desenvolvidas nos vários contextos de prática me permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC. Não obstante, a procura pelo desenvolvimento das mesmas é um caminho a seguir e não um caminho concluído com este relatório de estágio, pelo que procurarei continuar a desenvolver estas competências ao longo do meu percurso profissional, rumo à excelência dos cuidados.

CAPÍTULO III

3.1. Competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica

O presente capítulo prende-se com a demonstração de competências de grau mestre. Estas encontram-se plasmadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. O respetivo documento, no capítulo III, artigo 15.º, indica que o de grau mestre pode ser adquirido no decurso de uma especialidade. Para tal, o estudante de mestrado deve evidenciar: conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo de estudos, demonstrando-os de uma forma aprofundada e fundamentada, para que possa também os aplicar em contextos de investigação; aplicação e compreensão de conhecimentos, assim como resolução de problemas novos ou não familiares, em diferentes contextos alargados e multidisciplinares, que estejam relacionados com a área em estudo; capacidade para integrar conhecimentos, trabalhar questões complexas, desenvolvendo soluções/emitindo juízos em contextos com informação limitada, sem esquecer das implicações éticas que resultem dessas soluções ou juízos; capacidade para transmitir as suas conclusões a especialistas e não especialistas, de forma clara e assertiva; competências de aprendizagem e autoformação, de forma auto-orientado e autónoma.

Considero importante salientar que o percurso académico aqui realizado ocorre com uma base de conhecimentos consistente, nomeadamente com o Curso de Licenciatura em Enfermagem e com o próprio Mestrado em EMC, que me possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos na área do cuidar. Todavia, a minha participação em outros cursos e formações trouxe-me novas oportunidades de aprendizagem e consolidação das mesmas, através da aquisição de conhecimentos, partilha de experiências e desenvolvimento do raciocínio reflexivo rumo à aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC.

Destaco os cursos de Suporte Imediato de Vida, SBV-DAE, o MRMI, a participação nas Jornadas de Enfermagem: Cuidar o Doente Crítico e a participação em *webinars* desenvolvidos pela SPCI sobre transporte do doente crítico, ventilação em cuidados intensivos, morte cerebral e manutenção do dador em morte cerebral, infeção associada aos cuidados de saúde, intervenções de enfermagem e conforto, nutrição no doente crítico, técnicas substituição renal em cuidados intensivos, sépsis, suporte hemodinâmico em cuidados intensivos, ética em cuidados intensivos, sedação, analgesia e bloqueadores neuromusculares em cuidados intensivos, via aérea e paliativos em cuidados intensivos. Todas estas atividades formativas foram fundamentais para construir uma base de conhecimentos para uma prática de cuidados segura, diferenciadora e de excelência.

Para lá deste corpo de conhecimentos, as etapas deste Mestrado tiveram algumas dificuldades, principalmente nas práticas clínicas. Diversas situações foram o mote para realizar diversas pesquisas pela mais recente evidência científica, de forma a fundamentar o meu processo de tomada de decisão no cuidar da PSC e sua família, o que contribuiu para uma prática sustentada na excelência dos cuidados. Um dos ensinamentos clínicos que mais motivou, da minha parte, investigação e busca por evidência científica foi o ensino clínico II – cuidados intensivos. Esta necessidade surge do facto de querer saber o porquê das intervenções que realizo tão frequentemente na área em que desempenho funções diariamente. Além disso, por já ter experiência nesta área, senti uma responsabilidade acrescida, pois os tutores esperavam de mim um conhecimento prévio no cuidado com o doente crítico e que este fosse justificado com evidência científica adequada.

Foi também neste ensino clínico que realizei um estudo de caso. O mesmo permitiu-me realizar uma avaliação da PSC e sua família, destacando quais os focos de atenção/necessidades do meu cliente. Com base na avaliação realizada, formulei diagnósticos de Enfermagem e prescrevi e implementei intervenções sensíveis aos cuidados de Enfermagem, de forma a alcançar os resultados esperados. Todas estas etapas constituem o Processo de Enfermagem, que, segundo Adamey et al. (2020), é uma metodologia científica que consolida a profissão e constitui uma identidade profissional que, através de conhecimentos fundamentados, faz com que os Enfermeiros suportem a sua prática e os seus processos de tomada de decisão.

Por sua vez, este processo de Enfermagem foi apresentado e discutido com os restantes colegas do mestrado e docente orientadora, dando resposta à competência de mestre que pressupõe a capacidade de comunicar as minhas conclusões a especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades. Esta capacidade também pôde ser observada nas passagens de turno nos ensinamentos clínicos, momentos em que necessitei de transmitir informação acerca dos doentes utilizando linguagem clara e assertiva. Também na apresentação de trabalhos esta capacidade esteve em evidência, uma vez que precisei de mobilizar conhecimentos e de os comunicar aos colegas recorrendo a terminologia científica e adequada às conclusões a serem comunicadas. Este processo culminará com a defesa pública deste relatório de estágio que porá em evidência esta capacidade.

Os conhecimentos teóricos adquiridos e aprofundados ao longo do percurso do mestrado, bem como a pesquisa realizada foram imprescindíveis para a realização dos meus ensinamentos clínicos nos distintos contextos, contribuindo para a resolução de problemas nestas situações novas e não familiares, desde o pré-hospitalar, ao hospitalar, passando pelo inter-

hospitalar. Destaco os contextos do pré-hospitalar, através do SEMER, e o inter-hospitalar, através da UEA, pois são áreas de grande complexidade, que possuem uma equipa diferenciada, que trabalha segundo uma grande coordenação. Estas equipas atuam em contextos de grande imprevisibilidade, o que represente uma dificuldade acrescida à resolução de problemas, porém, contribui para a promoção da capacidade e criatividade para os resolver.

