



Escola Superior
Saúde Santa Maria

2023

**CUIDADO ESPECIALIZADO E DE MESTRE EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR**

Ana Catarina Moreira Maia



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**CUIDADO ESPECIALIZADO E DE MESTRE EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA EM CONTEXTO EXTRA-
HOSPITALAR**

Ana Catarina Moreira Maia

Setembro de 2023
Porto



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA

CUIDADO ESPECIALIZADO E DE MESTRE EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA EM CONTEXTO EXTRA- HOSPITALAR

Ana Catarina Moreira Maia

Orientador: Professor Mestre Abel Viveiros

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Pessoa em Situação Crítica orientado pelo Professor Mestre Abel Viveiros e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

Setembro de 2023
Porto

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

A concretização deste longo percurso foi alcançada com o apoio, dedicação, disponibilidade e motivação daqueles que me acompanham ao longo da vida e que me cativam a caminhar continuamente para o alcance dos meus objetivos e realização pessoal e profissional. Desta forma, aproveito este momento para agradecer.

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria agradeço pela formação de excelência promovendo o desenvolvimento de uma aprendizagem sólida de conhecimentos e competências.

Aos professores que me acompanharam durante todo o processo pela orientação, mas em particular ao Professor Daniel Cunha, pela disponibilidade e apoio incessante garantindo que caminhava na direção correta, sempre com uma palavra de alento.

Ao Professor Abel Viveiros por toda a orientação, motivação e disponibilidade, direcionando-me para o alcance do sucesso nesta caminhada.

Aos enfermeiros Tutores, à enfermeira Sandra Domingues, à enfermeira Isabel Oliveira e ao enfermeiro Ricardo Marques por toda a orientação e oportunidades de aprendizagem proporcionadas que em muito contribuíram para o enriquecimento deste percurso. Pelos exemplos que demonstraram ser na prestação de cuidados, cativando-me a procurar continuamente o melhor de mim e o melhor nos cuidados de enfermagem que presto.

A todos os contextos da prática clínica por permitirem experienciar os diferentes contextos e às equipas multidisciplinares por tão bem me acolherem nas suas equipas.

Aos meus colegas de mestrado com quem partilhei esta aventura, pelo companheirismo, apoio e partilha de dúvidas, receios, conhecimentos e experiências.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incansável, pelo tempo que não pude despendar para estar com os mesmos, por sempre me cativarem a lutar pelos meus objetivos e me acompanharem no caminho para os atingir em toda a minha vida.

Ao meu namorado Ricardo, por estar sempre ao meu lado e acreditar sempre em mim, enquanto pessoa e profissional, mesmo nos momentos em que vacilo e que não sou capaz de o fazer. Pela paciência nos dias mais difíceis de cansaço e stress. Por ser o meu companheiro de todas as horas e o meu apoio incondicional.

Agradeço por todo o vosso amor e carinho. A todos, muito obrigado! Sou uma pessoa felizarda e concretizada por vos ter comigo.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CCIRA - Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAN - Escala de Avaliação Numérica

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

iTEAMS - INEM Tool for Emergency Alert Medical System

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RT – Rede de Trauma

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

START - Simple Triage And Rapid Treatment

STM - Sistema de Triagem Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

TRTS - Triage Revised Trauma Score

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

VVC - Via Verde Coronária

VVT - Via Verde Trauma

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, emerge o presente Relatório, cuja apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração deste relatório é o culminar das experiências vivenciadas e tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o regulamento nº140/2019 e específicas da Pessoa em Situação Crítica, segundo o regulamento nº 429/2018, bem como as competências de Mestre, previstas no Decreto-Lei 65/2018, em contexto de urgência, cuidados intensivos e extra-hospitalar, com especial atenção à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma e evidenciar o desenvolvimento de competências de análise, reflexão crítica e tomada de decisão fundamentada que qualificam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no ramo da Pessoa em Situação Crítica.

O presente relatório realça a análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas e oportunidades de aprendizagem vividas nos distintos contextos clínicos nos quais procurei mobilizar os diferentes contributos da minha aprendizagem evidenciando o crescimento profissional através da aquisição de conhecimentos, habilidades e competências conducentes à atribuição do grau de Mestre.

Este relatório está organizado em quatro capítulos, sendo que o primeiro expõe o enquadramento da temática escolhida, o segundo apresenta o percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, o terceiro enfatiza o caminho percorrido para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e o quarto ilustra o progresso até às competências de Mestre em Enfermagem. Tem por base uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva do percurso vivido, fundamentada na mais recente evidência científica e nos referenciais da profissão, demonstrando o desenvolvimento das competências supracitadas com vista à excelência do cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Competências, Vítima de Trauma.

ABSTRACT

Within the scope of the master's Course in Medical-Surgical Nursing, in the area of Person in Critical Situation of the Escola Superior de Saúde de Santa Maria, emerges the present Report, whose presentation and public discussion aim to obtain the degree of Masters in nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing.

The elaboration of this report is the culmination of the lived experiences and has as objectives to demonstrate the development of common skills of the Nurse Specialist, according to regulation nº 140/2019 and specific to the Person in Critical Situation, according to regulation nº 429/2018, as well as Master's skills, provided in Decree-Law 65/2018, in the context of urgency, intensive and extra-hospital care, with special attention to the Person in Critical Situation, victim of trauma and highlight the development of analytical skills, critical reflection and reasoned decision-making that qualifies the Specialist Nurse in Nursing Medical-surgical in the branch of Person in Critical Situation.

This report highlights the critical and reflective analysis of the experiences and learning opportunities experienced in different clinical contexts in which I sought to mobilize the different contributions of my learning, highlighting professional growth through the acquisition of knowledge, skills and competences leading to the attribution of a master's degree.

This report is organized into four chapters, the first of which exposes the framework of the chosen theme, the second presents the path developed to the acquisition of common skills of a Specialist Nurse, the third emphasizes the path taken towards the acquisition of specific skills of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing to Person in Critical Situation and the fourth illustrates progress toward Master of Nursing competencies. It is based on a descriptive, analytical and critical-reflective methodology of the journey lived, based on the latest scientific evidence and professional references, demonstrating the development of the aforementioned skills with a view to excellence in care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Person in Critical Situation, Skills, Victim of Trauma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA NO EXTRA-HOSPITALAR.....	21
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO TRAUMA	23
1.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	35
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	45
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	46
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	54
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	61
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	68
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	74
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	75
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	98
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	103
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E AQUISIÇÃO DE MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA...109	109
CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, tem exibido uma crescente evolução na capacidade de responder às necessidades dos cuidados, resultante do desenvolvimento progressivo de conhecimentos e competências dos enfermeiros (Ordem dos enfermeiros (OE), 2022). Os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abarca a globalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Na procura do desenvolvimento e enriquecimento pessoal e profissional, emergiu a necessidade de evoluir e investir na formação, mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, enveredando no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A PSC é definida como aquela que tem a sua vida 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. Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados, prestados de forma contínua para dar resposta às suas necessidades e manter as suas funções básicas de vida, procurando antecipar complicações e minimizar as incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação (Regulamento n.º 429/2018). Assim, compreende-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da PSC é o profissional que detém as competências necessárias para prestar cuidados à PSC nos diferentes contextos da prática profissional, designadamente à PSC vítima de trauma em contexto extra-hospitalar.

O trauma é uma problemática atual, a nível mundial, associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade da população e de situações complexas com múltiplas implicações para a sociedade, a nível clínico, social e económico (*National Association of Emergency Medical Technicians*, 2020). Neste sentido, procurei desenvolver conhecimentos e competências no cuidar especializado e de Mestre em Enfermagem à PSC vítima de trauma em contexto extra-hospitalar e com este relatório pretendo: demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC no ramo da PSC, segundo o previsto nos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 respetivamente; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise, reflexão

crítica e tomada de decisão fundamentada que qualificam o EEEMC no ramo da PSC, com especial atenção à PSC vítima de trauma em contexto extra-hospitalar com vista à aquisição de competências de mestre, previstas no Decreto-Lei 65/2018, através da discussão e apresentação pública do mesmo.

A problemática do trauma em Portugal assume especial destaque porquanto em 2022 foram registados 31 600 acidentes de viação, dos quais resultaram 430 vítimas mortais, 2 260 vítimas com ferimentos graves e 37 006 vítimas com ferimentos ligeiros (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2023). Dado o impacto desta problemática é essencial que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e competências sobre a mesma. Esta é uma área que me cativa pela emergente e complexa necessidade de cuidados, pelas situações extremamente complexas para a pessoa, família e sociedade desde o extra-hospitalar ao intra-hospitalar. Neste âmbito o enfermeiro assume um papel fulcral, sendo-lhe exigido cuidados de enfermagem diferenciados e qualificados motivos pelos quais escolhi como área de opção um contexto que me permitisse desenvolver competências no cuidar da PSC vítima de trauma. De facto, é no extra-hospitalar que a vítima de trauma é socorrida e iniciada a prestação de cuidados de saúde, representando um momento determinante para a sua sobrevivência e gravidade. Face à elevada incidência deste fenómeno e às graves consequências do mesmo, o enfermeiro assume um papel essencial na abordagem, avaliação, estabilização e tratamento em situações desta natureza.

Neste entendimento o presente relatório explanará o percurso vivenciado o qual permitiu o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da PSC ao longo dos ensinamentos clínicos (estágio I no Serviço de Urgência (SU) e o estágio II no Serviço de Medicina Intensiva (SMI)) com especial enfoque no estágio III no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (meio de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A sua elaboração tem por base uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva do processo de aprendizagem, com recurso à evidência científica mais recente e aos referenciais da profissão, destacando o crescimento profissional especializado.

A nível estrutural, este relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização da temática em estudo, o cuidar da PSC vítima de trauma no extra-hospitalar. O segundo capítulo aborda a análise crítico-reflexiva das

competências comuns e específicas do EEEMC, contextualizando com o percurso vivenciado ao longo dos ensinamentos clínicos. Por fim, no terceiro capítulo é explanada a análise das competências de mestre desenvolvidas neste percurso e os seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A norma de referência utilizada foi a norma APA (7ª edição), conforme o guia orientador de formatação de trabalhos da Escola Superior de Saúde Santa Maria.

1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA NO EXTRA-HOSPITALAR

A sociedade atual visa uma atuação baseada num corpo de conhecimentos científicos e em práticas de qualidade alicerçadas na melhor evidência científica, tendo em vista a perícia (Almeida et al., 2020). Os enfermeiros acompanham esta visão através da prestação de cuidados de saúde fundamentados e especializados à pessoa ao longo do seu ciclo vital de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando os mesmos a atingir a máxima capacidade funcional, conforme explanado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96).

A evolução da Enfermagem, através do exercício profissional, da formação e da investigação, tem contribuído para um maior grau de diferenciação dos enfermeiros, contando com um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para o maior reconhecimento e atribuição de novas e mais complexas responsabilidades.

Em resultado dos avanços científicos e tecnológicos e da exigência progressiva dos cuidados de saúde, surge a necessidade constante do desenvolvimento profissional dos enfermeiros contribuindo para a padronização de práticas seguras e a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2022). Esta necessidade de desenvolvimento e atualização de conhecimentos converge com o explanado no artigo 100º do Código Deontológico de Enfermagem, publicado na Lei n.º 156/2015, no qual um dos deveres do enfermeiro consiste em *“Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (p. 8079).

Assim, emergiu a necessidade de continuar a investir na formação e atualização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, enveredando no Mestrado de EMC na área da PSC, dado esta ser uma área que me cativa pelo desafio e exigência que acarreta, contribuindo para o enriquecimento pessoal e desempenho profissional.

A PSC é a pessoa que tem a sua vida ameaçada por falência ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018). Compreende-se assim que a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é complexa e multidimensional dada a instabilidade do seu estado de saúde, exigindo dos enfermeiros a readaptação contínua do plano terapêutico e da decisão clínica (Reis e Rabiais, 2020).

O REPE, presente no Decreto-Lei n.º 161/96 define o EE como “*enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” (p.2960). Esta definição é igualmente partilhada no Regulamento n.º 140/2019.

Dada a complexidade do cuidar da PSC é exigido ao EEEMC o desenvolvimento contínuo de conhecimentos e competências que lhe permita responder às necessidades da PSC e família, para a prestação de cuidados especializados. Visando o desenvolvimento e enriquecimento pessoal e profissional, dentro das demais áreas de interesse centradas nos cuidados à PSC, realço os cuidados à PSC vítima de trauma no extra-hospitalar como área de interesse profissional para aprofundar em busca do desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem nesta área. Neste sentido, a minha área de opção, sobre a qual desenvolvi o meu Projeto de Autoformação é centrada no cuidado especializado à PSC vítima de trauma.

O trauma constitui um desafio para as equipas de saúde e representa um problema de saúde pública a nível mundial devido à elevada morbilidade e mortalidade (Almeida et al., 2020). Esta problemática está associada a situações altamente complexas com múltiplas implicações para a sociedade, motivos pelos quais destaco como área de interesse em aprofundar conhecimentos e competências. Segundo o despacho n.º 2534/2021, as ocorrências de situações de trauma são frequentes no contexto extra-hospitalar, no qual o enfermeiro assume um papel de destaque devendo ser dotado de conhecimentos e competências que lhe permitam proceder a uma abordagem integrada e estruturada, através da implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma.

Face à elevada incidência deste fenómeno no contexto extra-hospitalar e às graves consequências do mesmo, com as quais o enfermeiro se confronta e nas quais assume um papel fundamental na abordagem, avaliação, estabilização e tratamento, considero que esta é uma área de extrema exigência e importância na qual o EE deve desenvolver conhecimentos e competências diferenciadas procurando prestar cuidados de qualidade com base nas necessidades individuais da pessoa vítima de trauma.

Neste percurso de desenvolvimento profissional, perante a possibilidade de escolher uma área de opção sobre a qual me debrucei com afinco no decorrer do Ensino

Clínico (EC) – Opção Clínica, a escolha desta temática, os cuidados à PSC vítima de trauma, prendeu-se com o facto de ser uma área sobre a qual sempre tive bastante interesse a nível pessoal e profissional, por representar situações extremamente complexas para a pessoa, a família e a sociedade na qual o enfermeiro assume um papel fulcral e por considerar que o trauma é uma área muito incidente no contexto extra-hospitalar, sendo por isso este EC o contexto e momento adequado para me focar sobre o mesmo. Além disso, ao longo do percurso académico e profissional não tive oportunidade de experienciar o contexto extra-hospitalar, sendo por isso fora da minha área de conforto e como tal, alvo do meu interesse, optando por focar a área de trauma para desenvolver conhecimentos e competências a fim de prestar cuidados diferenciados à PSC vítima de trauma em contexto extra-hospitalar, evidenciando o papel do EEEMC à PSC nesta área.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO TRAUMA

As alterações socioeconómicas e políticas, o aumento da urbanização e o desenvolvimento automobilístico têm contribuído para o aumento de acidentes de viação que representam a principal causa de trauma e de morte em todo o mundo (Martiniano, 2020). O trauma é a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos de idade, apresentando maior incidência em vítimas do sexo masculino (Instituto Nacional da Estatística, 2022) e é responsável por 5,8 milhões de mortes em todo o mundo (Mota et al., 2021) sendo que por ano morrem cerca de 1,3 milhões de pessoas vítimas de trauma por acidente de viação (Trigo et al., 2022).

O trauma é atualmente um problema de saúde pública importante a nível mundial, sendo também uma problemática em Portugal, com elevada incidência provocando lesões graves e um elevado número de vítimas mortais associado ao aumento da sinistralidade nos últimos anos. Apresenta maior prevalência em vítimas do sexo masculino (70,8%) e na população em idade ativa (71,6%), tendo representado em Portugal, no ano 2021, a segunda etiologia mais frequente de ocorrências no extra-hospitalar, com um total de 188 726 ocorrências (INEM, 2021). Em 2021, foram várias as vítimas de trauma resultantes de acidentes de viação, 2 091 vítimas graves das quais 368 acabaram por falecer. Em 2022, foram registados 31 600 acidentes de viação, dos quais resultaram 430 vítimas

mortais, 2 260 vítimas com ferimentos graves e 37 006 vítimas com ferimentos ligeiros (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2023).

As lesões relacionadas com o trauma têm um impacto social e económico significativo pela elevada morbilidade que acarreta várias sequelas, pois por cada morte, existem dezenas de internamentos, centenas de episódios de urgência e milhares de consultas médicas (Parreira et al., 2017). Estas sequelas geram deficiências e limitações de longa duração que levam a processos de reabilitação prolongados, problemas emocionais e à alteração no desempenho dos papéis sociais, interferindo na qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2018). As perdas humanas e lesões incapacitantes por trauma acarretam um enorme impacto na vida das pessoas e sociedade e elevados custos para os serviços de emergência e cuidados de saúde. Ao longo dos anos tem-se verificado progressos nesta problemática, como alterações nas políticas legislativas, rodoviárias e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, contudo, continua a apresentar uma prevalência preocupante. A *World Health Organization* (2018) destaca a necessidade de melhorar a acessibilidade a cuidados de emergência com qualidade e em tempo útil.