Assim, estes ensinamentos clínicos permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos, nomeadamente na abordagem à PSC em ambiente extra-hospitalar, algo que até ao momento, nunca tinha realizado, quer na minha formação base da Licenciatura, quer na minha prática de cuidados diários. Destaco uma situação do estágio da UEA em que era necessário transportar uma vítima de politrauma da Ilha Terceira para a Ilha de São Miguel. Nesta situação, a equipa discutiu acerca de qual seria a forma mais segura e confortável de realizar o transporte, de forma a evitar o agravamento de lesões que não tivessem sido detetadas em ambiente de urgência. Através do diálogo com a equipa multidisciplinar, sugeri que o transporte da vítima fosse feito na maca de vácuo. Apoiei a minha sugestão no manual de técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma que o INEM (2012) desenvolveu, no qual se explica que a maca de vácuo é adequada para transportes com duração superior a 60 minutos e helitransportes, como era o caso deste. Mais acrescento que a lesão encontrada até ao momento foi uma hemorragia intracraniana, mas sem compromisso do estado neurológico. Havia ainda a suspeita de uma fratura da bacia, mas que precisava de mais exames complementares de diagnóstico para confirmação. O INEM (2012) também defende que nas suspeitas de fratura de bacia, a maca de vácuo é um instrumento que pode ser utilizado para realizar o transporte destes doentes até às unidades de saúde mais diferenciadas. Considero que esta sugestão e respetiva análise foi fundamental para a definição da estratégia a seguir e para a resolução do problema com que a equipa se deparou, tendo os colegas sido recetivos à mesma, na procura da resolução deste problema.

Por sua vez, as experiências que tive nestes contextos tão distintos, promoveram a minha capacidade de lidar com questões complexas, para as quais tinha de desenvolver soluções ou emitir juízos em situações em que a informação era escassa, procurando refletir sobre as implicações quer sejam éticas, quer sociais, das soluções delineadas ou dos juízos realizados. Destaco uma situação no estágio do SEMER em que a equipa EMIR foi acionada para uma ocorrência de uma vítima em paragem cardiorrespiratória num supermercado. Aquando da chegada ao local, deparámo-nos com uma vítima do sexo feminino, com aproximadamente 70 anos, em reanimação por parte dos bombeiros. Enquanto avaliávamos

o ritmo cardíaco e nos preparávamos para manobras invasivas, uma pessoa identificou-se como familiar e revelou que a vítima era uma doente oncológica já com metástases, com vários antecedentes pessoais, mas que estava a realizar quimioterapia. Inclusive, este familiar revela que a doente tinha feito análises e uma sessão de quimioterapia no próprio dia. Perante este cenário, deliberámos em equipa multidisciplinar a continuidade das manobras e, pesando os princípios éticos da não maleficência, optámos por transportar a vítima até ao interior da ambulância e terminar lá as manobras de reanimação, atendendo às implicações sociais e à família que ali estava presente.

Por fim, para a competência referente à autoaprendizagem e autoformação, considero que desenvolvi, ao longo do percurso formativo, um conjunto de atividades como a frequência das formações descritas no início do capítulo, trabalhos académicos, planeamentos com os objetivos a alcançar para os ensinos clínicos, através de projetos de auto formação e respetivos relatórios, que me levaram a desenvolver um conjunto de competências, que desencadearão um desenvolvimento autónomo da autoformação e da autoaprendizagem. A própria realização do Curso de Mestrado em EMC, para além do desenvolvimento pessoal e profissional, permitiu-me desenvolver a competência em discussão, o que considero uma mais-valia para o desenvolvimento de qualquer Enfermeiro, na procura da excelência dos cuidados.

CONCLUSÃO

O relatório intitulado “Competências especializadas no cuidar do doente crítico: Do transporte terrestre às evacuações aéreas” é o culminar do percurso formativo realizado durante o 5.º Curso de Mestrado em EMCEPSC na Escola de Enfermagem São José de Cluny. Este processo representou para mim um desafio colossal e exigiu um exaustivo processo de investigação, pesquisa, empenho, investimento, dedicação e trabalho, mas, acima de tudo, representou uma oportunidade de aquisição e desenvolvimento de competências. Assim, findo todo este processo, urge a necessidade de refletir sobre o que este percurso me proporcionou e representou para mim enquanto futuro Enfermeiro Especialista e Mestre EMCEPSC.

A construção do presente relatório sustentou-se na descrição e reflexão de como foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, assim como as competências de Mestre, ao longo dos vários contextos, quer teóricos, quer práticos. Ressalvo, os ensinamentos clínicos, onde desenvolvi as minhas práticas clínicas, por estes serem contextos altamente diferenciados e que me permitiram o desenvolvimento de competências nos vários domínios. O curso de Mestrado proporcionou-me um conjunto de experiências, as quais analisei e refleti criticamente. Através desta análise, constatei que amadureci não só ao nível profissional, mas também pessoal, pelo que evidenciei um conjunto de competências de natureza técnico-científicas, comunicacionais, relacionais, humanas, éticas e de liderança que me permitiram ter uma intervenção holística à PSC e sua família.

Assim sendo, a realização deste Mestrado, quer na sua vertente teórica, quer na sua vertente prática, permitiu-me alcançar uma perspetiva verídica do que é a prática de Enfermagem Especializada no contexto da PSC, ou seja, permitiu-me o desenvolvimento de domínios como: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; e a gestão dos cuidados. Além disso, este mestrado permitiu o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no caso das competências comuns do EE e de domínios como: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, no contexto das competências específicas do EEMCPSC. Recorri, portanto, aos

Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 para a análise das competências comuns e específicas do EE.

Também recorri ao Decreto-lei n.º 65/2018 para evidenciar o perfil de competências de Mestre, uma vez que o conhecimento e as competências adquiridas me permitiram canalizá-las para a resolução de problemas, através de um processo de tomada de decisão, comunicando de forma clara, em contextos alargados e multidisciplinares. Também procurei desenvolver habilidades na aprendizagem contínua, auto-orientada e autónoma, como forma de crescer continuamente na vertente pessoal e profissionalmente, tal como se pretende no 2.º ciclo de estudos.

A realização deste relatório permitiu evidenciar um conjunto de competências comuns e específicas, no âmbito dos cuidados de Enfermagem Especializados, através do relato de um conjunto de atividades desenvolvidas e, através da reflexão e análise crítica das mesmas. Desta forma considero que os objetivos propostos para este relatório foram alcançados com sucesso, uma vez que considero que demonstrei o desenvolvimento de competências na análise crítico-reflexivo das diversas situações da minha área de especialização, assim como no desenvolvimento de competências de Mestre. Por sua vez, o desenvolvimento destes objetivos, contribuem para o desenvolvimento de uma prática de cuidados de Enfermagem de excelência que tem por base a qualidade e a segurança dos cuidados.

Todavia, o percurso realizado não foi isento de dificuldades. Este percurso foi perturbado por uma crise pandémica que influenciou o decurso do Mestrado, tendo sido necessário recorrer à metodologia de aulas *online*. Esta crise também influenciou fortemente a nossa vida pessoal e profissional, o que acabou por afetar a nossa disponibilidade e envolvimento para o desenvolvimento deste curso. A gestão de tempo foi também complexa e exigente, assim como a conciliação da atividade académica com a vida pessoal e profissional. Destaco, ainda, o facto de ter que me deslocar para fora da RAM para realizar os estágios, uma vez que fiquei fora da minha zona de conforto e daqueles que me são mais próximos.

Por outro lado, encontrei alguns fatores facilitadores dos meus resultados de aprendizagem que contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências. O primeiro foi, sem dúvida, o acolhimento que tive por parte da equipa de Enfermagem dos vários contextos dos ensinos clínicos e dos Enfermeiros tutores. Estes facultaram-me várias oportunidades de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de competências especializadas. Outro ponto positivo foi poder contar com a orientação dos docentes, pois

estes orientaram o caminho que estava a percorrer, tanto ao nível do trabalho a desenvolver, como no despertar para a visão do especialista. Também considero que o facto de trabalhar diariamente numa UCI com a PSC foi uma mais-valia no decorrer do Mestrado, pois já tinha vivenciado algumas experiências que contribuíram para a aquisição de competências, tendo tido a oportunidade de partilhar alguns dos meus conhecimentos com os pares.

Concluo este relatório com a certeza de que este processo não se encerra com a discussão pública deste relatório. Acredito, que este é o início de uma etapa em construção, na procura pela excelência dos cuidados de Enfermagem Especializados e na contribuição para uma profissão cada vez mais desenvolvida, sólida, autónoma, reconhecida e valorizada. Considero que este processo foi determinante para a construção da minha identidade profissional, desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista à PSC e competências de Mestre, o que vai ao encontro dos objetivos definidos no início deste Mestrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals [Special issue]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>.
- Adão, R. S. & dos Santos, M. R. (2012). Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(4), 601-608. <http://reme.org.br/artigo/detalhes/567>.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf.
- Alves, F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23701>.
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2016). *Scope and standards of practice for registered nurses in care coordination and transition management*. Author.
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of American psychological association* (7th ed.). Author.
- Association of Critical Care Transport. (2016). *Critical care transport standards*. <https://nasemso.org/wp-content/uploads/ACCT-Standards-Version1-Oct2016.pdf>.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Ahrens, T. & Hooper-kyriakidis, P. (2016). *Novice to Expert Medical-Surgical Nursing*. Prentice Hall.
- Borges, D. R. O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. (Tese para obtenção do grau de mestre. Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professions*. John Hopkins Press.
- Cardoso, E. (2021). *Simulação de alta-fidelidade no transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico: Satisfação e performance dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=114068&codigo=7JLXqMEv.
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. da S. (2019). Death and dying: contributions to a practice based on nursing theoretical frameworks. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>.
- Chamorro, C. (2016). Pain in the ICU: The fifth sign, not the fifth element. *Medicina Intensiva*, 40(8), 461-462. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.08.010>.
- Coelho, D., Demarche, N., Ficagna, F. & Valcarenghi, R. (2020). O impacto da utilização de bundles na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 92(30), 6-20. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.468>.
- Comissão de Reavaliação da rede Nacional de Emergência/Urgência. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência. Ministério da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2005). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf.
- Cordeiro, A. (2020). *A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/37315>.

- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
- Costa e Silva, G., & Fernandes, L. M. (2020). *Atuação do enfermeiro no transporte aeromédico: revisão integrativa* (Trabalho para obtenção de grau de especialista, Centro Universitário Fametro). <http://repositorio.fametro.com.br/jspui/handle/123456789/841>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República I Série**. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 11 jul. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Edições Almedina, S.A.
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República**. II Série. 219 (10/11/2020) 25-29. [Consult. 14 jul. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2020/11/219000000/0002500029.pdf>>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). [Consult. 10 jul. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). [Consult. 20 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>>.
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 21 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>>.
- Despacho n.º 9639/2018. **Diário da República** II Série. 198 (15-10-2018) 27533. [Consult. 26 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/116654166>>.

Despacho nº 3844-A/2016. **Diário da República** II Série. 52 (15/03/2016) 9254. [Consult. 20 mar. 2021]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2016/03/052000001/0000200002.pdf>>.

Despacho Normativo n.º 52/2009. **Jornal Oficial dos Açores** 1.ª série. 120 (28/03/2014) 624. [Consult. 25 mar 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/259333/despacho-normativo-52-2009-de-27-de-julho>>.

Despacho Normativo n.º 6/2014. **Jornal Oficial dos Açores** 1.ª série. 39 (27/07/2009) 2368. [Consult 25 mar 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/316376/despacho-normativo-6-2014-de-28-de-marco>>.

Despacho Normativo Nº 205/1995. **Jornal Oficial dos Açores** 1.ª série. 37 (14/09/1995) 645. [Consult 25 mar 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.tretas.org/dre/124321/despacho-normativo-205-95-de-14-de-setembro>>.

Dias, G. T., Dias, R. D., & Neto, A. S. (2018). Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *European Journal of Emergency Medicine*, 25(1), 71-76. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404>.