A complexidade dos cuidados à PSC vítima de trauma exige do enfermeiro um julgamento clínico diferenciado e uma tomada de decisão dirigida e especializada. Para tal é essencial o trabalho em equipa, a utilização de uma abordagem sistemática e a formação dos enfermeiros, contribuindo para a otimização dos cuidados à pessoa vítima de trauma e para a redução da sua mortalidade e morbilidade (Almeida et al., 2020). Neste sentido, é recomendado no Despacho nº 10319/2014, que o EEEMC à PSC seja elemento integrante da equipa de enfermagem que presta cuidados à PSC vítima de trauma.

O papel do enfermeiro na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma é fundamental e indispensável, através da sua abordagem desde a prevenção à prestação de cuidados a nível extra-hospitalar, hospitalar e reabilitação, dada a necessidade de cuidados especializados em todo o processo de cuidados (Martiniano, 2020).

Os profissionais de saúde que integram as equipas de emergência extra-hospitalar fornecem respostas de emergência rápidas e de alta qualidade, para as quais são necessários recursos humanos qualificados, diferenciados e treinados para implementar medidas eficazes e eficientes. Entre os vários profissionais de saúde que compõem as equipas de Emergência extra-hospitalar, os enfermeiros são pilares fundamentais nos diversos postos e funções que assumem como membros das equipas (Mota et al., 2021).

No cuidado à vítima de trauma é essencial a função do EEEMC quer na abordagem diferenciada, sequencial e uniformizada quer no processo de tomada de decisão fundamentado em princípios éticos e normas deontológicas, respeitando a pessoa e família enquadrando-se nas competências do EEEMC à PSC (Almeida et al., 2020).

Para assegurar o cuidar especializado, o EEEMC à PSC necessita de ser detentor de competências técnicas, científicas e práticas (Almeida, 2020). Tais competências são adquiridas através da formação diferenciada em trauma, promovendo a melhoria da capacidade de resposta e uma abordagem de qualidade à vítima de trauma através de equipas treinadas, estruturadas e coesas (Ordem dos Médicos, 2009). A formação contínua e o desenvolvimento de tais competências são essenciais, dado que o enfermeiro intervém de forma ativa na prevenção, emergência pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação (Santos et al., 2018). Além de atuar nos diferentes contextos, o enfermeiro deve atuar de forma rápida, articulada e eficaz na avaliação da pessoa de modo a diminuir a gravidade das lesões e a mortalidade (Lovrenčić & Rotim, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, Despacho n.º 5561/2014, na prestação de cuidados de emergência extra-hospitalar, o enfermeiro da ambulância SIV e da VMER presta atendimento pré-hospitalar e apoio diferenciado na prestação de cuidados a vítimas de acidentes ou de doença súbita, devendo o EEEMC à PSC integrar estas equipas.

Face à elevada incidência deste fenómeno no extra-hospitalar e às consequências graves do mesmo, nas quais o enfermeiro assume um papel preponderante na abordagem, avaliação, estabilização e tratamento, esta é uma área de extrema exigência e importância na qual, procurei neste percurso de aprendizagem, enquanto futura enfermeira especialista e mestre, desenvolver conhecimentos e competências especializadas procurando prestar cuidados de qualidade com base nas necessidades individuais da PSC vítima de trauma.

Será evidenciado ao longo deste relatório o meu foco de atenção na PSC, com foque especial na PSC vítima de trauma. Em resultado da vivência de uma situação de trauma, a PSC e família vivenciam um processo de transição saúde/doença. A enfermagem assume um papel importante e transversal na vida de cada pessoa e família, particularmente em situações de transição saúde/doença, pelo que o enfermeiro é o agente primordial nos cuidados à pessoa vítima de trauma (Almeida et al., 2020).

As teorias de enfermagem permitem compreender situações complexas que emergem na prática (Meleis et al., 2000). Um dos modelos conceituais da profissão que

se adequa ao contexto de cuidados à PSC vítima de trauma é o modelo conceitual de Afaf Meleis, a Teoria das Transições, tendo servido como base de orientação para a prestação de cuidados e explicar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Afaf Meleis atribuiu uma importância crescente às mudanças que o indivíduo vivencia ao longo do seu ciclo vital, denominando a vivência dessas mudanças de transições. Segundo a teórica a transição é um processo interno, definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra, em que a mudança se deve a um evento externo. É um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções, em que o processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, embora limitado e a percepção diz respeito ao significado da transição para a pessoa (Meleis, 2010). A transição está relacionada com o processo e resultado de interações complexas entre a pessoa e o ambiente e pode envolver mais do que uma pessoa na situação (Meleis e Trangenstein, 1994). Envolve uma mudança no estado de saúde ou papéis sociais, relações, capacidades ou expectativas, exigindo à pessoa que incorpore novos conhecimentos e altere comportamentos, implicando mudança do seu ser no contexto social (Meleis, 2012).

A Teoria das Transições orienta a prestação de cuidados assente na interação entre o enfermeiro, enquanto pessoa capaz de ajudar, e a PSC e família, enquanto pessoas com necessidade de ajuda. Para a autora é através desta interação que é possível identificar as necessidades da pessoa, formular diagnósticos de enfermagem e planear as respetivas intervenções de enfermagem (Meleis, 2012).

A autora desenvolveu a Teoria das Transições com o intuito de servir como mapa e veículo para compreender, comunicar e interpretar o que a pessoa experiencia quando se depara com mudanças que abalam o seu bem-estar (Meleis, 2019). Assim, a enfermagem é conceptualizada como a arte em facilitar processos de transição saudáveis à pessoa, abrangendo experiências anteriores, com o propósito de promover a saúde e bem-estar da população. A autora vai mais além e defende que a missão de enfermagem assenta em promover uma transição saudável com vista ao aumento dos ganhos em saúde, centrando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção no processo de transição (Meleis, 2010). Deste modo, os enfermeiros são agentes facilitadores das transições, visando resultados saudáveis e a melhoria da qualidade de vida da pessoa (Meleis, 2019).

Associado ao processo de doença aguda, a PSC vítima de trauma experiencia uma dependência e respetivas consequências, como é exemplo a hospitalização, integrando eventos de transição. Além disso, as alterações que emergem desses eventos, o significado que a pessoa atribui ao que está a vivenciar e o seu nível de envolvimento, são aspetos determinantes para a ocorrência de uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

A PSC e família, na qual se insere a vítima de trauma, enfrentam transições de saúde/doença, vivenciam processos de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, inerentes ao episódio de doença aguda, hospitalização, recuperação e adaptação que exigem o desenvolvimento de novos conhecimentos, capacidades e definições de si próprias, modificando comportamentos e hábitos de vida. Assim, é fundamental que nós enfermeiros sejamos agentes facilitadores, preparando a pessoa e família para o processo de transição e ajudando-os no desenvolvimento de competências para a enfrentar, promovendo processos de cuidados que lhes permitam alcançar transições saudáveis.

1.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O trauma é entendido como uma doença que resulta da troca de energia entre o ambiente e o corpo da pessoa provocando lesões nos órgãos e sistemas corporais (Parreira et al., 2017). Segundo Borges & Brasileiro (2018), corresponde a uma lesão cuja intensidade, extensão e gravidade pode variar, dependendo do agente causal (físico, químico, elétrico) e da forma como ocorreu o trauma (intencional ou acidental), pode ser temporária ou permanente e pode originar incapacidades físicas, sistêmicas e/ou mentais, ou mesmo a morte (*American College of Surgeons*, 2018).

O politraumatismo é definido pelo conjunto de múltiplas lesões, envolvendo vários órgãos ou sistemas, podendo ser fatais ou resultantes de incapacidades (Martins et al., 2021), sendo por isso o politraumatizado considerado um doente grave (Borges & Brasileiro, 2018). Resulta de um evento traumático com uma grande libertação de energia, em que as lesões ocorrem quando a energia transferida para o corpo humano é superior à quantidade de energia que os tecidos e órgãos toleram, como situações de atropelamentos, quedas, acidentes de viação, lesões por arma de fogo, entre outras (Santos et al., 2018).

A gravidade do trauma está associada à presença de lesões específicas consideradas graves ou a parâmetros fisiológicos instáveis, relacionados com os

mecanismos de lesão ou conjunto de sintomas que evidenciam um risco potencial de lesão ativa, oculta ou possível descompensação (Ordem dos Médicos, 2009).

A mortalidade por trauma apresenta uma distribuição trimodal, pois ocorre em três picos: o primeiro pico ocorre nos primeiros segundos a minutos após o trauma por lesões fatais (apneia, lesão medular, rutura do coração ou aorta) onde apenas a prevenção tem impacto; o segundo pico ocorre minutos a várias horas após o trauma em resultado de lesões potencialmente fatais (hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, rutura do baço, lacerações do fígado, fraturas pélvicas e/ou lesões com perda significativa de sangue) e o terceiro pico ocorre vários dias a semanas após o trauma resultante de sépsis e/ou disfunção multiorgânica (Mota et al., 2021). No segundo pico é associado o termo *Golden Hour*, que é o período de tempo que exige cuidados de saúde diferenciados rápidos e adequados (*American College of Surgeons*, 2018). Assim, os cuidados de enfermagem à PSC vítima de trauma são fulcrais desde a prevenção aos cuidados a nível extra-hospitalar, hospitalar e reabilitação, dada a necessidade de cuidados especializados em todo o processo de cuidados, no qual o EEEMC à PSC se destaca (Martiniano, 2020).

No extra-hospitalar, perante a vítima de trauma é de extrema importância a análise do incidente e o seu registo, pois remete-nos para possíveis lesões que podem não ser visíveis e poderão passar despercebidas na avaliação inicial. Através da análise e compreensão do mecanismo de lesão, isto é, a direção e quantidade de energia envolvida, é possível entender o estado clínico da pessoa, identificar e prever lesões graves resultantes da força e movimento envolvidos no impacto (Costa et al., 2020). A relação entre o mecanismo de trauma e as lesões internas e externas é clara, pelo que na abordagem à vítima de trauma a análise do mecanismo de trauma é um momento essencial da atenção do EEEMC, permitindo a identificação precoce de possíveis lesões e a realização de uma abordagem mais direcionada, detetando as necessidades atuais e potenciais importantes para a decisão da transferência da vítima em prol da abordagem mais adequada a nível hospitalar, procurando minimizar as sequelas decorrentes do trauma e reduzir as possibilidades de um desfecho fatal (Ameln et al., 2021). Assim, perante a vítima de trauma, procede-se à análise do local e do mecanismo de trauma, isto é, à análise: do tipo de acidente; da aparência do local; da disposição da vítima; no caso de acidente de viação, do veículo envolvido, do impacto, da deformidade do veículo e da velocidade a que circulava, se a vítima tinha cinto de segurança, se houve ativação do

airbag, se tinha capacete e como foi retirado, se a vítima foi projetada e qual o local da projeção; no caso de quedas qual o local de origem da queda, se a vítima já foi mobilizada após o trauma; no caso de trauma por arma/objeto, qual a arma/objeto envolvida, entre outras de acordo com cada situação. Esta análise pode fornecer informações para identificar 90% das lesões da vítima de trauma (*American College of Surgeons*, 2018).

É fulcral o investimento da sociedade na melhoria das condições de prevenção, tratamento e seguimento das consequências do trauma (Despacho n.º 8977/2017). Para tal é importante a sistematização de normas, protocolos, recomendações e *guidelines* que respeitem o estado da arte. A Ordem dos Médicos (2009) publicou as “Normas de Boa Prática em Trauma” onde identifica os princípios gerais de trauma e destaca a importância da atualização da referência de urgência e emergência médica nacional e dos centros de trauma com equipas especializadas na abordagem à vítima de trauma.

Em Trauma existe um conjunto de atitudes que, quando realizadas precocemente, diminuem as complicações, a morbilidade e a mortalidade que lhe estão associadas emergindo o conceito de “Via Verde Trauma” (VVT). A Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2010, publicou a circular normativa nº 07/DQS/DQCO, criando a VVT, informando que a mesma deve ser instituída em todas as unidades de saúde com SU. Esta norma procura a implementação de uma intervenção precoce e de mecanismos organizacionais que permitam uma rápida identificação e tratamento da pessoa vítima de trauma.

Via Verde (VV) é um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de determinado processo patológico frequente, em que a relação entre o tempo para a execução de um conjunto de atitudes clínicas é determinante no resultado terapêutico. A VVT é definida pelo conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde da vítima de *Trauma Major*, em tempo útil. (DGS, 2022). Apesar da recomendação do uso da VVT, segundo o Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), em Portugal, somente 17% das instituições tinham implementavam a VVT. O Ministério da Saúde, no despacho n.º 10319/2014, determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e reitera que a implementação das VV deve ser continuada e intensificada. Acrescenta que as VV devem ser iniciadas no local da ocorrência ou aquando do início de sintomas, para que os sistemas extra-hospitalar e hospitalar garantam a continuidade e integração dos cuidados.

O Despacho nº 8977/2017, realça o trauma e a importância do empenho por parte da sociedade na área da saúde, na melhoria da prevenção, tratamento e seguimento das repercussões do trauma. Para tal é necessário o desenvolvimento e integração de um conjunto de saberes clínicos e técnicos transversais a diversas disciplinas nas quais se destacam a área da emergência, da PSC, da medicina de catástrofe, com implicações médicas e cirúrgicas. A otimização dos cuidados pressupõe a organização multiprofissional e multidisciplinar ao longo da cadeia de socorro inicial e posterior tratamento, a nível pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar.

No sentido de potenciar o uso da VVT, em 2022, a DGS publicou a norma nº 012/2022 “Via Verde de Trauma no Adulto” que sistematiza a organização da Rede de Trauma (RT) e a avaliação e referenciação da vítima de Trauma. Contempla diferentes níveis de intervenção da RT através de distintos patamares de atendimento organizados de modo a garantir acesso a atendimento cirúrgico em menos de 45 minutos, desde o local de ocorrência, entre os quais, se inclui o pré-hospitalar como primeiro patamar de atendimento. Segundo a mesma norma, na resposta pré-hospitalar, a equipa no local da ocorrência, em articulação com o médico do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), deve: realizar a avaliação inicial da vítima e decidir qual o ponto da RT que melhor se adequa ao tratamento; referenciar e transportar de imediato ao ponto da RT com transporte direto para o SU mais adequado, fazendo bypass à rede de referenciação geral; contactar o ponto de destino na RT através do contacto dedicado à VVT.

Segundo a DGS (2022), perante uma situação de trauma no extra-hospitalar, sempre que a triagem inicial realizada pelo CODU seja indicativa de trauma maior procede-se à ativação da equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV) para o local, respeitando os critérios de ativação da equipa de trauma definidos na VVT.

A RT é suportada pela triagem desde o atendimento extra-hospitalar até ao hospitalar. A triagem tem como principal objetivo identificar rapidamente as vítimas de trauma de maior gravidade, promovendo o tratamento adequado e procurando evitar a maioria das mortes por trauma, dado que estas ocorrem antes da chegada ao hospital, nas primeiras 4 horas. A rápida identificação da vítima de trauma grave permite agilizar rapidamente o transporte prioritário para um centro de trauma, onde estão concentrados os meios necessários para o seu tratamento adequado e definitivo (DGS, 2022).

Estudos recentes mostram que a implementação de sistemas de atendimento ao trauma contribuiu para a redução da mortalidade das vítimas que eram admitidas em centro de trauma, quando comparadas com um sistema sem trauma e para a redução dos tempos no pré-hospitalar e internamento. Estes resultados melhoram a qualidade de vida no pós-alta e diminuem o custo de atendimento (Alharbi et al., 2021).

Analisando a perspetiva dos enfermeiros, destaco o estudo desenvolvido em Portugal por Almeida et al. (2020), com o objetivo de explorar a perspetiva dos enfermeiros relativamente à VVT. Neste estudo, os enfermeiros reconhecem a VVT como uma mais-valia, identificam vantagens tanto para as pessoas como na identificação precoce das vítimas críticas e agilização do processo inerente, como para os profissionais, permitindo a prestação de cuidados mais segura e sistematizada. Porém, reconhecem algumas dificuldades como o desconhecimento dos profissionais acerca da VVT e da sua implementação realçando a necessidade de formação e divulgação desta VV. Contudo, consideram que estas limitações não são absolutas na implementação da VVT.

Perante a PSC vítima de trauma é recomendada uma abordagem sistematizada, através de um conjunto de procedimentos desde a identificação precoce, abordagem e tratamento adequado e o correto encaminhamento para as unidades de saúde indicadas que possuam as melhores condições para tratamento definitivo e ajustado às necessidades de cada pessoa. Neste sentido, e de acordo com o despacho n.º 8977/2017 o EEEMC à PSC é considerado o profissional mais adequado para a sua implementação.

A abordagem à vítima e a VVT são componentes da RT, na qual conceitos como “mortalidade trimodal” e “hora de ouro” suportam a sua organização a nível mundial, procurando o modelo de tratamento à vítima de trauma mais adequado, que ainda não é consensual em todo o mundo. Em Portugal, à semelhança de toda a Europa, os sistemas de trauma estão geralmente baseados na presença de médicos e enfermeiros no extra-hospitalar defendendo a abordagem “*stay and play*”, ou seja, a estabilização clínica da pessoa no local antes do transporte para o hospital. Outros países, apesar de valorizarem igualmente os conceitos anteriores, defendem um modelo “*scoop and run*”. Contudo, apesar das diferentes vertentes, ainda não há estudos que comprovem uma vantagem definitiva do nosso sistema adotado a nível do impacto na mortalidade ou morbilidade, pelo que frequentemente é adaptado um modelo misto ““*treat and run*” (DGS, 2022).

Em trauma o tempo é fundamental, o que obriga a uma abordagem rápida, objetiva e coordenada procurando identificar lesões potencialmente fatais e/ou sinais de gravidade e atuar em conformidade através de cuidados dirigidos. Visando sistematizar e padronizar a abordagem inicial e priorizar os cuidados à vítima de trauma, o *American College of Surgeons* criou a mnemónica ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure*) que é a metodologia aceite a nível universal e recomendada pela DGS (2022). Esta metodologia permite avaliar e definir prioridades de forma rápida e eficiente de acordo com os mecanismos de lesão, as lesões identificadas e os sinais vitais. É realizada uma avaliação primária onde se procede à identificação do compromisso das funções vitais e correção das mesmas e uma avaliação secundária mais detalhada e pormenorizada e instituído o respetivo tratamento (*American College of Surgeons*, 2018).

A avaliação primária consiste numa avaliação objetiva e sistematizada que permite identificar se a vítima se encontra em estado crítico e/ou apresenta alguma situação potencialmente fatal e abordar as mesmas consoante a sua prioridade (*American College of Surgeons*, 2018). Esta avaliação deve ser completada nos primeiros 20 minutos após a chegada da equipa, realizando em simultâneo diferentes monitorizações e intervenções e definindo prioridades segundo a avaliação ABCDE que contempla cinco etapas de avaliação: A – Via Aérea e imobilização da coluna cervical; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção neurológica; E – Exposição (DGS, 2022). Esta metodologia permite identificar rapidamente as condições de gravidade e risco de vida e intervir sobre as mesmas. É ainda utilizada em cada fase a metodologia “problema encontrado – problema resolvido”, em que só se procede à fase seguinte quando é assegurada a estabilização da fase anterior (*American College of Surgeons*, 2018).

Após a estabilização inicial, segue-se a avaliação secundária que consiste na avaliação detalhada e inspeção rigorosa de cada segmento corporal permitindo identificar e corrigir o maior número de lesões possível. É realizada no sentido céfalo-caudal: cabeça e pescoço, tórax, abdómen, bacia e períneo, extremidades, dorso e superfícies posteriores, mantendo a privacidade e dignidade da pessoa e o controlo da temperatura corporal. Nesta fase é realizada a reavaliação e monitorização contínua dos sinais vitais, procurando manter também o controlo da dor e ter uma maior atenção na gestão da analgesia, uma vez que a dor pode contribuir para o agravamento da condição de saúde. Se um elemento da equipa estiver disponível, pode proceder à realização da avaliação secundária em

simultâneo com a avaliação primária, desde que não interfira no desempenho da avaliação primária, que é prioritária (INEM, 2012; *American College of Surgeons*, 2018).

Na avaliação secundária é relevante a recolha de informações subjacentes à ocorrência e ao historial clínico da vítima, tendo sido criado pelo INEM a mnemónica CHAMU com o objetivo de facilitar a recolha e a sistematização desta informação. Analisando a mnemónica, C - Circunstâncias do acidente; H - História anterior de doenças e/ou Gravidez; A – Alergias; M – Medicação habitual; U – Última Refeição (INEM, 2012). Após a avaliação primária e secundária da pessoa, é realizada a reavaliação da mesma de forma periódica e sempre que ocorra alguma alteração da sua condição clínica, utilizando a metodologia ABCDE (INEM, 2022).

A transmissão da informação é fundamental, através da comunicação verbal e escrita. Relativamente à informação verbal e documentação deve ser com recurso às mnemónicas AT-MIST (*Age, Time of accident, Mechanism of incident, Injuries suspected, Signs and symptoms, Treatments*), SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) e ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure*), e incluir, pelo menos: dados demográficos (sexo, idade, comorbilidades); dados do acidente (hora do acidente, causa externa, mecanismo de lesão, intenção de lesão); dados clínicos (sinais vitais, traumas suspeitos, tratamentos); dados do transporte (oscilação dos sinais vitais, intercorrências). O transporte para o hospital, de acordo com a orientação do CODU, deve ser um processo dirigido pelo líder da equipa de trauma, que é frequentemente o enfermeiro, devendo ser um processo tranquilo e seguro (DGS, 2022).

Na prestação de cuidados à vítima de trauma no extra-hospitalar, a ativação da VVT e a abordagem à vítima são fulcrais para a eficácia do funcionamento adequado da RT, dado que é neste contexto que nas primeiras horas se verifica o segundo pico da mortalidade, conforme descrito anteriormente. Esta avaliação e tratamento inicial, em que o tempo e qualidade de atuação são fulcrais para a sobrevivência da pessoa, exige profissionais diferenciados e especializados (DGS, 2022). Neste sentido, o EEEMC à PSC é um elemento fundamental nas equipas do extra-hospitalar, nomeadamente SIV e VMER, sendo o profissional mais qualificado para prestar cuidados à PSC vítima de trauma em coordenação contínua com o CODU sendo a entidade responsável por toda a articulação dos intervenientes da RT (Almeida et al., 2020; DGS, 2022).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A evolução da Enfermagem é notória, tanto a nível da complexificação como da dignificação do exercício profissional (Cantante et al., 2020). Enquanto profissão, o seu progresso está evidenciado na capacidade de responder às diversas necessidades de cuidados, exigindo o desenvolvimento crescente de conhecimentos e competências para o exercício profissional do enfermeiro (OE, 2022). Dada a evolução da sociedade, os progressos tecnológicos e científicos e, consequente, necessidade de cuidados de saúde cada vez mais exigentes e complexos são necessários profissionais de enfermagem qualificados, diferenciados e competentes (Cantante et al., 2020).

A OE (2003) descreve competência como a capacidade do enfermeiro de praticar cuidados seguros e eficazes, exercendo a sua responsabilidade profissional. Acrescenta que competência é *“saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogéneos para realizar atividade”* (OE, 2011, p.6).

Já em 1984 Benner afirmava que a competência do enfermeiro é definida pela capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob variadas condições no mundo real (Benner, 2005). O desenvolvimento de competências é um processo exigente, pois requer que o profissional seja capaz de desenvolver intervenções técnicas alicerçadas num conjunto de conhecimentos e na capacidade de recolher e analisar a informação e tomar decisões (Amaral e Figueiredo, 2021).

A aquisição e desenvolvimento de competências é sustentada na formação e nas experiências vivenciadas (Benner, 2005). A competência de enfermagem não é inata, mas desenvolvida através de um processo complexo para o qual contribuem o ambiente e as motivações internas. Compreende o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e comportamentos integrados e dirigidos para o cuidado holístico, bem como o desenvolvimento de julgamento clínico, valores profissionais, liderança e relacionamento interpessoal eficaz (Reyes & Álvarez, 2022).

A OE, no Parecer n.º 10/2017, refere que a competência é um conjunto de saberes associados à formação inicial e à experiência adquirida ao longo do tempo que sobressai

em situações específicas de trabalho resultante da capacidade em mobilizar e combinar conhecimentos, habilidades e recursos externos, devidamente aplicados a uma situação.

Patrícia Benner desenvolveu uma das abordagens teóricas do desenvolvimento profissional, através da sua obra “De iniciado a Perito”. Segundo Benner (2005) a aquisição de competências é alcançada através da aprendizagem clínica articulada com o conhecimento inerente à prática de enfermagem, pelo que é necessário um processo de desenvolvimento profissional contínuo. A teórica de enfermagem adaptou o modelo de Dreyfus para a aquisição de competências em enfermagem, tendo desenvolvido o Modelo de Aquisição de Competências onde descreve as características e comportamentos em cinco níveis de desenvolvimento de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Benner (2005) destaca neste modelo que é através da experiência que o enfermeiro aprende a identificar em cada situação aquilo que é relevante, interpretar o seu significado, identificar as necessidades e intervir sobre as mesmas de forma assertiva, realçando que as competências para a prestação de cuidados de excelência emergem com a perícia profissional. Este processo de desenvolvimento de competências é progressivo, dinâmico e aperfeiçoado com o tempo e experiência, dado que em cada nível de desenvolvimento de competências, o enfermeiro reconhece e intervém de forma distinta às situações, em resultado da sua formação e experiência.

Analisando os níveis de competência, segundo o modelo de Benner organizado por estadios, no estadio um – iniciado, o enfermeiro não apresenta experiência profissional das situações com que é confrontado na prática, apresentando apenas competências que resultam da sua formação enquanto estudante, pelo que a sua atuação consiste em cumprir as normas e protocolos, não estabelecendo prioridades nem particularizando a sua intervenção. No estadio dois - iniciado avançado, o enfermeiro já apresenta alguma experiência anterior, tendo experienciado situações reais, sendo capaz de identificar fatores que se repetem, pelo que possui uma intervenção aceitável por base na repetição. Contudo, apresenta dificuldade em avaliar a situação numa perspetiva mais alargada e no estabelecimento de prioridades. No estadio três – competente, é o enfermeiro que exerce funções por uma duração de pelo menos dois a três anos, desenvolvendo uma intervenção de acordo com objetivos e metas que pretende atingir no futuro. Este profissional realiza um planeamento consciente das suas intervenções e determina algumas prioridades. No entanto, a velocidade e capacidade de tomada de

decisão e ação que certas situações exigem ainda requerem um maior desenvolvimento. No estadio quatro – proeficiente, o enfermeiro tem uma visão global das situações, é capaz de as reconhecer no seu todo e de identificar os acontecimentos típicos a ocorrer em determinada situação, através de um método indutivo, o que lhe permite desenvolver o processo de tomada de decisão, antecipando focos de instabilidade que são previsíveis de ocorrer. Todavia, perante uma situação menos frequente e complexa não é capaz de descrever ou esclarecer aspetos de maior complexidade. No quinto estadio - perito, o enfermeiro possui uma vasta experiência e uma capacidade de resposta rápida e eficaz compreendendo de forma intuitiva cada situação de modo global. Este profissional não se rege por protocolos, focaliza-se no problema predominante e na individualidade de cada situação. Apresenta elevada flexibilidade e adaptabilidade sendo capaz de visualizar todos os cenários possíveis devido às experiências anteriores, identifica as necessidades e implementa intervenções assertivas. É um profissional facilmente reconhecido pela equipa multidisciplinar, pela sua postura e forma de agir perante situações complexas.

Podemos constatar que a aquisição de competências é um processo evolutivo que requer a capacidade de agir eficazmente segundo a situação exposta e os conhecimentos da área, sendo que este resulta da formação, experiência clínica, autonomia e pesquisa científica. A tentativa incessante de adquirir saber em enfermagem, implica investimento pessoal e requer experiência, só assim podemos alcançar qualidade nos cuidados e o reconhecimento por parte dos órgãos organizacionais e sociais (Cunha, 2017).

Dado que a formação e o desenvolvimento profissional em enfermagem são norteados pela aquisição e desenvolvimento de competências, a OE desenvolveu regulamentos que identificam o conjunto de competências para cada área da profissão de Enfermagem. No âmbito do Mestrado em EMC na área da PSC, importa destacar o regulamento n.º 140/2019 alusivo às Competências Comuns do EE e o regulamento n.º 429/2018 referente às Competências Específicas do EEEMC.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 as Competências Comuns são *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (p.4745). No mesmo regulamento as competências Comuns do EE são agrupadas em

quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Além das competências comuns, segundo o regulamento supracitado, o EE tem de ser detentor de um conjunto de competências específicas, sendo estas demonstradas através de um elevado grau de capacidade em adequar os cuidados às necessidades das pessoas decorrentes das suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade.

O percurso de desenvolvimento de competências alvo de análise neste relatório refere-se à área de especialização em EMC no ramo da PSC. Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com funções vitais em risco, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e delimitando incapacidades, procurando a sua recuperação total. Estes cuidados exigem uma observação, colheita e procura contínua, sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer a situação da pessoa e família, de prever e identificar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, o EEEMC na área da PSC deve ser detentor das seguintes competências específicas: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de 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.

Compreende-se então que para o desenvolvimento profissional, é imperativo a aquisição de competências, por sua vez, o desenvolvimento de competências assenta num processo de aprendizagem que envolve o desenvolver de conhecimentos teóricos bem como experiência prática em contexto real. Assim, neste percurso de especialização enquadrado no Mestrado em EMC na área da PSC, emerge o compromisso de desenvolvimento de competências comuns do EE, de competências específicas do EEEMC na vertente da PSC e de competências inerentes ao grau de Mestre. Neste sentido, desenvolvi as práticas clínicas em três contextos distintos, orientados pelo Plano

de Estudos do Curso de Mestrado em EMC da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, nomeadamente, num SU Polivalente, num SMI e no contexto extra-hospitalar.

O EC I – Urgência Polivalente, permitiu desenvolver e adquirir um conjunto de competências específicas do EEEMC na área da PSC, resultantes das experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em contexto de urgência e emergência.

O SU é um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional que objetiva a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médicas (Despacho nº 11/2002). O SU exige aos enfermeiros um vasto conjunto de conhecimentos e competências devido à variedade de necessidades das pessoas que a este recorrem, obrigando à constante atualização e adequação às novas tecnologias e sistemas de informação. Assim, a formação contínua, o expandir de conhecimento e de competências é essencial para a qualidade e segurança dos cuidados (Mendonça, 2021).

Segundo o Despacho nº 10319/2014, onde são definidos os três níveis de resposta dos SU consoante a sua capacidade de recursos e resposta, o SU onde desenvolvi a minha prática clínica é considerado um Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC), pelo seu nível de diferenciação e capacidade de resposta às situações de urgência e emergência, apresentando funcionamento permanente 24h por dia, das valências médicas obrigatórias. Assim, constitui o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, prestando apoio diferenciado à rede de SU básico e referenciando para o SU Polivalente e dispõe de VMER em gestão integrada no Departamento de Emergência e Medicina Intensiva.

A triagem é realizada com recurso ao Sistema de Triagem Manchester (STM), atribuindo a prioridade de atendimento à pessoa e o seu respetivo encaminhamento, conforme é preconizado na norma Nº 002/2018 da DGS. De acordo com a triagem, o enfermeiro pode identificar a necessidade da ativação das VV e a realização de exames complementares de diagnóstico, solicitando os mesmos o mais breve possível, como a realização de eletrocardiograma. Sempre que surge alteração do estado clínico do doente, o enfermeiro realiza a retriagem do mesmo, atualizando a sua prioridade.

De acordo com a DGS, norma Nº 002/2018, o SU deve ter implementado as normas da DGS sobre VV de AVC, VV de Sépsis no Adulto, Via Verde Coronária (VVC) e VV de Trauma. O SU da instituição onde realizei a prática clínica tem protocoladas

estas VV, à exceção da VV de Sépsis e da VV de Trauma, segundo critérios pré-definidos na instituição.

A Sala de Emergência (SE) localiza-se junto aos postos de triagem possibilitando a entrada imediata na SE. Tem capacidade funcional para dois doentes e caso necessário, tem recursos para um terceiro doente. É assegurada por dois enfermeiros, o enfermeiro responsável pela SE e o enfermeiro de apoio que são responsáveis por gerir a SE, prestar cuidados à pessoa em situação emergente, apoiar a família e acompanhar no transporte intra e extra-hospitalar.

Segundo as Recomendações Técnicas para os SU publicadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (2015) a SE, está indicada para o apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico, com condições para SAV. Dada a complexidade e instabilidade dos doentes admitidos na SE é necessário que o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados seja dotado de formação especializada e diferenciada, pelo que verifiquei que o enfermeiro responsável pela SE é sempre que possível um EE.