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2020). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. <https://estatistica.madeira.gov.pt/>

Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº9/DGCG: A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. 2013. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde - Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um plano de emergência nas unidade de saúde. 2010. Disponível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa.
- Eiding, H., Kongsgaard, U. E., & Braarud, A. C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27, 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>.
- Esteban-Sepúlveda, S., Sesé-Abad, A., Lacueva-Pérez, L., Domingo-Pozo, M., Alonso-Fernandez, S., Aquilue-Ballarín, M., Barcelo-Martinez, A. I., Critobal-Dominguez, E., Bujalance-Hoyos, J., Dossantos-Sanchez, C., Pascual-Pascual, M., Garcia-Arteaga, E., Galisteo-Gimenez, M., Mas-Dalmau, G., Heredia-Reina, M., Roca-Martí, S., Perez-Riart, M., Alnornos-Muñoz, L., Gonzalez-Maria, E. & Fernández-Domínguez, J. C. (2021). Impact of the implementation of best practice guidelines on nurse's evidence-based practice and on nurses' work environment: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 448-460.
<https://doi.org/10.1111/jan.14598>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Infeções associadas aos cuidados de saúde - uma ameaça para a segurança dos doentes na Europa*.
https://antibiotic.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infographic-healthcare-associated-infections-patients-safety_PT.pdf.
- Faria, P. (2010). Perspetivas do direito em segurança do doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 81-88.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/19759/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20V.%20Tematico%20n10a09%20-%20p.81-88.pdf>.
- Farias, M. S., Brito, L. L. M. S., Santos, A. S., Guedes, M. V. C., Silva, L. F., & Chaves, E. M. C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e-1207.
<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190055>.

- Fernandes, I. M. R. (2012). *Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida* (Tese para obtenção do grau de doutor, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7423/1/ulsd064150_td_tese.pdf
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000300014&lng=pt&tlng=pt.
- Frost, E., Kihlgren, A. & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>.
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zafo, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371 - 375. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>.
- Gomes, J. C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos: Encontro de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* (pp. 27-32). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8888/livroresumos3encontroeeemc_site_proteg.pdf
- Guimarães, C. C. V. (2020). Transporte aéreo de pacientes: enfermagem militar na evacuação aeromédica (Dissertação de mestrado, Universidade federal do estado do Rio de Janeiro). <http://hdl.handle.net/unirio/13169>
- Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira. (2021). *Relatório de Contas 2020*. Author.
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de formação em emergência médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma* (2ª ed.). Author.

- Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine. (2019). *Guidance on: the transfer of the critically ill adult*. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf.
- International Council of Nurses. (2022). *Nursing definitions*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- Jesus, É. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://hdl.handle.net/10216/9768>
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(13), 26-44. https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem.
- Kulshrestha, A., & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: recente concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>.
- Kırbaş, O. (2021). Transporte aéreo de pacientes com doenças cardíacas críticas necessitando de cuidados intensivos. *The Anatolian Journal of Cardiology*, 25, 531-533. <https://doi.org/10.5152 / AnatolJCardiol.2021.S112>
- Le Boterf, G. (2018). *Construindo competências coletivas: Cooperar de forma eficaz em empresas, organizações e redes profissionais*. Eyrolles.
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 149. (03-08-2015) 5311-4326. [Consult. 8 jul. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/69927759>>.
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 02 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124417108>>.
- Lima, 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, 4(19), 99-110.
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241011/388258241011.pdf>.
- Lopez, D. D. (2016). Bispectral index monitoring basics. *Nursing made Incredibly Easy*, 14(2), 15-16.
https://www.nursingcenter.com/wkhlp/Handlers/articleContent.pdf?key=pdf_00152258-201603000-00004.
- Lucchini, A., Felppis, C., Elli, S. & Bambi, S. (2019). The burden of not-weighted factors in nursing workload: Can Nursing Activities Score be more suitable than TISS 28 and NEMS?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 82-83.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.002>.
- Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22–26.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins,
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- Morais, J. (2015). Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1452/1/Jorge_Morais.pdf.
- Murray, B., Judge, D., Morris, T. & Opsahl, A. (2019). Interprofessional education: a disaster response simulation activity for military medics, nursing, & paramedic science students. *Nurse Education in Practice*, 39, 67-72.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.004>.
- Nascimento, A. (2020). *Transporte do doente crítico: Uma prática de qualidade*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33796/1/BCTFC127.pdf>.

- National Association of Emergency Medical Technicians. (2020). *Prehospital Trauma Life Suport: Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado* (9ª ed.). Jones & Bartlett Learning.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Chapter 34 Standardised systems of care for intra and inter-hospital transfers*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/34.standardised-systems-of-care-forintra-and-interhospital-transfers-pdf-172397464673>.
- Mendes, N. A., Garcia, A. V., Mendes, K. C. B., & Gonaçlvez, A. S. A. (2021). *A atuação do enfermeiro no transporte aeromédico*. In 2º Congresso aeromédico Brasileiro. <https://doi.org/10.29327/152039.2-15>
- Oliveira, M., Gomes, R., Costa, A., Dázio, E., Lima, R., & Fava, S. (2019). Infections related to Health assistance under the view of nursing in adult intensive care. *Ciência, cuidado e saúde*, 18(4), 2-8. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/en_1695-6141-eg-18-53-215.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros - Parecer Nº 09/2017: transporte da pessoa em situação crítica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgico. 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transporepessoasituacacritica.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros - Parecer Nº 10/2017: diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros - Parecer Nº 14/2018: alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência. 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Author.

World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: Global report on surveillance*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf;jsessionid=37C2B555C841473A907613059B519D5B?sequence=1.

Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 98-106). Lidel.

Peças, D. M. G. B. (2014). *Resumo mínimo de dados de enfermagem para a consulta de otorrinolaringologia* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6819>.

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare Eletronic Journal*, 20(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.

Peres, M. A. A., Aperibense, P. G. G. S., Dios-Aguado, M. M., Gómez-Cantarino, S. & Queirós, J. P. (2021). The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of Knowledge. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>.

Pimenta, C., Pastana, L., Sichieri, K., Gonçalves, M., Gomes, P., Sollha, R., & Souza, W. (2017). *Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Conselho regional de enfermagem de São Paulo*. <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções 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-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>.

Pinho, J. A., Carneiro, H. & Alves, F. (2016). Resultados plano nacional de avaliação da dor. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.