A gestão das salas de prestação de cuidados é realizada consoante a necessidade da vigilância e monitorização. A ST é destinada à administração de terapêutica, colheitas e monitorizações. A ST1 é destinada a doentes que necessitam de oxigenoterapia. A ST2 é destinada a doentes com necessidade de vigilância e terapêutica por um período de tempo que se prevê ser curto, embora não determinado, até à sua estabilização. A sala de observação é destinada a doentes que necessitam de monitorização contínua, devendo ser uma permanência inferior a 24h, contudo, este período por vezes é prolongado.

Resultante da pandemia covid19, o SU foi alvo de mudanças constantes de acordo com a evolução da pandemia. Atualmente, a triagem é realizada a todos os doentes no mesmo local de triagem. No caso, de sintomas respiratórios sugestivos de infeção por covid19, indicados nas orientações da DGS, os mesmos são encaminhados para a área 2, destinada a doentes suspeitos/confirmados com infeção por covid19, onde realizam o rastreio. Caso o rastreio seja negativo, regressam novamente à área médica prévia.

De modo a prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade este SU é dotado de uma equipa multidisciplinar. A equipa de enfermagem integra 90 enfermeiros, um enfermeiro responsável, duas enfermeiras de referência e os restantes enfermeiros encontram-se agrupados em cinco equipas para assegurar uma distribuição homogénea dos elementos por turno. Destes enfermeiros, quinze são especialistas em EMC, três em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, quatro em Enfermagem de reabilitação e dois em Enfermagem Comunitária. Os restantes são enfermeiros generalistas, dos quais vários se encontram a desenvolver especialização e mestrado em enfermagem.

O número de enfermeiros necessário para assegurar o funcionamento de um SUMC é difícil de ser definido, pois varia de acordo com fatores como a afluência e complexidade de doentes, a casuística e tipo de assistência. Dada a exigência dos cuidados no SU, é essencial uma equipa coesa e diferenciada, pelo que é enumerado, no Despacho 10319/2014, o conjunto de requisitos formativos referentes ao enfermeiro que exerce funções no SU, como formação obrigatória em SAV, além de exigir que pelo menos 50% dos enfermeiros devem ter formação específica exigida ao EEEMC à PSC (Regulamento nº 743/2019). A equipa deste SU num total de 90 enfermeiros, 24 são especialistas na área de Enfermagem, mas destes apenas 15 são especialistas em EMC, pelo que não cumprem os 50% recomendados, contudo a equipa demonstra investimento na formação, pois como já mencionado, vários elementos se encontram em processos de formação.

No contexto de CI foram realizadas duas Unidades Curriculares: o EC II – CI Polivalente e o Módulo 1 – ECIII – CI igualmente unidade Polivalente. Ambos os EC permitiram desenvolver e adquirir um conjunto de competências específicas do EEEMC na área da PSC, resultantes das experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em contexto de CI.

A enfermagem em UCI representa uma das áreas fundamentais da Enfermagem, caracterizada por ser uma área complexa e exigente que presta cuidados à PSC, exigindo um vasto conjunto de saberes e competências, constituindo assim um constante desafio para o enfermeiro que exerce funções no SMI, onde se destaca o EEEMC (Pinho, 2020).

De acordo com as definições atribuídas a cada nível de diferenciação, o SMI da instituição é um SMI de Nível II/III (Regulamento nº 743/2019). É um serviço autónomo com regulamento próprio que admite doentes de várias especialidades médico-cirúrgicas, sendo os doentes provenientes de diversas áreas: do SU, bloco operatório, serviço de Cuidados Intermédios Polivalente, serviços de internamento ou transferências inter-hospitalares, sempre que a pessoa apresente uma situação clínica grave e necessite de maior vigilância hemodinâmica e estabilidade das suas funções vitais.

Fisicamente o SMI localiza-se no piso – 1, junto ao SU e é composto por duas unidades fisicamente distintas, mas que partilham a mesma equipa de profissionais e áreas

em comum. Uma das unidades é composta por dez camas, organizada em sistema misto, sendo destinada a doentes do foro médico e cirúrgico, das quais cinco são quartos de isolamento em regime fechado e as outras cinco encontram-se em regime aberto. A segunda unidade é constituída por onze quartos de isolamento com pressão negativa.

Este SMI é dotado de uma equipa multidisciplinar e diferenciada em regime contínuo. Analisando a equipa de enfermagem, a mesma é constituída por 57 enfermeiros, dos quais uma enfermeira chefe, um enfermeiro de referência e os restantes enfermeiros encontram-se agrupados em cinco equipas de forma a assegurar uma distribuição homogénea dos elementos por turno. Destes enfermeiros, catorze são especialistas em EMC, dois são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cinco são especialistas em Enfermagem de reabilitação e os restantes são enfermeiros generalistas, dos quais alguns se encontram a desenvolver especialização e mestrado em enfermagem.

O número de enfermeiros necessário e desejável para assegurar um SMI de acordo com o número de camas é difícil de ser definido de forma padronizada, uma vez que irá variar de acordo com vários fatores, como as características do SMI, o tipo de assistência prestada e a complexidade dos doentes. Segundo o Regulamento nº 743/2019 na prestação de cuidados de enfermagem em SMI de nível II é recomendado o rácio de um enfermeiro para dois doentes e em SMI de nível III é recomendado o rácio de um enfermeiro para um doente. Verifiquei que esta recomendação é cumprida no SMI, dado que a distribuição de doentes por enfermeiro é realizada consoante o número de pessoas internadas e a sua gravidade, sendo distribuído um ou dois doentes por cada enfermeiro. Em cada turno um enfermeiro é o responsável de turno e assume a equipa de emergência interna.

Realço ainda que o SMI tem em atenção os cuidados pós-internamento no SMI, com o intuito de prevenir ou diminuir o Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos, realizando durante o internamento a monitorização e tratamento deste síndrome e, três meses após a alta hospitalar, é realizada a consulta de *Follow Up*, onde se avaliam as sequelas e a qualidade de vida da pessoa e familiar.

Por fim, o EC Módulo II – Estágio com relatório, realizado no extra-hospitalar, numa ambulância de SIV e numa VMER permitiu desenvolver e adquirir um conjunto de competências específicas do EEEMC na área da PSC, resultantes das experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em contexto extra-hospitalar. De realçar que o local de

estágio é elegido de acordo com a preferência do estudante, centrando a minha escolha no contexto extra-hospitalar. A escolha deste contexto prendeu-se com a elevada incidência de ocorrências associadas a vítimas de trauma em estado crítico no extra-hospitalar, no qual é extremamente importante a prestação de cuidados de enfermagem especializados e direcionados para as necessidades específicas da PSC, no qual o EEEMC na área da PSC, se destaca pelas suas competências.

No território de Portugal Continental, o INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento de um SIEM, de modo a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a célere e adequada prestação de cuidados (INEM, 2019). O INEM assume como principais funções, a prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (INEM, 2019). O SIEM é constituído por um conjunto de entidades que cooperam entre si através de ações coordenadas, no âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, permitindo uma atuação rápida e eficaz bem como a economia de meios em situações de emergência médica (INEM, 2013).

A ambulância de SIV destina-se a garantir cuidados de saúde diferenciados no extra-hospitalar e integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (Despacho n.º 5561/2014). O enfermeiro atua de acordo com protocolos terapêuticos e de intervenção definidos pelo INEM, onde são definidas as ações a realizar pelas equipas SIV, havendo também referência às situações em que é necessário o contacto direto com o médico responsável do CODU, para proceder à validação por comunicação oral ou telemedicina (INEM, 2017). O enfermeiro da equipa SIV assume a função de *team leader* do seu meio, e ainda em várias circunstâncias, de outros meios de socorro, como é exemplo as tripulações de bombeiros (Mota et al., 2021).

A equipa de enfermagem da ambulância de SIV onde realizei o EC é constituída por onze enfermeiros, dos quais três são elementos do INEM que assumem a tempo inteiro a ambulância SIV e oito são enfermeiros do SU que integram a escala deste meio.

Após a triagem das chamadas de emergência médica no CODU os operacionais procedem ao estabelecimento de prioridades e, de seguida, ativam os meios adequados a cada ocorrência. Quando é ativada a equipa de SIV, a mesma recebe um alerta através de mensagem por telemóvel e em suporte informático, através da aplicação *iTEAMS (INEM Tool for Emergency Alert Medical System)* que é uma ferramenta de registo clínico, onde

surge os dados do evento: localização, tipo de vítima, descrição da ocorrência e sintomatologia. Após a ativação do meio, a equipa de SIV responde ao CODU informando que recebeu os dados da ativação e desloca-se para o local da ocorrência.

Durante o EC, percecionei que a equipa de ambulância SIV atua em articulação constante entre os dois elementos da equipa e com o CODU através da transmissão ou validação de informações e com os restantes meios do SIEM consoante as necessidades. Através da colaboração nas ocorrências, percecionei de imediato que esta dinâmica entre os vários profissionais é essencial para a prestação de cuidados adequados a cada situação.

O regulamento n.º 743/2019 recomenda que os meios de emergência extra-hospitalar devem integrar um enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar. O Despacho n.º 5561/2014, para a aquisição de competência em emergência médica, exige aos profissionais das equipas SIV a formação específica em emergência médica ministrada no INEM. O enfermeiro que integra a ambulância SIV, além da formação de base e experiência de preferência na área da PSC, realiza o programa de formação específico do INEM, composto por vários módulos: SAV, emergências médicas, emergências de trauma; emergências pediátricas e obstétricas, transporte da PSC, situações de exceção, e estágios em CODU, SIV e VMER (INEM, 2014).

Relativamente à VMER, este meio integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, ambos com formação em emergência médica e SAV ministrada pelo INEM e foi concebida para o transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Esta viatura dispõe de equipamento de SAV e tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento por médico e enfermeiro durante o transporte da PSC e atuam na dependência direta do CODU (Despacho n.º 5561/2014; OE, 2021). O enfermeiro é o elemento da VMER responsável pela condução da viatura após aprovação no curso de condução defensiva de VMER (INEM, 2020).

Atualmente, a formação dos enfermeiros e médicos que integram a equipa de VMER é a mesma e é ministrada pelo INEM, sendo composta pelos seguintes conteúdos programáticos: SAV; emergências médicas; trauma; emergências pediátricas e obstétricas e transporte de doente crítico e situações de exceção (INEM, 2019).

A VMER onde realizei a prática clínica abrange uma vasta área geográfica prestando serviço a cerca de 316 mil habitantes. Rapidamente compreendi que é fundamental o trabalho em equipa e a comunicação entre o enfermeiro e o médico que

integra o meio. Para tal, considero que o facto de a formação do curso de VMER ser a mesma para o enfermeiro e o médico é um fator que promove a sintonia entre os profissionais durante as ocorrências, realizando uma abordagem e avaliação da vítima coordenada, trabalhando em equipa, formulando hipóteses e tomadas de decisão em conjunto. Verifiquei que esta articulação e partilha de informações e intervenções de forma sincronizada permite uma abordagem sistemática, célere e objetiva.

Centrando a atenção na atuação do enfermeiro, verifiquei que a sua intervenção e metodologia de trabalho é sustentada nas orientações em vigor nos protocolos estabelecidos pelo INEM no caso da SIV e de acordo com as formações realizadas pelo INEM no caso da VMER. Neste sentido, percecionei que é essencial o conhecimento e domínio dos protocolos e das temáticas lecionadas durante as formações de curso de SIV e VMER, mas também a capacidade de os ajustar e adaptar a cada situação em específico.

A OE, no Parecer nº 05/2021, tendo em conta as competências específicas do EEEMC na área da PSC, considera esta a área de especialidade preferencial para o exercício profissional no extra-hospitalar. No EC, compreendi que o extra-hospitalar, indo ao encontro da minha expectativa inicial, é um contexto com uma elevada incidência de situações críticas e, portanto, de prestação de cuidados à PSC. Assim, é notório que o EEEMC à PSC é o profissional com competências especializadas adequadas ao exercício profissional no extra-hospitalar, especificamente na ambulância SIV e na VMER.

Os contextos em que desenvolvi os EC revelaram-se uma mais valia para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências contribuindo para o crescimento pessoal e profissional. Neste capítulo será explanado o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC, na vertente da PSC, nos diferentes contextos da prática clínica, através da análise crítica e reflexiva de todo o percurso vivenciado, tendo por base a evidência atual e relacionando com os conhecimentos teóricos e competências desenvolvidas durante o percurso formativo.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No Regulamento n.º 140/2019 a OE define o perfil de competências comuns do EE de forma a prover um enquadramento regulador para a certificação das competências, assegurando que este profissional seja detentor de conhecimentos, habilidades e

capacidades que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem especializados. Essas competências estão organizadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Cada domínio de competência, abrange um conjunto de competências, sendo estas subdivididas em unidades de competência e critérios de avaliação, sendo estes últimos o conjunto de condutas entendidas como evidência do desempenho profissional competente, demonstrando o alcance da competência.

Neste subcapítulo será apresentado individualmente cada domínio das competências comuns do EE e a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento e aquisição das mesmas nos diferentes contextos da prática clínica.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o regulamento n.º 140/2019, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, engloba duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir que os cuidados prestados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os enfermeiros são frequentemente confrontados com situações que requerem ações e decisões para as quais não existem respostas científicas. Nós enfermeiros, deparamo-nos diariamente com dilemas e problemas éticos, como tal, é de extrema importância que estejamos preparados para lidar com estas situações, de modo a atuarmos de forma consciencializada e procedermos à tomada de decisão fundamentada, tendo por base os direitos humanos, os princípios éticos e deontológicos.

Os problemas e dilemas éticos são considerados desafios, fontes de conflitos de valores e deveres, que permitem vários decursos de ação para sua resolução, exigindo deliberação e ponderação para se encontrar o melhor caminho (Bristot et al., 2017).

No cuidar da PSC, emergem situações complexas e inesperadas que exigem uma atuação segura e tomada de decisão consciente, deliberada e fundamentada em todo o processo de cuidados à pessoa e família. Os enfermeiros deparam-se com dificuldades e desafios quanto às decisões inerentes ao cuidado da PSC, pois o limiar entre a instabilidade, criticidade e terminalidade de cada situação é delicada e está dependente da combinação de vários fatores que dependem em grande parte da ação dos profissionais.

O Código Deontológico de Enfermagem, publicado na Lei n.º 156/2015 expõe os direitos e deveres profissionais dos enfermeiros, as suas responsabilidades, os princípios éticos e os valores que regem a profissão e que fundamentam a dignidade profissional do enfermeiro e, simultaneamente, a excelência do exercício profissional, respeitando os direitos dos cidadãos e garantindo o seu direito a cuidados de qualidade.

Na Lei n.º 156/2015, Artigo n.º 100, emerge a responsabilidade profissional, na qual o enfermeiro tem o dever de se responsabilizar pelas decisões que toma e atos que pratica ou delega. O Artigo 99.º acrescenta que o enfermeiro deve reconhecer e respeitar a unicidade e dignidade de cada pessoa, apresentando os valores universais a observar na relação profissional: a igualdade; a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em conta o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Toda a prática clínica por mim exercida foi orientada no respeito por estes valores, prestando cuidados de enfermagem centrados no respeito pela liberdade, igualdade e dignidade humana, assumindo a responsabilidade consciente de todas as decisões tomadas e ações praticadas.

O REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, menciona que os enfermeiros no seu exercício profissional devem adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Torna-se então perentório que o EE, visando a qualidade dos cuidados, cumpra as obrigações da sua responsabilidade profissional, ética e legal, pautando a sua ação e tomada de decisão nos princípios éticos e deontológicos apresentados no REPE e no Código Deontológico da Profissão.

O exercício profissional em cuidados de saúde, deve ter por base os princípios éticos que regem a profissão, enunciados na Deontologia Profissional de Enfermagem o princípio da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (OE, 2015).

Na prática clínica exercida enquanto enfermeira, e neste caso enquanto aluna de Mestrado, procurei fundamentar a minha prática nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e nos direitos humanos, respeitando os direitos da pessoa e família. Realço que no percurso para o desenvolvimento desta competência foi essencial o contributo das aulas teóricas de Ética, das discussões e partilhas em sala de aula acerca dos problemas éticos mais incidentes bem como do trabalho de grupo desenvolvido tendo por base o Modelo de Tomada de Decisão “DECIDE”.

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, realça que a todas as pessoas deve ser respeitado o princípio da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade. Procurando respeitar estes princípios cuidei de cada pessoa sem distinção, respeitando os princípios da igualdade e da não discriminação. Para tal, prestei cuidados a todas as pessoas e famílias que necessitavam dos meus cuidados promovendo a equidade dos cuidados e igualdade dos direitos, sem qualquer prática discriminatória. Nos EC, prestei cuidados a pessoas com diferentes necessidades, costumes, culturas, crenças espirituais, práticas específicas de cada indivíduo e grupo, tendo respeitado as particularidades de cada pessoa, sem nunca descurar a igualdade e a não discriminação nos cuidados.