Portaria n.º 87/2015. **Diário da República** I Série. 57 (23/03/2015) 1656-1659. [Consult. 8 jul. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2015/03/05700/0165601659.pdf>>.

PORTUGAL. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Relatório preliminar IPI, Hospital Central Funchal: Estudo de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais agudos na europa 2017*. SRSPC

PORTUGAL. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2021). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números*. SRSPC

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

Regulamento n.º 190/2015. **Diário da República** II Série. 79 (23-04-2015) 10087- 10090. [Consult. 18 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>>.

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243. [Consult. 18 jun. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/67613096>>.

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135. (16-07-2018) 19359-19370. [Consult. 1 de mai de 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>.

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155. [Consult. 24 jun. 2021]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>>.

Regulamento n.º 964/2020. **Diário da República** II Série. 214. (03-11-2020) 115-121. [Consult. 20 de mai de 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/147432245>>.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26. (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 1 de mai de 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>>.

Resolução da Assembleia da República n.º 2/2001. **Diário da República** I Série-A N.º 2 (03/01/2001) 14-36. [Consult. 09 jun. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/128166/resolucao-da-assembleia-da-republica-2-2001-de-13-de-janeiro>.

Ribeiro, A. (2021). *Avaliação do risco de úlcera por pressão no doente crítico: Estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Cubbin- Jackson*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35655/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Ana%20Ribeiro.pdf.

Sá, F. F., Botelho, M. R., & Henriques, M. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-44. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sequeira, P. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Plano estratégico 2017-2019*. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/outras-informacoes-sesaram/documentos/instrumentos-de-gestao/viewdocument/36/36-plano-de-atividades-2019>.

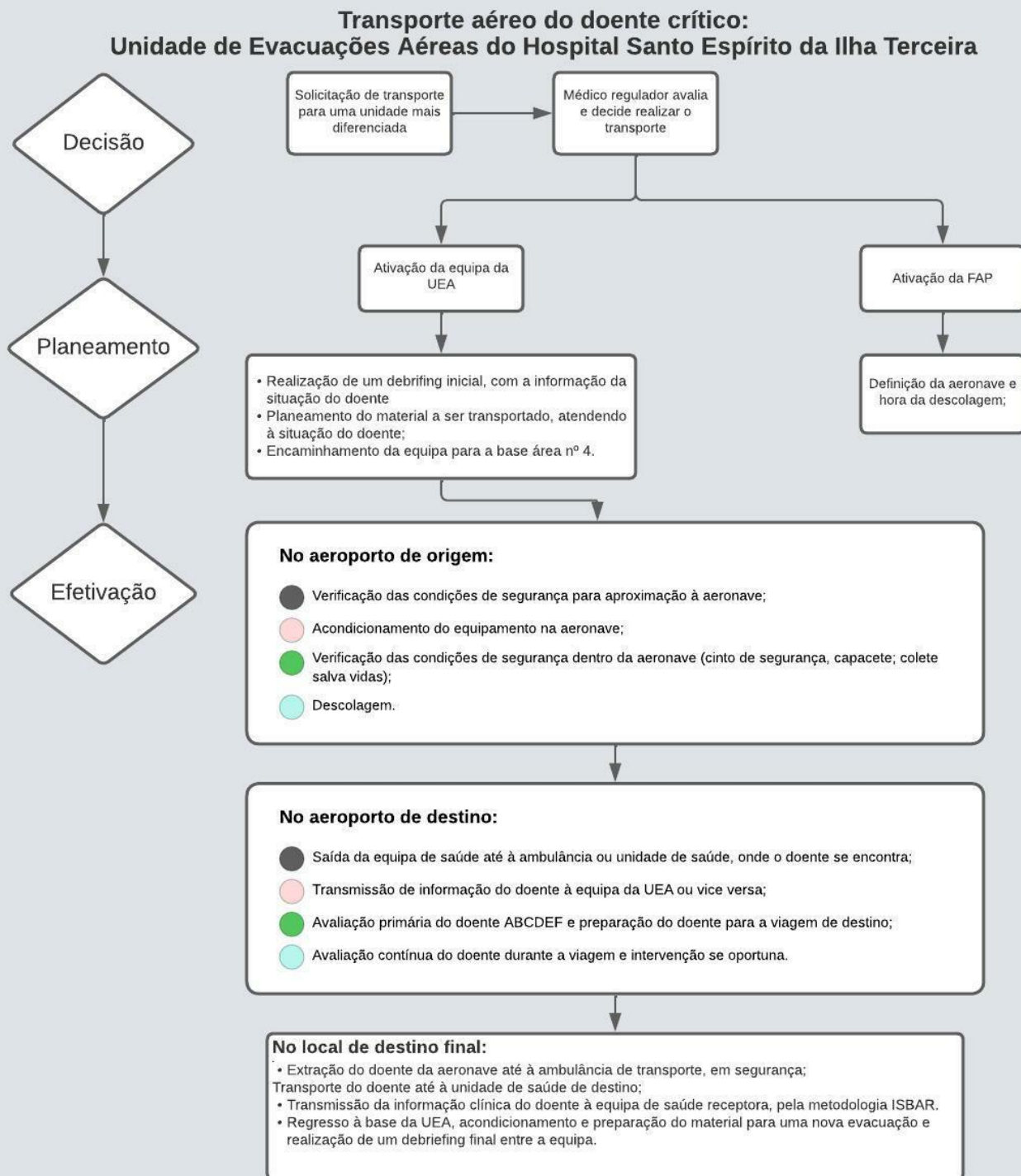
Serviço de Saúde da Região da Autónoma da Madeira. (2008). *Manual do serviço de urgência*. Author.