Foram igualmente respeitados os valores universais da verdade e da justiça, tendo transmitido sempre as informações reais e verdadeiras. A verdade diz respeito “*à verdade positiva dos factos, mas também à capacidade de assimilação do outro*” (OE, 2015, p. 42). Assim, procurei não só transmitir informações verdadeiras, mas também garantir que a pessoa entendesse e assimilasse o seu conteúdo. Realço situações que vivenciei, no SU, no SMI e no extra-hospitalar, como prognósticos reservados, situações de fim de vida e de falecimento, situações estas associadas a sentimentos de tristeza, frustração e por vezes a tomadas de decisão difíceis, nas quais procurei sempre preparar a pessoa e família para a transmissão destas informações, objetivando minimizar o impacto do seu conteúdo. Apesar desta difícil tarefa, transmiti sempre as informações verdadeiras e garanti que as mesmas fossem entendidas na sua plenitude pela pessoa, ajustando sempre que necessário a minha postura e comunicação à capacidade de assimilação da pessoa.

Sendo a justiça a igualdade dos direitos é notório que este foi também um valor presente na minha conduta profissional (OE, 2015). A OE (2015) refere que justiça é “*dar a cada um o que lhe é devido*” (p. 42). Neste sentido, prestei cuidados a cada pessoa de acordo com as suas necessidades, assegurando a justiça e equidade nos cuidados.

De modo a respeitar o direito à confidencialidade, emerge o dever de sigilo, descrito no Artigo 106.º do Código Deontológico, no qual o enfermeiro assume o dever de: assegurar a confidencialidade de toda a informação acerca da pessoa e família alvo dos cuidados; partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, utilizando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e família e os seus direitos; divulgar a informação confidencial acerca da pessoa e família só nas situações previstas na lei e manter o

anonimato da pessoa e da família sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (Lei n.º 156/2015).

Na prestação de cuidados, garanti sempre a confidencialidade, cumprindo o sigilo profissional. Para tal, consultei unicamente informações relativas às pessoas e famílias a quem prestei cuidados e apenas informações necessárias e relevantes para a conceção de cuidados assim como partilhei as mesmas somente com aqueles que estavam implicados no plano terapêutico. No SMI, elaborei um estudo de caso, alvo de partilha e discussão em sala de aula, no qual mantive o anonimato da identidade da pessoa e família, partilhando apenas informações relevantes para o processo de cuidados de enfermagem.

No dever do respeito pela intimidade, descrito na Lei n.º 156/2015, o enfermeiro assume o dever de salvaguardar, no exercício das suas funções, a privacidade e intimidade da pessoa. No respeito pela privacidade, é perentório assegurar a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita adquirida na prática profissional (OE, 2015).

Nos diferentes EC deparei-me com a necessidade de adotar diferentes estratégias de modo a assegurar a confidencialidade e privacidade da pessoa. O SU, é um serviço com elevada afluência e lotação o que leva a um constante aglomerado de doentes e familiares nas áreas de prestação de cuidados, dificultando a garantia da distância entre as pessoas, da privacidade e confidencialidade. Na triagem, procurei sempre fechar a porta entre pessoas, nas salas de observação e tratamento recorri ao uso de cortinas ou biombos e em várias situações tive a necessidade de transportar a pessoa para um espaço privado para prestar os cuidados. Nestas situações identifiquei uma escassez de biombos e cortinas para assegurar a privacidade da pessoa durante os cuidados, algo que partilhei com o enfermeiro Tutor e enfermeiro chefe sensibilizando os mesmos. Contudo, procurei adaptar-me e gerir os recursos disponíveis, não descurando o cumprimento da privacidade e respeito pela dignidade da pessoa, algo que em certas situações foi difícil de gerir. Desta forma, considero demonstrar a identificação e acompanhamento de incidentes de prática insegura de forma a prevenir a sua recorrência. A privacidade da pessoa engloba as informações verbais e escritas sobre a mesma, pelo que sempre que possível procurei manter a distância necessária entre as pessoas e familiares aquando da prestação de cuidados assim com utilizar um tom de voz adequado, de forma a que as informações fossem partilhadas apenas com a pessoa em questão. Na passagem de turno, procurei transmitir apenas as informações relevantes para assegurar a continuidade de cuidados,

mais uma vez adequando o tom de voz, dado que o local de passagem de turno apesar de ser em ambiente fechado é abordado recorrentemente por profissionais, pelos doentes e familiares. Sempre que era necessário transmitir informações escritas para assegurar a continuidade de cuidados, como na transferência de doentes para outros serviços, identifiquei devidamente a pessoa e partilhei apenas informações relevantes para a conceção de cuidados. A SE é partilhada, assumindo até três doentes em simultâneo, sendo este um local que recebe pessoas de maior instabilidade e complexidade exige maior celeridade nos cuidados, o que implica maior dificuldade no cumprimento da privacidade e confidencialidade, onde procurei igualmente cumprir os mesmos.

No SMI, as unidades dos doentes encontravam-se organizadas em regime aberto, num espaço amplo, pelo que na prestação de cuidados procurei garantir o respeito pela privacidade e confidencialidade através da adequação do tom de voz na transmissão de informações à pessoa e à família. Utilizei cortinas de modo a assegurar o dever do respeito pela privacidade e intimidade da pessoa. A passagem de turno ocorre em dois momentos, um junto à unidade da pessoa e o outro mais distante, no centro do serviço, pelo que nestes momentos a informação partilhada entre a equipa facilmente era audível pelos restantes utentes. Neste sentido, partilhei a minha perspetiva com a enfermeira chefe para sensibilizar a equipa a adequar o tom de voz durante a passagem de turno de modo a que as informações não sejam acessíveis aos restantes utentes, tendo percecionado que a equipa demonstrou-se sensibilizada. Através desta prática considero ter demonstrado a análise da situação, com finalidade de incrementar a segurança das práticas, tendo por base os princípios éticos e deontológicos bem como a procura de implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. Aquando da alta dos utentes, procurei transmitir na carta de alta e na transmissão de informações aos profissionais, apenas as informações relevantes para a conceção e continuidade de cuidados.

No extra-hospitalar, procurei também assegurar a confidencialidade e privacidade da pessoa e família, para tal, em cada ocorrência solicitei apenas a informação relevante e em local privado, sobretudo quando estavam presentes outras pessoas, o que é frequente, dado que nos deparamos com ocorrências, em vários contextos, em parte em locais públicos. Procurando respeitar a privacidade da pessoa, sempre que possível procedi ao seu transporte para o interior da ambulância, promovendo um ambiente mais privado.

Através da conjuntura de todas as práticas descritas, assentes nos princípios éticos e deontológicos, considero ter adotado uma conduta antecipatória, afiançando a segurança, privacidade e dignidade da pessoa

A excelência profissional e a qualidade dos cuidados de saúde requerem habilidade na tomada de decisão e na resolução de problemas éticos (Dantas et al., 2018). Deste modo, desenvolvi toda a prática profissional baseada também nos princípios éticos.

O princípio ético do respeito pela autonomia reconhece a capacidade da pessoa de se autogovernar e decidir de forma livre, autónoma e esclarecida as suas decisões acerca da sua saúde. Para tal, a informação deve anteceder as escolhas, de modo que estas sejam livres e esclarecidas. Assim emerge o dever de informação exposto no Código Deontológico, Artigo 105.º da Lei n.º 156/2015, segundo o qual o enfermeiro assume o dever de: informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender a todo o pedido de informação ou esclarecimento solicitado pela pessoa sobre os cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que pode ter acesso e a forma de os obter.

O respeito do princípio da autonomia e do dever de informação pressupõe o consentimento, devendo este ser livre e esclarecido (OE, 2015). A Lei n.º 95/2019 corrobora esta afirmação, enfatizando que as pessoas têm o direito a “*ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação (...)*” e “*decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...)*” (p. 56). Assim, para que seja respeitada a autonomia da pessoa, a Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina, explanada na Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, realça que qualquer intervenção da área da saúde só pode ser realizada após ser obtido o consentimento livre e esclarecido. Para tal, a pessoa deve previamente ser informada do objetivo, natureza, consequências e riscos da intervenção, podendo em qualquer momento, revogar o seu consentimento (OE, 2015).

Em relação ao consentimento informado escrito, este contém o consentimento da pessoa, a finalidade e o tratamento, encontrando-se descrito na norma 015/2013 da DGS, atualizada a 2015, todos os atos em que é obrigatório o consentimento informado escrito, como os atos cirúrgicos. Em determinadas situações legalmente previstas no artigo 156.º do Código Penal, é assumido o consentimento presumido quando o adiamento para a obtenção do consentimento informado representa perigo para a vida ou saúde da pessoa

(OE, 2015). A DGS acrescenta que o consentimento presumido supõe que a pessoa, se tivesse conhecimento das circunstâncias, daria o seu consentimento e que quando a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco para a sua saúde ou vida em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso, deve-se utilizar o consentimento presumido. Nestas situações, deve ser privilegiado o princípio ético da beneficência, porém, a informação deve ser transmitida pela equipa de saúde à pessoa ou representante legal assim que a mesma se encontre capaz de a receber (DGS, 2015).

No cuidar da pessoa, procurei informar a mesma sobre todo o processo de cuidados, esclarecer todas as dúvidas que emergiam, prestando esclarecimentos sempre que necessário, não descurando o direito à confidencialidade e privacidade, cumprindo assim o dever de informar e o princípio da autonomia. Além de informar, procurei realçar à pessoa que a mesma tem o direito de receber toda a informação inerente à sua saúde e cuidados bem como o acesso aos mesmos, tendo tido algumas situações em que a pedido dos mesmos expliquei como teria acesso a tais informações, como recorrer aos serviços administrativos ou a plataformas digitais. Nos diferentes EC, procurei explicar as intervenções a realizar, desde colheitas de derivados, tratamento de feridas, administração de terapêutica, informando sobre a importância e necessidade das mesmas, aguardando o consentimento informado da pessoa. Realço que na transmissão de informações à pessoa, procurei utilizar uma comunicação efetiva, fornecendo as informações necessárias e adequadas, permitindo que a pessoa proceda à tomada de decisão livre e esclarecida sobre a sua saúde. Relativamente ao consentimento escrito, este foi utilizado, principalmente no SU e SMI, para a realização de técnicas invasivas como drenagens, biópsias e atos cirúrgicos. No extra-hospitalar e no SMI, foram várias as situações em que foi assumido o consentimento presumido, dado o cariz de emergência associado a estes contextos, no qual o tempo é decisivo para a vida e saúde da pessoa. Algumas das situações vivenciadas no SMI, nas quais foi assumido o consentimento presumido, estavam associadas a pessoas inconscientes, condição esta frequente no SMI, em resultado das necessidades terapêuticas da pessoa, assumindo a equipa de saúde a responsabilidade do consentimento presumido, contudo, realço que as equipas, sempre que possível, procuram consultar a família de modo a informá-la, mas também compreender qual seria a posição da pessoa.

Assim, no cumprimento da conjuntura de princípios inerentes ao dever de informar a pessoa e família no que respeita aos cuidados, considero ter assegurado o

respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação bem como o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

Nos diferentes EC, tive em atenção os valores, crenças, costumes e preferências da pessoa e família, procurando promover o seu bem-estar e conforto bem como um ambiente propício ao desenvolvimento da pessoa, prestando cuidados atentos na pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, cumprindo assim o dever da humanização dos cuidados, descrito no artigo 110º da Lei n.º 156/2015.

Relativamente ao princípio da justiça, conforme descrito anteriormente e em consonância com o Código Deontológico, consiste na equidade dos cuidados, isto é, tratar de igual forma as situações idênticas e tratar de forma distinta as que não são iguais (OE, 2015). Tendo tido este princípio presente na prestação de cuidados, conforme já referido.

O princípio da beneficência diz respeito ao dever de fazer o bem e ajudar o outro a obter o que é para seu benefício, enquanto que, o princípio da não maleficência, consiste em não fazer mal, não causar dano. Alguns autores alegam que não causar dano é mais imperativo e mais obrigatório do que a exigência de promover o bem. Dada a complexidade da aplicação prática do princípio da beneficência, emerge a dificuldade de ponderação entre o risco e o benefício (OE, 2015).

Estes foram princípios respeitados em toda a prática clínica, havendo momentos de maior complexidade que se revelavam difíceis para todos os profissionais envolvidos, tendo experienciado alguns destes momentos, como situações de fim de vida em doentes terminais, situações de escalada terapêutica em doentes paliativos, situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Uma situação em particular, remete para uma pessoa a quem prestei cuidados no SMI e que foi alvo de estudo, na realização do estudo de caso no EC II. A pessoa foi admitida no SMI por fascíte necrotizante do membro inferior direito a condicionar falência multiorgânica, sendo que após quatro intervenções cirúrgicas e terapêutica dirigida a fascíte continuava a progredir, estendendo-se desde o joelho até à região genital. Neste momento, ponderou-se a possibilidade de amputação do membro como tratamento, de forma a garantir a sobrevivência da pessoa. Dado que a pessoa não se encontrava consciente, em resultado da sedação e analgesia necessária, apresentava o princípio da autonomia comprometido, sendo da nossa responsabilidade, enquanto profissionais de saúde, tomar essa decisão. Foram vários os fatores analisados e discutidos, desde o historial clínico prévio, tratando-se de uma pessoa jovem, previamente

autônoma, e saudável, à análise de outras possíveis abordagens terapêuticas, procurando respeitar a dignidade humana, os direitos da pessoa, e os princípios da justiça, beneficência e não maleficiência, em busca da melhor decisão para o seu bem-estar. Na intervenção cirúrgica seguinte, verificou-se a ausência de progressão da fascíte, fator este determinante para a tomada de decisão de não proceder à amputação, tendo a partir desse momento apresentado uma evolução favorável, embora lentificada. Esta situação foi extremamente importante neste processo de aprendizagem, permitindo-me refletir sobre as questões éticas que emergem no nosso quotidiano, confrontando-nos com dúvidas e dificuldades, exigindo capacidade em adaptar a nossa atuação e tomada de decisão a cada pessoa, respeitando os princípios éticos e valores que regem a profissão.

Várias foram as situações que contribuíram para a minha aprendizagem como situações de PCR vivenciadas no extra-hospitalar, nas quais a decisão de suspender ou continuar as manobras de reanimação era da responsabilidade médica, mas o mesmo procurava consultar o historial clínico da pessoa junto da família, sempre que possível, bem como o parecer dos profissionais da equipa de socorro. No SU e SMI emergiram situações de elevada instabilidade hemodinâmica, como vítimas com hemorragias ativas, com necessidade de transfusão de hemoderivados, tendo sido obtido o consentimento informado previamente à administração dos mesmos. Outro cenário frequente está associado a vítimas de acidentes de viação, inconscientes, com necessidade emergente de exames complementares de diagnóstico e intervenção cirúrgica imediata, tendo-se assumido o consentimento presumido, de forma a assegurar a vida e saúde da pessoa.

Cuidar da PSC nos diferentes contextos, contribuiu para o desenvolvimento de novas aprendizagens neste domínio, permitindo-me relacionar os conhecimentos teóricos com as experiências vivenciadas, refletindo criticamente sobre as mesmas, o que contribuiu para uma prestação de cuidados mais consciente, pautada nos direitos humanos e princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. Assim, acredito que o desenvolvimento deste domínio, permite-me hoje prestar cuidados de maior excelência.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Na procura da melhoria do desempenho dos sistemas de cuidados de saúde, é uma prioridade a formulação, aperfeiçoamento e execução de uma política e estratégia nacionais para a qualidade dos cuidados. Reconhecendo a necessidade emergente da

melhoria da qualidade dos cuidados, a Organização Mundial da Saúde (2020) tem desenvolvido políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, explanando as suas iniciativas no “Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde”. Este manual realça a importância do envolvimento dos profissionais de saúde, enquanto elementos basilares e interessados na melhoria da qualidade dos cuidados, dado que as práticas implementadas neste âmbito devem basear-se em perspetivas e conhecimentos especializados, desde o nível nacional até ao nível dos profissionais de saúde na primeira linha da prestação de cuidados, na qual se insere o enfermeiro.

No regulamento n.º 140/2019, o domínio da melhoria contínua da qualidade, engloba duas competências: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

À semelhança das instâncias internacionais e organizações nacionais a OE (2001), identificou a criação de sistemas de qualidade em saúde como ação prioritária, tendo definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, como um instrumento que permita clarear o papel do enfermeiro junto da pessoa, profissionais e políticos. Emergem assim seis categorias de enunciados descritivos que representam os cuidados: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem.

Tendo por base estes pressupostos, nos diferentes EC procurei prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade alicerçados na melhor evidência científica tendo como foco primordial a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, contribuindo para a promoção da saúde e satisfação do cliente. De modo a prevenir complicações, conforme os padrões de qualidade, procurei antecipar focos de instabilidade, através de intervenções preventivas, atuar de acordo com *guidelines* e protocolos de atuação, como a gestão de protocolos terapêuticos complexos e utilização de VV em situações de urgência/emergência. Cuidei da PSC visando o seu bem-estar e readaptação funcional durante o processo de cuidados e recuperação do estado de saúde e atuei de acordo com as medidas de prevenção e controlo de infeção indo ao encontro dos padrões de qualidade.

Por tudo isto, corroboro da opinião de Rocha (2020), a monitorização da qualidade de um serviço permite a melhoria dos cuidados e o planeamento e implementação de intervenções que satisfaçam as necessidades dos utentes e dos profissionais de saúde.

Nos diferentes EC procurei conhecer as estratégias de qualidade de cada serviço e os respetivos programas de acreditação. A instituição hospitalar onde realizei o EC no SU e no SMI assume a Qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes, profissionais e partes interessadas como valor fundamental, encontrando-se estas duas unidades acreditadas pela Norma Europeia ISO 9001:2015, assegurando a gestão da qualidade da organização e dos cuidados. Esta norma certifica os Sistemas de Gestão da Qualidade através da Certificação ISO - *International Organization for Standardization*, sendo que a sua adoção permite à organização potenciar continuamente o desempenho geral e manter o foco na prestação de serviço de qualidade ao cliente (Instituto Português da Qualidade, 2015). No extra-hospitalar, o INEM encontra-se acreditado no nível Bom, pelo Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde, Modelo *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Este modelo procura a excelência nos cuidados de saúde e promove uma cultura de melhoria contínua, sendo reconhecido pela DGS (2009), como o mais indicado para centros e unidades de saúde.

Na prestação de cuidados de saúde a ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade dos sistemas de saúde, sendo que a implementação de políticas e estratégias que diminuam estes incidentes contribuem para ganhos em saúde, sendo assim uma investida evidente na saúde. De forma a dar a devida e atual relevância à qualidade e segurança na saúde no Sistema Nacional de Saúde, foi publicado o Despacho n.º 9390/2021, onde é a homologado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021-2026) da DGS, com o objetivo de “*consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos*” (P.97). Este plano tem por base cinco pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. O PNSD 2021-2026 expõe o conhecimento mais atual no que concerne à segurança do doente integrando e apelando à mobilização e ação dos intervenientes da saúde, entre os demais, os profissionais de saúde, como os enfermeiros (Despacho n.º 9390/2021).

A cultura de segurança, liderança e governança nos serviços são pilares essenciais para a segurança dos doentes e qualidade dos cuidados. Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pelo que durante

os EC procurei inteirar-me em cada serviço dos projetos de melhoria contínua da qualidade, o que permitiu compreender as áreas de melhoria identificadas e discutir sobre as mesmas com os Tutores, como a área de controlo de infeção, segurança do doente, prevenção de quedas e úlceras de pressão e a atualização de procedimentos, protocolos de intervenção e de administração terapêutica tendo por base a atual evidência científica.

Relativamente aos projetos de melhoria contínua verifiquei que a generalidade dos projetos implementados nos diferentes contextos eram gerais a nível institucional e não específicos de cada serviço, como projetos dirigidos à prevenção de quedas e úlcera de pressão, prevenção e controlo de infeção fundamentados nas orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

No SU estão implementados projetos de risco clínico e não clínico, quedas, registos de enfermagem, entre outros. Tendo tido a oportunidade de colaborar na realização de auditorias no âmbito de alguns destes projetos. Relativamente aos projetos de risco não clínico, no âmbito da segurança e equipamentos colaborei na verificação e registo diário, dos equipamentos do serviço como, o desfibrilhador, o ventilador, os monitores de sinais vitais, a rampa de oxigénio e aspiração, o aparelho de gasimetria de sangue arterial, entre outros. No SMI também existem vários projetos implementados, como, quedas, risco não clínico, risco clínico, auditoria clínica, formação, entre outros.

No que diz respeito aos protocolos, nos três contextos dos EC são utilizados protocolos e algoritmos de atuação atualizados de acordo com a evidência científica atual, encontrando-se disponíveis no serviço para consulta em formato de papel e digital, contribuindo para a fundamentação e uniformização dos cuidados, visando a redução de erros associados aos cuidados. A existência destes protocolos e algoritmos constituíram uma mais valia na prestação de cuidados, permitindo através da sua consulta orientar uma prática segura. No SU, na triagem e na SE, utilizei algoritmos de intervenção nas VV (coronária, acidente vascular cerebral), protocolos de administração de terapêutica como o Alteplase e o protocolo de transfusão maciça. No SMI, tive a oportunidade de utilizar protocolos como: sedação, analgesia e *delirium*; entubação endotraqueal; administração de noradrenalina, de insulina, de dexmedetomidina; cardioversão elétrica, monitorização hemodinâmica invasiva pelo método de PiCCO. No extra-hospitalar, a utilização de protocolos é uma prática diária, principalmente no que concerne à prática do enfermeiro da equipa de SIV em que o enfermeiro intervém de acordo com protocolos de atuação,

sendo um contexto em que é notório que a utilização de protocolos contribui para a segurança da pessoa e do profissional. Realço os protocolos mais utilizados: abordagem da vítima; convulsões; alteração do estado de consciência; dor torácica; disritmias; paragem cardiorrespiratória; abordagem do traumatizado; dispneia.

A prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente é também um pilar da qualidade e melhoria contínua dos cuidados, pelo que é dever dos enfermeiros promover ambientes seguros e práticas seguras. Na prática de cuidados procurei sempre ter como alvo da minha atenção intervenções neste âmbito, na prevenção de erros, na identificação inequívoca de doentes, na medicação, quedas, úlceras de pressão e controlo da infeção.

A identificação inequívoca dos doentes é fulcral para a segurança da prestação de cuidados de saúde, para que todos os cuidados sejam dirigidos à pessoa correta de modo a que receba efetivamente os cuidados de que necessita. Este fator é ainda de maior relevância no cuidar da PSC dado que na sua maioria, estas pessoas apresentam alteração do comportamento e/ou do estado de consciência, sendo por isso a sua identificação através da colocação de uma pulseira com o nome completo, data de nascimento e número de processo de forma legível, à exceção do contexto extra-hospitalar que a identificação da pessoa é confirmada através do cartão de identificação pela pessoa ou familiar.

A segurança na utilização da medicação é mencionada no Despacho n.º 9390/2021 como fundamental para a segurança do doente. Uma das minhas preocupações foi adotar medidas para a redução do risco de erros de medicação, tendo sempre confirmado a administração do medicamento correto (através da prescrição) com prazo de validade à pessoa certa (através da identificação da pessoa e prescrição), na hora certa, pela via de administração correta e duração adequada. No final da administração da terapêutica, realizava a sua avaliação e o seu registo. Nos EC verifiquei que esta é uma preocupação para os enfermeiros, incorporando estes princípios na sua prática. Verifiquei ainda que perante fármacos de maior complexidade na sua preparação ou que representam maior risco de erros os profissionais procediam à sua dupla confirmação. Procurando minimizar erros de medicação, em todos os serviços, os medicamentos que apresentam nome ortográfico/fonético ou aspetos semelhantes, conhecidos como medicamentos “*look-alike*” e “*sound-alike*”, encontram-se identificados com uma sinalética de precaução, alertando os profissionais para o risco acrescido de erro na preparação/administração.

O despacho n.º 6430/2017, realça que na segurança dos cuidados de saúde dentro das áreas prioritárias inserem-se a prevenção de quedas e de úlceras de pressão. No que concerne à prevenção de quedas, no SMI é utilizada a Escala de Morse para avaliação do risco de queda, conforme recomendado na Norma n.º 008/2019 da DGS. Segundo a mesma norma a prevenção de quedas e danos associados é um objetivo de saúde pública a nível mundial, pelo que é perentório a prática de estratégias para a sua prevenção, como enfatizar a educação, o treinamento, a criação de ambientes mais seguros, a priorização da pesquisa sobre quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.

O SMI realiza a avaliação do risco de queda na admissão e de dois em dois dias a cada pessoa sendo os doentes com risco de queda identificados com sinalética na sua unidade e na folha de registo diário de riscos identificados. São ainda adotadas as medidas de prevenção de quedas, como altura da cama na posição mais baixa, elevação das grades das macas/camas; cadeiras, camas e outros equipamentos travados; campainha acessível; iluminação adequada, com luz de presença; remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha, conforme orientações da DGS, Norma n.º 008/2019. No SU em resultado da afluência e rotatividade dos doentes a avaliação do risco de queda não é tão formalizada, contudo, é também um ambiente propício ao elevado risco deste tipo de incidentes, devido à tipologia de doentes que podem apresentar confusão, alteração do estado de consciência, sendo por isso igualmente fundamental assegurar as medidas preventivas de incidentes, como vigilância dos doentes, acomodação dos espaços físicos, elevação das grades das macas, travar as macas e cadeiras. Estas foram medidas que implementei na prestação de cuidados em todos os EC adaptando as intervenções ao ambiente de cada contexto.

Em relação à prevenção de úlceras de pressão, no SMI é utilizada a escala de *Braden* a todos os doentes na admissão e de acordo com a periodicidade definida, conforme orientação da Norma n.º 017/2011 da DGS.

No cuidar da PSC a prevenção de úlceras por pressão deve ser uma prática criteriosa e prioritária (Jansen et al., 2020). Esta é também uma preocupação notável por parte dos enfermeiros quer no SU em doentes que permanecem um período de tempo mais prolongado quer no SMI, adotando medidas de prevenção de úlcera por pressão, nomeadamente, a hidratação oral e aporte nutricional, a alternância da posição do doente no leito, aplicação de creme hidratante na pele para a sua hidratação, utilizar superfícies de apoio adequadas como colchões de pressão alternada. Estas são medidas de prevenção

que adotei na prática de cuidados procurando prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão, conforme as recomendações recentes descritas por Soares e Heidemann (2018).

A experiência no SMI sensibilizou-me para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão associado à presença de dispositivos médicos, algo que antes não me encontrava tão desperta. Na generalidade, a PSC necessita de dispositivos médicos sendo que a sua presença incrementa o risco de úlcera por pressão, como é exemplo: sonda nasogástrica e cateter vesical (sendo necessário alternar a posição para que não fique por baixo da pessoa), máscaras de oxigénio em que os fios fixadores da máscara exercem pressão sobre a região auricular necessitando do seu alívio e alternância de posição; máscaras de oxigénio em doentes sob Ventilação Não Invasiva, em que a pressão exercida pela máscara pode originar lesões na face, sendo imprescindível o seu alívio e hidratação; em doentes sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), é necessário controlar a pressão exercida pelo fio de nastro e aliviar o mesmo por períodos dado que pode causar lesões labiais e auriculares, sendo por isso importante o alívio e hidratação destas zonas. Estes foram cuidados que privilegiei para a prevenção de úlceras por pressão e sobre os quais fiquei mais desperta, integrando os mesmos na minha prática profissional diária.

No SU e no extra-hospitalar a prática dos cuidados para a prevenção de quedas e úlceras por pressão não é algo tão planeado, contudo verifiquei ser também alvo da atenção destas equipas perante doentes que permanecem um período de tempo mais prolongado sob os cuidados de saúde.

Durante os EC não ocorreu nenhum incidente de segurança a notificar, contudo, importa realçar a importância da notificação deste tipo de incidentes. Verifiquei ainda que no SMI são realizadas auditorias internas à incidência de quedas e de úlceras por pressão, de forma a analisar a incidência de ambos e, conseqüentemente, adequar as estratégias necessárias através da aprendizagem. A DGS reconhecendo a importância da notificação de incidentes de segurança publicou a Norma n.º 017/2022, onde uniformiza os procedimentos inerentes à notificação deste tipo de incidentes e criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA destinada à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde, objetivando a melhoria da segurança do doente, evitando ocorrências futuras através da aprendizagem contínua. Embora não tenha tido necessidade de notificar nenhum incidente compreendi a importância da notificação tendo discutido esta temática com os enfermeiros Tutores, contribuindo para a reflexão da mesma.

Nos vários EC orientei a prática clínica tendo em vista a diminuição do risco de incidentes, para tal, tive por base todos os pressupostos anteriormente descritos e avaliei persistentemente as intervenções implementadas, promovendo um ambiente seguro para a prestação de cuidados. Além disso, fundamentei os cuidados na evidência científica atual em paralelo com a partilha e discussão com os Tutores, exercendo uma prática reflexiva.

Em suma, considero ter integrado e colaborado na gestão dos projetos institucionais associados à qualidade dos cuidados, contribuindo para a melhoria contínua dos mesmos. Exerci uma prática de enfermagem baseada na evidência científica mais atual centrada na pessoa e família, recorrendo ao uso de protocolos, procedimentos e algoritmos de intervenção em vigor nos diferentes contextos e de acordo com as recomendações atuais tendo em vista a segurança dos cuidados, através da comunicação efetiva, prevenção e gestão de incidentes e da promoção de ambientes e práticas seguras. Concluo assim ter prestado cuidados de Enfermagem eficazes, eficientes, seguros e de qualidade tendo contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados uma vez que a prevenção de complicações e a organização dos cuidados especializados são de acordo com o Regulamento n.º 361/2015 enunciados descritivos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem, realçando a melhoria contínua da qualidade como elemento perentório da excelência dos cuidados.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A história de enfermagem evidencia desde há vários anos o envolvimento dos enfermeiros em atividades e funções de gestão, sendo unânime o reconhecimento do papel de Florence Nightingale nesta área através da reforma hospitalar na segunda metade do século XIX e da reorganização dos serviços de enfermagem, sendo assim responsável pela grande ligação dos enfermeiros ao domínio da gestão dos cuidados (Potra, 2015).

A gestão dos cuidados em enfermagem compreende a procura pela qualidade dos cuidados, aliada à sua gestão e assistência efetiva com o objetivo primordial de melhorar as condições de trabalho e permitir uma prestação pautada na segurança e satisfação da pessoa (Ferreira et al., 2022). A gestão dos cuidados é uma das competências comuns atribuídas pela OE ao EE, no regulamento n.º 140/2019, pelo que deve: gerir os cuidados

de modo a otimizar a resposta e a articulação da equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, tendo em vista a qualidade dos cuidados.

No artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96 é referido que “*os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, (...) para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem.*” (p. 2961). No Regulamento n.º 76/2018 a OE acrescenta que a prática de funções de gestão por enfermeiros é decisiva para a qualidade e segurança do exercício profissional, sendo componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. No Decreto-Lei n.º 71/2019 é reconhecida a importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem, na vertente da gestão de cuidados como aspeto central da atividade de enfermagem e que contribui para o bom funcionamento dos serviços, realçando a importância da categoria de enfermeiro gestor.

O desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados iniciou-se na Unidade Curricular (UC) “Gestão de Unidades de Saúde e Enfermagem”, onde foram abordadas temáticas como a gestão de equipas, gestão dos cuidados de enfermagem, liderança das equipas alvo de estudo e reflexão através da realização de um trabalho. Estes contributos constituíram ferramentas fundamentais na consciencialização da importância do papel do EE na gestão dos cuidados contribuindo para a aquisição de competências neste domínio.

Sendo o EE detentor das competências descritas, ao mesmo são atribuídas funções de gestão e coordenação na prática profissional, enquanto chefes de equipa, responsáveis de turno, elos de ligação e coordenadores de projetos. Nos diferentes EC procurei observar o papel dos enfermeiros chefes e enfermeiros responsáveis, acompanhando os mesmos quando possível, no desempenho das suas funções no âmbito da gestão.

No SU, realizei um turno com o enfermeiro chefe, tendo observado e colaborado em algumas das suas funções, tais como, realizar e gerir os horários dos enfermeiros, elaborar o plano de trabalho dos enfermeiros para cada turno, assegurar a operacionalidade dos equipamentos, garantir a disponibilidade de consumíveis para o funcionamento do serviço através da gestão de materiais. Além do enfermeiro chefe, fazem parte da equipa duas enfermeiras responsáveis, tendo realizado alguns turnos com as mesmas, nos quais tive a oportunidade de observar e colaborar em funções de gestão uma vez que o enfermeiro chefe delega várias destas funções nestes elementos entre as quais: transmissão de informações e orientações à equipa, distribuição do plano de

trabalho da equipa, reposição de material, verificação de stock, verificação de validades dos materiais e medicação. As enfermeiras responsáveis também auxiliam na prestação de cuidados sempre que necessário, pelo que demonstrei sempre disponibilidade, tendo colaborado na prestação de cuidados fomentando o trabalho em equipa, principalmente em momentos de maior afluência do SU e na substituição de elementos aquando das pausas, adaptando os recursos humanos às necessidades do serviço e dos utentes.