- Serviço Regional de Proteção Civil. (2020). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM2019_v6_150620_CPublica.pdf.
- Serviço Regional de Proteção Civil. (2022). *Serviço de emergência médica*. <https://www.procivmadeira.pt/pt/emergencia-medica.html>.
- Silva, M. (2020). Impacto da pandemia covid-19 nas atividades diagnóstica e assistencial de emergências médicas. *Life saving*, 16(5), 33-37. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/05/Revista-LIFESAVING-n.16.pdf>.
- Silva, P. (2010). *A vida por segundos...* (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8543/1/Relat%C3%B3rio_Pedro_Silva.pdf.
- Simões, J. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/22672>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S. M. & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto Editora.
- Thompson, I., Kath, M. & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência.
- Whiteley, S., Macartney, I., Mark, J., Barrat, H. & Binks, R. (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult. intensive care society standards*. <https://static1.squarespace.com/static/595276205016e1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e7f8eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>.
- Wilson, E. M. (2018). *Position statement: patient transfers and handoffs*. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/patienthandofftransfer.pdf?sfvrsn=e2c42cb6_18.

Yanagizawa, C., Drott L., Kruland, L., & Schuur, J. (2015). Infection prevention practices in Swedish emergency departments: results from a cross-sectional survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 338-342. https://journals.lww.com/euro-emergencymed/Abstract/2015/10000/Infection_prevention_practices_in_Swedish.8.aspx.

ANEXOS

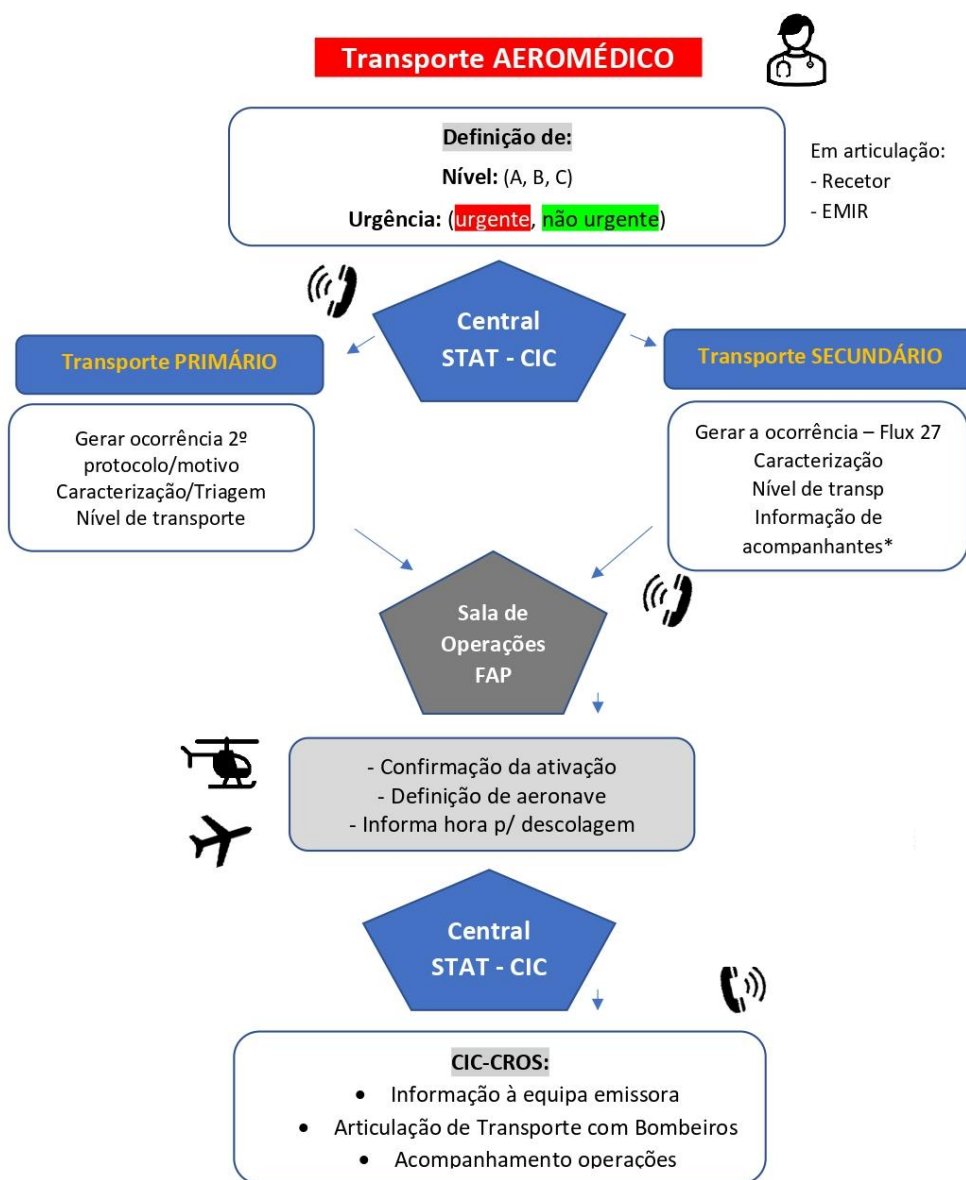
Anexo A – FLUXOGRAMA RESUMO DA ATUAÇÃO DA UEA



ANEXO B – FLUXOGRAMA DO TRANSPORTE AEROMÉDICO DE DOENTES ENTRE A ILHA DA PORTO SANTO E A MADEIRA



PROPOSTA PROCEDIMENTO DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE DOENTES



- Acompanhantes
 - Profissionais (Nome + cc)
 - Familiares conforme legislação em vigor e situações particulares (Nome + cc)

ANEXO C – PROCEDIMENTO INTERNO DO SESARAM DO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO: INTRA E INTER- HOSPITALAR



Serviço de Medicina Intensiva

SMI.PRO.065

PROCEDIMENTO

Versão. 01

1. NOME: Transporte do Doente Crítico: Intra e Inter-Hospitalar

2. ÂMBITO: Médicos, Enfermeiros e Assistentes técnicos

3. RESPONSABILIDADE: Serviço de Medicina Intensiva

4. EVIDÊNCIA:

ES 5 10.01_02; ES 5 10.03_02

Elaborado por: Abel
Viveiros, Leonardo Ribeiro, Pedro
Rodrigues

Enfermeiro Diretor:

Responsável do Serviço:

Diretor Clínico:

Data: 07-12-2020

Conselho de Administração

Data de Revisão: 07-12-2022

Data de Aprovação: _/_/___

5. OBJETIVOS / FINALIDADE

O transporte do doente crítico envolve diversos riscos. Não obstante, a sua realização justifica-se entre serviços ou entre hospitais, por uma necessidade assistencial superior ou realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que não são possíveis no serviço de origem. No SMI/UCIP o doente crítico pode sair do serviço para realização de exames complementares de diagnóstico (CDs) no interior do HNM ou no exterior em instituições públicas ou privadas (ex: clínicas, hospitais da região e do continente). Pretende-se com este procedimento:

- 5.1** Uniformizar os requisitos necessários para o transporte do doente crítico no âmbito intra e inter-hospitalar.