A gestão de cuidados implica a delegação de funções através da transferência de responsabilidades, pelo que na ausência do enfermeiro chefe e enfermeiras responsáveis as suas funções são delegadas no enfermeiro responsável de turno que por norma é um EE por ser detentor de competências de gestão de cuidados. Assumindo a minha enfermeira Tutora várias vezes a função de responsável de turno, colaborei com a mesma em atividades de gestão, como: gerir os recursos humanos e materiais durante o turno, gerir o tempo de pausas para refeições, planejar transferências intra e inter-hospitalares, verificação da operacionalidade dos equipamentos do serviço, requisição de materiais de consumo clínico e pedidos à farmácia. O enfermeiro responsável de turno é normalmente o responsável pela SE. Tendo realizado a maioria dos turnos na SE, tive como foco de atenção a gestão da operacionalidade da mesma, através da gestão dos recursos materiais, realizando a verificação dos equipamentos, monitores, desfibrilhador e carros de emergência da SE que é realizada diariamente de manhã. Além disso, procedia à reposição de materiais perante a sua utilização, de modo a garantir a sua disponibilidade.

No que concerne à elaboração do plano de trabalho, este consiste na atribuição dos enfermeiros nas diferentes áreas. Verifiquei que esta é uma função exigente, dada a importância da gestão e distribuição dos recursos humanos disponíveis consoante as necessidades dos cuidados num serviço tão dinâmico e imprevisível como o SU. Através da colaboração na realização desta função, verifiquei que cada enfermeiro é alocado ao posto para o qual tem mais competência e experiência, neste sentido, o EEEMC é alocado aos postos em que há maior incidência da PSC, como a SE, a triagem e sala de tratamento.

O número de enfermeiros necessário para assegurar o funcionamento de um SUMC é difícil de ser definido, variando de acordo com vários fatores, como a afluência e complexidade de doentes, a casuística e tipo de assistência prestada. A equipa de enfermagem é constituída por 90 enfermeiros agrupados em cinco equipas de forma a assegurar uma distribuição homogênea dos elementos por turno. Destes enfermeiros,

quinze são especialistas em EMC, três em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, quatro em Enfermagem de reabilitação e dois em Enfermagem Comunitária. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, a dotação adequada de enfermeiros e os seus níveis de qualificação e perfil de competências são fatores essenciais para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população e para a organização, pelo que é necessário adequar os recursos humanos às necessidades reais dos cuidados. No mesmo regulamento consta a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, sendo um instrumento de apoio à gestão que permite adequar os recursos humanos às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias e à diversidade de métodos de gestão, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados.

No SU é fundamental uma equipa coesa, dedicada e diferenciada, pelo que é recomendado no regulamento n.º 743/2019, que na equipa de enfermagem, pelo menos 50% dos enfermeiros sejam EEEMC na área da PSC, com formação de SAV em permanência 24h. No SU verifiquei que num total de 90 enfermeiros, 24 são especialistas em Enfermagem, mas destes apenas 15 são especialistas em EMC na PSC, pelo que não cumprem os 50% recomendados, contudo, a equipa demonstra investimento na área da formação, pois vários elementos se encontram a realizar a formação de especialização.

O posto de triagem deve ser assegurado, segundo o regulamento n.º 743/2019 por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades e, no caso particular de SU de adultos, de preferência por um EEEMC na área da PSC. No EC no SU realizei vários turnos no posto de triagem com a enfermeira Tutora, tendo confirmado com a mesma que estas recomendações eram cumpridas na íntegra, sendo alvo de atenção na elaboração do plano de trabalho. O regulamento supracitado recomenda que os enfermeiros que asseguram a SE e o posto de responsável de turno devem ser EEEMC na área da PSC, algo que também é cumprido, tendo realizado vários turnos na SE com a enfermeira Tutora, tendo verificado que o enfermeiro responsável pela SE, era grande parte das vezes, também o enfermeiro responsável de turno, sendo sempre um EEEMC.

Relativamente à gestão dos cuidados prestados, tendo centrado a prática no SU no cuidar da PSC e como tal, realizada maioritariamente na SE, procurei gerir os cuidados de acordo com a priorização das necessidades da PSC. Para tal, utilizei a abordagem ABCDE, sendo esta a recomendada no cuidar da PSC, tendo colaborado com a equipa multidisciplinar, permitindo ao longo do tempo o desenvolvimento de uma prática clínica

mais autónoma e de responsabilidades de gestão e liderança na SE. Promovendo a continuidade de cuidados, colaborei nos registos de enfermagem, nas passagens de turno e transferência de doentes, assegurando a transmissão segura de todas as informações.

No SMI, realizei um turno com a enfermeira chefe, verificando que as suas funções são transversais às de chefia do SU, procedendo igualmente à delegação de funções em enfermeiros especialistas, quer enquanto responsáveis de turno, responsáveis pela formação e elos de ligação. A minha Tutora assumia, grande parte dos turnos, a função de responsável de turno, tendo tido a oportunidade de colaborar ativamente nas várias funções de gestão. O enfermeiro responsável de turno, é sempre um EE, por norma EEEMC, e assume a equipa de emergência interna, não lhe sendo atribuído doentes.

Segundo as definições atribuídas a cada nível de diferenciação no Regulamento n.º 743/2019, este SMI é um SMI de Nível II/III. Segundo o mesmo regulamento em CI de Nível II é recomendado o rácio de um enfermeiro para dois doentes e em CI de nível III é recomendado o rácio de um enfermeiro para um doente. A distribuição dos enfermeiros é realizada pelo responsável de turno, tendo colaborado nesta função, na qual procurei avaliar as necessidades e complexidade dos cuidados em cada doente por forma a realizar a sua distribuição, respeitando os rácios recomendados, sendo maioritariamente assegurado um rácio de um enfermeiro para um doente. Além disso, verifiquei que, por norma, os doentes mais instáveis e em estado mais crítico são atribuídos a um EEEMC.

O regulamento n.º 743/2019 recomenda que a equipa de enfermagem do SMI seja composta por 50% de EEEMC, preferencialmente na PSC. A equipa de enfermagem é composta por 57 enfermeiros, dos quais catorze são especialistas em EMC, dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e cinco em Enfermagem de reabilitação. Verifica-se que esta recomendação não é cumprida, contudo, os enfermeiros encontram-se agrupados em cinco equipas para assegurar uma distribuição homogénea dos elementos, assegurando a presença de EE em cada turno, incorporando esta preocupação sempre que colaborava na distribuição dos enfermeiros. Além da distribuição dos enfermeiros, durante o turno cabe ao enfermeiro responsável gerir os profissionais nos momentos de pausas e sempre que é necessário proceder ao transporte de doentes.

O transporte da PSC é extremamente complexo, exigindo a gestão dos recursos humanos e materiais para o mesmo de acordo com o estado clínico do doente e as suas necessidades, garantindo a segurança do transporte. Cabe ao enfermeiro responsável gerir

o transporte da PSC, nomeadamente dos elementos de enfermagem que serão mobilizados para o transporte e a gestão dos elementos que permanecem no serviço de modo a garantir a segurança do transporte, não descuidando a segurança dos cuidados no serviço. O transporte da PSC envolve riscos, contudo, a sua realização entre hospitais e/ou serviços justifica-se pela necessidade de conceder um nível assistencial superior, realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não disponíveis no serviço ou na instituição, onde a pessoa se encontra internada (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). No SMI, colaborei em vários transportes intra-hospitalares da PSC, para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, para o bloco operatório, para a sala de hemodinâmica e Medicina Hiperbárica. Dada a importância do transporte da PSC, o SMI desenvolveu uma *check-list* baseada nos princípios recomendados para o transporte seguro da PSC, tendo colaborado na verificação da mesma antes de cada transporte, garantindo a segurança do transporte.

Colaborei nas restantes funções de gestão do enfermeiro responsável de turno como: verificar o carro de emergência, testar o desfibrilhador, verificar o registo dos estupefacientes e a sua reposição, assegurar a disponibilidade de medicação e recursos materiais procedendo à solicitação da sua reposição. Sempre que era necessário preparar uma unidade, colaborei na sua preparação através da reposição de materiais e testagem de equipamentos, garantindo a operacionalidade da unidade aquando de novas admissões.

Na gestão de cuidados de enfermagem, utilizei a abordagem ABCDE conforme recomendado no cuidado à PSC, quer na conceção de cuidados à quer na documentação do processo de enfermagem. Assim, realizei registos de enfermagem, identifiquei focos e diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, atualizando os planos de cuidados dos doentes e elaborando os mesmos perante novas admissões e colaborei nas passagens de turno e transferências de doentes, garantindo a continuidade de cuidados.

No extra-hospitalar, no INEM, a prática clínica é extremamente distinta na qual o enfermeiro atua e presta cuidados sempre que é ativado o seu meio para uma ocorrência. Relativamente à atribuição de doentes, esta é distinta, sendo o enfermeiro responsável, maioritariamente, pela prestação de cuidados a uma vítima, exceto, em situações de multivítimas. Neste contexto o enfermeiro assume todas as funções de enfermagem, entre as quais as funções de gestão. Neste sentido, colaborei com o enfermeiro Tutor na gestão de recursos materiais através da verificação da *check list* diária do material das malas de

abordagem e da célula sanitária, da operacionalidade dos equipamentos, do monitor e desfibrilhador e das balas de oxigénio, repondo o material em falta, assegurando assim a operacionalidade do meio. No final de cada ocorrência realizei a reposição de material utilizado bem como a reposição do stock sempre que necessário e realizei a verificação diária do registo e reposição de estupefacientes. Outra particularidade deste contexto é a gestão do veículo, neste caso da ambulância de SIV e VMER, tendo verificado que é da responsabilidade do enfermeiro assegurar a sua operacionalidade e a sua higienização, tendo colaborado em ambas as funções através da verificação dos componentes de ambos os veículos em cada turno e do combustível disponível e ainda procedendo à higienização dos mesmos nos dias destinados para tal e sempre que se justifique.

A gestão e planeamento dos cuidados à PSC são atualizados de forma constante pelas necessidades imediatas e/ou emergentes da pessoa, exigindo dos enfermeiros uma rápida e ágil capacidade de resposta e adaptação. No extra-hospitalar, o enfermeiro atua segundo protocolos de atuação, sendo da sua responsabilidade a avaliação da vítima e adequação do protocolo a cada situação, o que implica a gestão de todo o processo de cuidados desde a abordagem à vítima, estabilização e transporte para o hospital. Assim, procurei colaborar em todas as funções desde a abordagem à vítima através da metodologia ABCDE, definição de prioridades, adequação de protocolos, gestão das telecomunicações por telefone e rádio, realização do transporte da PSC, realização dos registos de enfermagem no aplicativo *iTeams* ou em formato de papel, transmissão das informações ao meio intra-hospitalar, assegurando a continuidade de cuidados.

O transporte da PSC é uma das responsabilidades do enfermeiro no extra-hospitalar que exige competências de gestão. Segundo o Parecer N.º 09/2017 da OE, a tomada de decisão para o transporte da PSC deve ser refletida tendo em conta o seu risco e benefício, dado que durante o transporte, o nível e qualidade dos cuidados não deve ser inferior ao do local de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar. É fulcral o planeamento prévio do transporte e a análise do risco/benefício com o intuito de reduzir os riscos associados e antecipar possíveis eventos adversos. Na prática procedi à estabilização possível da pessoa antes de proceder ao transporte mantendo a monitorização durante o mesmo e procurei antecipar situações imprevistas de modo a garantir a segurança da pessoa e da equipa durante o transporte. Para tal, procedi à gestão dos equipamentos necessários e à sua acomodação segura; à acomodação da pessoa e dos

tripulantes do veículo em segurança e à preparação da medicação que é expectável ser necessária no transporte, procurando antecipar possíveis focos de instabilidade.

Na prática clínica procurei compreender as funções de gestão dos cuidados do EEEMC refletindo criticamente sobre as especificidades de cada contexto de modo a gerir os cuidados consoante a priorização dos mesmos, tendo por base uma tomada de decisão fundamentada. Ao longo dos EC fui percecionando o domínio das funções supracitadas, tornando-me cada vez mais autónoma na tomada de decisão, gestão e liderança nos cuidados, garantindo a qualidade dos cuidados prestados, conforme é exigido ao EE.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação é um elemento imprescindível para a qualidade dos cuidados de enfermagem. No Artigo 100º da Lei n.º 156/2015 é definido que o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização constante dos seus conhecimentos, através da frequência de ações de qualificação profissional. No mesmo sentido, o Decreto de Lei n.º 71/2019, alusivo à Carreira de Enfermagem, menciona no âmbito da formação profissional, que a formação dos enfermeiros assume um carácter de continuidade e objetiva a atualização técnica e científica e o desenvolvimento de projetos de investigação. No Regulamento n.º 140/2019, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto competência comum do EE, pressupõe que o enfermeiro desenvolva autoconhecimento e assertividade e que baseie a sua *praxis* clínica especializada na evidência científica.

A evolução da enfermagem, enquanto profissão, exige do enfermeiro o desenvolvimento progressivo de conhecimentos e competências (Regulamento n.º 613/2022). Em resultado da necessidade sentida na minha prática profissional em adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências diferenciadas juntamente com o interesse particular no cuidar da PSC, emergiu a motivação em enveredar neste Mestrado em EMC na PSC, procurando a melhoria contínua e a qualidade nos cuidados prestados.

O desenvolvimento do autoconhecimento decorre das vivências ao longo da prática profissional. Neste sentido, reconheço que ao longo destes cinco anos de exercício profissional, o autoconhecimento permitiu-me conhecer a pessoa que sou enquanto enfermeira, identificar os meus limites pessoais e profissionais, identificar os meus pontos mais frágeis e os mais fortes e aprender a gerir as minhas emoções e a lidar com dificuldades e conflitos. Através deste autoconhecimento consigo identificar os fatores

que podem interferir na relação terapêutica com a pessoa, adequando os mesmos de forma a prestar cuidados de qualidade. Acredito ter sido o autoconhecimento de mim enquanto pessoa e enfermeira que despoletou a necessidade de enveredar neste percurso formativo.

Em relação à formação contínua, em todos os contextos da prática clínica, SU, SMI e extra-hospitalar, existe um programa de formação específico delineado para o serviço, existindo em cada serviço um enfermeiro responsável pela formação em serviço, nomeadamente um EEEMC. Este elemento identifica as necessidades formativas do serviço junto da equipa de enfermagem e organiza o programa de formação anual, gerindo e delegando a realização das formações em enfermeiros peritos nas diferentes áreas. Neste âmbito verifiquei que em cada serviço são definidas as funções e responsabilidades de cada elemento da equipa, como é exemplo a definição de elos de ligação para cada projeto da instituição, algo que é transversal ao serviço onde exerço funções, tendo sido práticas por mim familiarizadas. Através desta análise compreendi que ambos os serviços revelam interesse e preocupação na formação e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne ao enfermeiro responsável pela formação em serviço, compreendi a responsabilidade e rigor de assumir esta função, dado que a enfermeira Tutora do SMI era enfermeira responsável pela formação, tendo colaborado com a mesma na organização e gestão de formações que decorreram durante o EC. Embora não tenha tido a oportunidade de dinamizar nenhuma formação dado o período curto do EC, tive a oportunidade de presenciar duas formações tendo verificado a dedicação e envolvimento que toda a equipa apresenta pela atualização e desenvolvimento de conhecimentos.

Segundo o Despacho n.º 9390/2021 deve ser alvo da atenção dos enfermeiros assegurar uma comunicação efetiva com a pessoa e equipa multidisciplinar, em prol da segurança dos cuidados. A comunicação eficaz é fulcral em todo o percurso de cuidados, em particular em momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade e passagem de informação entre profissionais, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados e para a diminuição dos eventos adversos (DGS, 2017).

A DGS, na norma N.º 001/2017 recomenda a utilização da técnica ISBAR como ferramenta para assegurar a comunicação eficaz na transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados. Esta mnemónica permite a padronização de comunicação e promove a segurança do doente em situações de transição de cuidados, na qual I: corresponde à Identificação; S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à

Avaliação, R: às Recomendações. A identificação refere-se à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação e do doente. A situação atual consiste na descrição do motivo de necessidade de cuidados de saúde. Os antecedentes reportam à descrição de factos clínicos e outros como diretivas antecipadas de vontade. A avaliação contempla as informações sobre o estado do doente, terapêutica instituída, estratégias de tratamento e alterações de estado de saúde significativas. As Recomendações contemplam a descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica.