OBS: Os requisitos para transferência e alta do doente do SMI/UCIP para os serviços do HNM, Hospital João de Almada e Hospital dos Marmeleiros estão descritos no PROC 006v.002.

6. REFERÊNCIAS DE SUPORTE

- 6.1** Circular normativa 11 de 21/10/2019 - Proposta de Encaminhamento ou de deslocação de utentes para fora da RAM, para prestação de cuidados de saúde
- 6.2** Regulamento de mobilidade de doentes do Sistema Regional de Saúde da RAM, aprovado pela portaria 5/2014 de 27 de Janeiro
- 6.3** Transportes de Doentes Críticos, Recomendações 2008 da Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos)

7. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

Doente crítico é todo aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

O transporte do doente crítico envolve as seguintes fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. Cabe ao serviço emissor as responsabilidades técnicas e legais durante as duas primeiras fases e à equipa de transporte, assegurar a fase de efetivação.

Em qualquer transporte de um doente crítico deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes ou complicações. Assim sendo, numa primeira etapa deve ser considerado o risco/benefício da tomada de decisão de efetuar o transporte. Numa segunda etapa, deverá ser assegurado um planeamento consciente entre a equipa Médica e de Enfermagem, de aspetos tais como o melhor trajeto, o tempo e o tipo de transporte, a escolha da equipa de acompanhamento, a seleção dos níveis de monitorização, do equipamento e terapêutica a utilizar e a previsão de possíveis complicações.

A efetivação é a terceira etapa do processo, na qual a equipa deverá procurar manter durante o transporte, um nível de cuidado não inferior ao prestado no serviço de origem e estar pronta para uma eventual necessidade de o elevar.

O transporte do doente crítico pode ser dividido em duas vertentes, a do intra-hospitalar e a do inter-hospitalar ou secundária.

7.1 Transporte Intra-hospitalar de Doentes Críticos

Frequentemente, o doente crítico é transportado entre espaços no interior das unidades hospitalares, tais como salas de emergência, unidades de cuidados intensivos, bloco operatório ou imagiologia. O transporte do doente com esta complexidade, apesar de necessário, acarreta um risco acrescido por grande instabilidade do próprio, o que resulta num agravamento do seu estado clínico e origina complicações, que devem ser antecipadas. Para maior segurança do doente e da equipa que efetua o transporte, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008), defendem que existem alguns pontos que o transporte do doente crítico deve acautelar, aquando do desenrolar da fase de planeamento, tais como:

- Comunicação prévia com a área, para onde o doente vai ser transportado, indagando se está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame/terapêutica;
- Preferencialmente, o Médico e o Enfermeiro responsáveis pelo doente, deverão acompanhar o doente durante o transporte. No caso da responsabilidade ser assumida por outra equipa, deverá ser efetuada uma transmissão formal do caso, entre Médicos e entre Enfermeiros, no que diz respeito à situação clínica do doente;
- Determinação do risco de “inoculação” ou “contaminação” por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas. Os doentes com estes riscos devem ficar para o fim de procedimentos programados. Deve notificar-se o serviço de modo que todos os profissionais tenham a proteção adequada à situação clínica em causa;
- A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento, assim como o nível de monitorização deve ser efetuado em função de critérios objetivos;
- O equipamento que acompanha o doente deverá corresponder às necessidades atuais do doente e acautelar as diversas complicações que podem ocorrer, durante o transporte:
 - Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;

- Material de intubação endotraqueal e insuflador manual (com válvula de PEEP);
 - Fonte de oxigénio com capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 min;
 - Ventilador de transporte, com monitorização e parâmetros reguláveis;
 - Fármacos de ressuscitação;
 - Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria;
 - Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitente, de acordo com a prescrição médica.
- Assegurar que em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, a uma distância temporal de quatro minutos.

7.1.1 Documentos para o Transporte Intra-Hospitalar

- Υ Avaliação para o Transporte Intra e Inter-hospitalar (ANEXO 1)
- Υ CheckList para Transporte Intra-hospitalar (ANEXO 2)

7.2 Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos

A principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado.

A decisão de transferência de um doente crítico pressupõe que houve avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte relacionados com múltiplos fatores.

Quer o doente, quer o seu representante legal deverão ser informados desse facto, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e o serviço de destino e, quando praticável, obtendo, desejavelmente, o seu consentimento.

1. A decisão de transportar um doente crítico para fora da RAM é do médico que assiste o doente, com a anuência do diretor de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte.
2. As propostas de deslocação ou encaminhamento de utentes para fora da RAM deverão ser entregues, nos termos da circular normativa 11/2019, no Serviço de Encaminhamento de Doentes com a antecedência mínima de 15 dias relativamente à data em que os cuidados de saúde deverão presumivelmente ser prestados;
3. Sempre que a proposta de deslocação ou encaminhamento não puder

cumprir o prazo fixado no número anterior deverá o facto ser devida e clinicamente justificado pelo médico proponente;

4. Em caso de não serem ainda determináveis as datas presumíveis da prestação dos cuidados de saúde deverão as propostas de deslocação ou encaminhamento ser ainda assim iniciadas/promovidas, seguindo os seus normais termos procedimentares, delas constando o facto de as datas serem ainda desconhecidas, sendo as mesmas comunicadas ao Serviço de Encaminhamento de Doentes logo que determinadas.
5. Após a decisão de transportar, o médico assistente deve entrar em contacto com o serviço de destino, assegurando a disponibilidade de vaga. Deve ponderar o tempo de trajeto e escolher a equipa de transporte.

7.2.1. Documentos para o Transporte Inter-Hospitalar

Avaliação para o Transporte Intra e Inter-hospitalar (ANEXO 1)

Checklist para Transporte Inter-hospitalar (ANEXO 3)

Checklist administrativo para Transporte Inter-hospitalar (ANEXO 4)

7.2.2. Recomendações:

- ➔ Toda a documentação devidamente preenchida deve ser enviada para o Serviço de Encaminhamento de Doentes (SED) através da administrativa do SMI/UCIP (de segunda a sexta, das 9-17h) ou à Secretaria da Urgência (durante o período noturno, fins-de-semana e feriados);
- ➔ Garantir que os documentos originais e CDs são transportados pela equipa que acompanha o doente;
- ➔ Certificar-se que o doente possui cartão de identificação (CC/BI);
- ➔ Pedir alojamento para o/os acompanhante/s (próximo do hospital recetor);
- ➔ Pedir alojamento para os profissionais, se necessário;
- ➔ Pedir transporte para os profissionais e acompanhante do aeroporto para o hospital local e vice-versa;
- ➔ Articular o regresso dos profissionais com a Agência de Viagens;
- ➔ Devolver os talões de embarque dos profissionais ao SED;

8. NORMAS E RESULTADOS

8.1 O procedimento para o transporte do doente crítico está documentado e uniformizado.

ANEXO 1 - Avaliação para o transporte Intra e Inter-hospitalar

A definição do acompanhamento do transporte deverá ser efetuada no serviço de origem, na fase de planeamento.

Via Aérea Artificial	Não	0
	Sim (tubo de Guedel)	1
	Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	2
Frequência Respiratória	FR entre 10 e 14 cpm	0
	FR entre 15 e 35 cpm	1
	Apneia ou FR <10 cpm ou FR > 35 cpm ou respiração irregular	2
Suporte Respiratório	Não	0
	Sim (Oxygenoterapia)	1
	Sim (Ventilação Mecânica)	2
Acessos Venosos	Não	0
	Acesso periférico	1
	Acesso Central em doente instável	2
Avaliação Hemodinâmica	Estável	0
	Moderadamente estável (requer <15ml/min)	1
	Instável (inotrópicos ou sangue)	2
Monitorização do ECG	Não	0
	Sim (desejável)	1
	Sim (em doente instável)	2
Risco de Arritmias	Não	0
	Sim, baixo risco (sem risco de vida ou necessidade de intervenção terapêutica imediata) (e EAM > 48h)	1
	Sim, alto risco (risco de vida ou necessidade de intervenção terapêutica imediata) (e EAM <48h)	2
Pacemaker	Não	0
	Sim, definitivo	1
	Sim provisório (externo o endocavitário)	2
Estado de Consciência	Escala de Glasgow = 15	0
	Escala de Glasgow > 8 e <14	1
	Escala de Glasgow ≤8	2
Suporte Técnico e Farmacológico	Nenhum dos abaixo indicados	0
	Naloxona, Corticosteróides, Manitol a 20%, Analgésicos	1
	Inotrópicos, Vasodilatadores, Antiarrítmicos, Bicarbonatos, Trombolíticos, Anticonvulsivante, Anestésicos gerais, Dreno Torácico	2

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com Oxigénio e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, PNI	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥7 ou < 7 se algum item com pontuação 2	C	Enfermeiro + Médico	SpO2, ECG, FC, TA, Pressão da via aérea e Capnografia se indicado	Monitorização de sinais vitais, ventilador, Material para a via aérea

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos médicos (2008)

ANEXO 2 - CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

ITEM	SIM	NÃO	N/A
Monitor de transporte com alarmes ajustados			
Capacidade da Bala de Oxigénio com autonomia (+ 30 min de reserva)			
Aspiração de secreções TET antes iniciar transporte			
Verificação fixação do Tubo Traqueal e pressão (20-30 cm H ₂ O)			
Ajuste de alarmes do ventilador			
Verificação da estase gástrica			
Fixação correta da sonda nasogástrica			
Fixação correta da algália – esvaziar urina			
Fixação correta dos drenos torácicos; Pinças para clampagem			
Mala de transporte com fármacos de ressuscitação			
Seringas e bombas perfusoras com autonomia			
Fármacos de reserva/ressuscitação			

ANEXO 3 - Checklist para transporte Inter-hospitalar

ITEM	SIM	NÃO	N/A
Via aérea segura confirmada por RX			
Necessidade de substituição de ar por água no cuff			
Autonomia de oxigénio			
Drenos torácicos permeáveis			
Estabilidade hemodinâmica			
Acessos venosos garantidos e permeáveis			
Pressão Arterial Invasiva funcionando			
Inexistência de atividade convulsiva			
Fraturas estabilizadas			
Proteção térmica do doente			
Equipamento com autonomia para transporte			
Identificação das perfusões			
Salvaguarda de fármacos em reserva			
Carta de transferência e exames de diagnóstico			
Mala de transporte inter-hospitalar			
Contacto com unidade recetora antes da saída			
Informação à família			

ANEXO 4 - CHECK LIST ADMINISTRATIVO PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

- Υ Consentimento Livre e Esclarecido para Atos Médicos (Mod. IC – 2905.03);
- Υ Requisição para Assistência Fora da RAM (Mod. ED N.01);
- Υ Termo de responsabilidade (Mod. IC 2101.45);
- Υ Pedido ao Comandante Operacional da Força Aérea a solicitar o avião Marcel DassaulFalcon 50 ou similar;
- Υ Credencial para deslocação da ANAC;
- Υ Termo de Responsabilidade para o Transporte Terrestre;
- Υ Declaração de Transferência de Equipamento (enviar juntamente com a credencial ANAC para o fax:218402398 / 218423587);
- Υ Declaração discriminada do material clínico que acompanha o doente (deverá ser assinada pela equipa que acompanha o doente). Esta declaração será anexada à credencial da Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC).
- Υ Folha de Meios Complementares de Diagnóstico / Atos de Terapêuticos e Consultas - para quando necessário;
- Υ Contacto das entidades envolvidas;
- Υ Folha de Registo de Transporte