A comunicação foi uma das áreas sobre a qual debrucei a minha atenção, tendo incorporado estas recomendações na conceção de cuidados e adotando a técnica ISBAR não só durante os EC, mas também na minha prática diária no exercício da profissão. Nos contextos clínicos esta técnica já era prática do SMI e do extra-hospitalar, ao contrário do SU em que não era uma prática uniformizada por toda a equipa, pelo que propus ao serviço a implementação da ferramenta e mnemónica ISBAR como estratégia para assegurar uma comunicação eficaz e a continuidade dos cuidados, promovendo a segurança do doente, quer nos registos informatizados, na passagem de turno entre os profissionais bem como na transmissão de informações entre serviços e inter-hospitalar.

Procurando desenvolver o autoconhecimento, em todos os contextos clínicos refleti criticamente as situações vivenciadas e as práticas implementadas, procurando reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais e identificar fatores que pudessem interferir no relacionamento com a pessoa e/ou equipa multidisciplinar de modo a desenvolver competências para adequar e melhorar a minha prática profissional em prol da qualidade dos cuidados. Desenvolvi ainda, de forma individual, a reflexão crítica e reflexiva de situações vivenciadas nos EC que me suscitaram particular interesse, tendo por base a metodologia do ciclo reflexivo de *Gibbs*, refletindo de forma minuciosa sobre a atuação, interpretação e avaliação de mim mesma, contribuindo para um maior autoconhecimento. Paralelamente à prática clínica, a realização dos relatórios de estágio também permitiu refletir criticamente sobre a minha prestação e desenvolvimento de competências nos diferentes EC, onde identifiquei os objetivos definidos, explanei as atividades desenvolvidas, demonstrei a consecução dos objetivos delineados e o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem.

Em relação à assertividade, segundo as definições clássicas, o comportamento assertivo consiste na expressão de sentimentos de forma adequada, preservando os

direitos/interesses da pessoa que responde de forma assertiva e os do interlocutor (Cunha & Tourinho, 2010). Considero que na prática clínica adotei uma postura assertiva e ponderada enquanto estudante, promovendo o relacionamento interpessoal com a pessoa, família e equipa multidisciplinar, exercendo a prestação de cuidados com base no respeito pelos direitos e interesses da pessoa procurando dar resposta às suas reais necessidades.

Nos diferentes EC vivenciei uma panóplia de situações, tendo prestado cuidados à PSC e família em diversas situações de emergência e fragilidade tendo partilhado este percurso com vários profissionais o que me fez experienciar diferentes sentimentos gerando distintas perceções e reações. Enumero algumas situações experienciadas como: prestar cuidados no extra-hospitalar a uma vítima de suicídio por enforcamento, tendo prestado os primeiros cuidados à pessoa e família, uma experiência emocionalmente marcante pela causa da morte e tristeza e desespero da família, na qual foi difícil a gestão de emoções; prestar cuidados a duas vítimas jovens encarceradas, num acidente de viação, tendo de tomar a decisão de qual vítima extrair primeiro; prestar cuidados a uma jovem no SMI e transmitir à família que após várias estratégias o único tratamento para remover o ventilador será através da realização de uma traqueostomia. Tais experiências foram contributos essenciais neste percurso de aprendizagem, permitindo-me desenvolver estratégias de adaptação a situações sob pressão, gestão de emoções e resolução de conflitos, demonstrando capacidade de adaptação individual e organizacional.

A prática de enfermagem baseada na evidência científica é entendida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas tendo por base a associação da melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e as escolhas do utente. (Schneider et al., 2020). A prática baseada na evidência é um recurso imprescindível para um desempenho de elevado nível de eficiência e qualidade por parte dos profissionais de saúde e das instituições, na medida em que aumenta a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados de saúde (Cardoso et al., 2019). Permite ainda a diminuição dos custos em saúde, a prevenção de complicações e efeitos adversos e promove a confiabilidade organizacional (Gallagher-Ford et al., 2020). Segundo Silva et al. (2021), os enfermeiros reconhecem o benefício de alterar a sua prática de forma a basear a mesma na investigação científica atual e assumem que a prática clínica baseada na evidência é uma mais valia para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Ao longo deste percurso formativo foram vários os momentos que exigiram o aprofundar de conhecimentos desde as UC até às práticas clínicas nos EC, tendo procurado sempre a melhor e mais recente evidência científica em prol de uma prática baseada na evidência. Para tal, realizei pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas fidedignas como a EBSCO, PubMed, RCAAP.

No SU realizei pesquisas aprofundadas sobre: o processo de triagem, com recurso ao Sistema de Triagem de Manchester; o cuidar da pessoa urgente e emergente no SU; as competências na abordagem à PSC na SE; competências de comunicação terapêutica com a PSC; a gestão da dor da pessoa no SU e do transporte da PSC em segurança. Realizei a reflexão crítica de duas situações vivenciadas segundo a metodologia do ciclo de *Gibbs*, uma centrada no cuidar da pessoa com sobredosagem voluntária de benzodiazepinas e outra no cuidar da pessoa com enfarte agudo do miocárdio na SE. No final do EC, procedi à realização de um relatório onde explanei a análise crítica, reflexiva e fundamentada das experiências vivenciadas, conhecimentos e competências desenvolvidas, demonstrando a consecução dos objetivos previamente delineados para o EC.

Durante a prática clínica no SMI, pela especificidade da prática exercida neste contexto, tive a necessidade de pesquisar sobre várias temáticas, tais como: ventilação mecânica invasiva e não invasiva; monitorização invasiva; gestão da sedação e analgesia da PSC; comunicação com a pessoa em CI; oxigenoterapia hiperbárica; técnicas dialíticas; terapêutica farmacológica (sedativos, hipnóticos, fármacos vasoativos).

No SMI uma das áreas que me suscitou interesse foi a comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica. Após partilhar com a enfermeira Tutora o interesse nesta área, compreendi que, apesar de ser uma área de atenção da equipa, os procedimentos em vigor acerca da mesma já não eram revistos há algum tempo. De modo a promover a prática baseada na evidência atual, realizei uma profunda pesquisa bibliográfica e procedi à elaboração de uma proposta de orientação clínica sob a supervisão da enfermeira Tutora para o serviço na qual elaborei um algoritmo de atuação na comunicação com a PSC submetida a VM. Considero que este foi um contributo para o meu desenvolvimento e da equipa de enfermagem e ainda para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

No final do primeiro módulo do EC realizado no SMI, redigi um relatório de estágio onde evidenciei a análise crítica, reflexiva e fundamentada da prática vivenciada e das competências desenvolvidas para o alcance dos objetivos definidos.

Realço ainda a realização de um estudo de caso no SMI, tendo desenvolvido o Processo de enfermagem inerente ao cuidar de uma PSC admitida no SMI por fasceíte necrotizante a condicionar disfunção multiorgânica, onde explanei o plano de cuidados tendo por base a Teoria de Enfermagem de Virginia Henderson e os seus pressupostos, aplicando a sua filosofia aos cuidados de enfermagem prestados em contexto de CI. Para tal, realizei uma pesquisa aprofundada, através da evidência científica mais recente, sobre a fisiopatologia, o processo de enfermagem e a Teoria de Virginia Henderson e, de seguida, identifiquei os focos e diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções de enfermagem e procedi à avaliação do resultado das mesmas. O processo de enfermagem desenvolvido foi apresentado e discutido em contexto de aula com os colegas de mestrado e docentes orientadores, constituindo um momento de aprendizagem para todos.

No contexto extra-hospitalar, elaborei o projeto de autoformação, tendo discutido e partilhado a elaboração do mesmo com o enfermeiro Tutor e professor orientador, onde aprofundei conhecimentos no cuidar da PSC vítima de trauma no extra-hospitalar. Pela especificidade da prática de enfermagem neste contexto tive a necessidade de aprofundar conhecimentos em várias áreas, como: organização e funcionamento do INEM; gestão de protocolos terapêuticos complexos; comunicação com a PSC e família no extra-hospitalar; cuidar da PSC em situação de emergência multivítimas, exceção e catástrofe; prevenção e controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Durante este EC realizei duas reflexões críticas segundo a metodologia do ciclo de *Gibbs* de duas situações vivenciadas, fundamentadas na evidência científica, uma referente à prestação de cuidados à pessoa com alteração do estado de consciência por hipoglicemia e outra acerca da prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma por acidente de viação.

De forma particular, após identificar em conjunto com o enfermeiro Tutor e com a enfermeira responsável pela formação que uma das necessidades formativas da equipa de SIV era centrada na abordagem à criança vítima de trauma torácico, propus a realização de uma formação em serviço dinamizada por mim. Desta forma, procedi à pesquisa bibliográfica das orientações mais recentes sobre esta temática e dinamizei uma formação em serviço disponível para toda a equipa do INEM, tendo constituído como um momento de aprendizagem individual e para a equipa de enfermagem.

No final do EC, redigi um relatório alusivo ao percurso vivenciado, onde analisei de forma crítica e fundamentada os conhecimentos e competências desenvolvidas que permitiram atingir os objetivos delineados previamente no projeto de autoformação.

Ao longo dos EC privilegiei a partilha de informações e debate de temáticas e dúvidas que iam emergindo no contexto da prática, junto do enfermeiro Tutor, dos restantes elementos das equipas multidisciplinares, e dos docentes orientadores o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional dada a experiência dos mesmos, fornecendo-me ferramentas importantes para estar mais desperta para determinadas situações bem como ter uma perspetiva diferente das mesmas, permitindo-me uma abordagem mais especializada. Percecionei que a partilha das minhas dúvidas constituíam momentos de aprendizagem não só para mim, mas para toda a equipa. Estas partilhas constituíram também como estímulos para a procura de conhecimentos mais específicos sobre as áreas debatidas, contribuindo para o amadurecimento do meu pensamento crítico que suporta a tomada de decisão fundamentada na prática profissional.

Considero assim ter desenvolvido novos conhecimentos científicos e técnicos, fundamentados na evidência científica atual, tendo aplicado os mesmos na prática clínica exercida, assim como partilhei os mesmos com as equipas multidisciplinares e colegas, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem e para a melhoria dos cuidados.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Perante a complexidade da prestação de cuidados à PSC, é necessária a contínua atualização e desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitam uma prática fundamentada em resposta às necessidades da PSC e que fomente uma transição saúde/doença saudável, visando a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018).

O perfil de competências do EEEMC, integra de acordo com o regulamento n.º 429/2018, um conjunto de competências específicas, nomeadamente: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e

de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

O mesmo regulamento menciona que objetivando conhecer continuamente a situação da PSC e família a cuidar, de prever e reconhecer precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, os cuidados de enfermagem assumem uma importância máxima, exigindo uma observação e colheita contínua e sistematizada de dados, uma avaliação diagnóstica e monitorização constante.

Neste subcapítulo será apresentado individualmente cada competência específica do EEEMC, na PSC, com enfoque no cuidado especializado à PSC vítima de trauma em contexto extra-hospitalar e a análise crítica e reflexiva do seu desenvolvimento e aquisição nos diferentes contextos da prática ao longo do meu processo de especialização.

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

Esta é a primeira competência do EEEMC na vertente da PSC, descrita no regulamento n.º 429/2018, na qual o EE mobiliza conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística, tendo em conta a complexidade das situações de saúde inerentes à PSC e família e as respostas necessárias.

Os cuidados de enfermagem à PSC abrangem uma panóplia de contextos e cuidados, contudo, é transversal a todos o objetivo primordial de cuidar da PSC (Reis & Rabiais, 2020). Indo ao encontro destes autores e dada a vasta abrangência e complexidade dos cuidados que representa esta competência, emergiu a necessidade de decompor a mesma em várias unidades de competência, permitindo uma compreensão mais clara daquilo que é esperado do EEEMC à PSC. No regulamento n.º 429/2018, esta competência, subdivide-se em unidades de competências que procurei desenvolver na prática clínica, especificamente: cuidar da pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em

situação crítica e/ou falência orgânica; assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica.

No cuidar da PSC, prestei cuidados à pessoa em situação urgente e/ou emergente assim como na instabilidade e risco de falência orgânica. As situações de emergência emergem em qualquer contexto de cuidados à PSC, sendo que a sua incidência maior recai numa fase inicial no SU, dado que este tem como finalidade responder de forma rápida a todas as situações que se enquadram em situação de urgência e emergência (Rocha, 2020). Apesar de distintas, as situações de urgência e emergência têm em comum a sua instalação súbita (Rocha, 2020). Para cuidar da pessoa urgente e/ou emergente, importa compreender os conceitos de urgência e emergência e as suas diferenças. O relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência define urgência como *“processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo”* e emergência como *“processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”* (Administração Central do Sistema de Saúde, p.1, 2015). Analisando estas definições compreende-se que são situações complexas, em que a pessoa se apresenta instável com necessidade de intervenção rápida e adequada, sendo essencial uma abordagem célere do enfermeiro identificando as necessidades da pessoa e os focos de instabilidade, tendo por base o julgamento crítico na tomada de decisão e no estabelecimento de prioridades.

O EC no SU desenvolveu-se maioritariamente na triagem, SE e ST permitindo presenciar várias situações urgentes e emergentes, fomentando o desenvolvimento de competências na identificação de focos de instabilidade. Em relação à tipologia de doentes, a maioria eram adultos e idosos com patologias agudas como AVC, Síndrome Coronário Agudo, arritmias, PCR, Sépsis, intoxicações, e quadros de agudização de patologias crónicas do foro respiratório, cardiovascular, renal, metabólico. Nestas situações o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico, pelo que perante as mesmas avaliei a pessoa através das suas queixas, observação de sinais e sintomas, monitorização de sinais vitais, consulta do processo clínico, nomeadamente dos antecedentes que muitas vezes se relacionavam com o quadro clínico atual, permitindo a sua melhor compreensão e a adequação dos cuidados às particularidades da pessoa.

Várias foram as situações com que me deparei na triagem, nas quais identifiquei possíveis focos de instabilidade e implementei intervenções de modo a antecipar a sua

instalação e/ou agravamento, através por exemplo de administração de oxigénio em situações de dispneia. De acordo com a DGS, norma N° 002/2018, o SU deve ter implementado a versão mais recente do STM. Este é um sistema de triagem que permite identificar o nível de prioridade clínica, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, definindo a prioridade clínica com que a pessoa deve ser observada e o respetivo tempo recomendado até à primeira observação médica.

Realço uma das situações vivenciadas na triagem, de uma PSC que recorreu ao SU por hematémeses e dor abdominal com 12h de evolução. Perante a minha avaliação e monitorização, a pessoa encontrava-se pálida, sudorética, hipotensa, taquicárdica e asténica, referindo sentir-se muito cansada. Através do processo clínico, verifiquei que um dos seus antecedentes clínicos era uma úlcera gástrica. Perante esta avaliação, considerei que a utente apresentava sinais evidentes de instabilidade hemodinâmica com risco inerente de agravamento das suas funções vitais, pelo que considerei que havia um possível foco de instabilidade associado ao risco de hemorragia pela úlcera péptica, sendo necessários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, uma gasimetria e provavelmente endoscopia. Neste sentido, discuti com o enfermeiro Tutor a situação e sugeri uma avaliação muito urgente, segundo o STM, tendo o mesmo concordado. Articulamos com a equipa médica e a utente foi encaminhada diretamente da triagem para um consultório médico, tendo sido observada de imediato. Posteriormente, verificou-se uma hemoglobina de 6,9 g/dl e através de endoscopia digestiva alta confirmou-se hemorragia ativa pela úlcera péptica, sendo realizada cauterização.

Segundo Mota (2019) a doença ulcerosa péptica é a principal causa de hemorragia digestiva alta não varicosa apontada como uma urgência médica com elevada taxa de morbimortalidade. Acrescenta ainda que a sinalização precoce destas situações permitiria intervir previamente à descompensação clínica, contribuindo para melhores resultados. Esta situação evidencia a importância da identificação precoce deste tipo de situações através da deteção de focos de instabilidade e intervenção antecipada perante os mesmos, na qual o EEEMC à PSC se destaca, permitindo o diagnóstico e tratamento adequado.

No SU, também vivenciei várias situações em que através da avaliação da pessoa, identifiquei precocemente sintomatologia que se enquadravam nos critérios de ativação de VV. Numa das situações, avaliei um utente que apresentava dor torácica contínua, de origem súbita, focalizada no peito, tipo aperto, sem irradiação com uma intensidade

constante de valor 8 (Escala de Avaliação Numérica (EAN)), com 40 minutos de evolução. Perante esta situação, identifiquei desde logo critérios de ativação de VVC, encaminhei o utente para realização de eletrocardiograma e alertei a SE. Após o exame, confirmou-se elevação do segmento ST, tendo o doente sido admitido na SE. Desta forma identifiquei precocemente focos de instabilidade detetando uma situação emergente e permitindo o encaminhamento célere e adequado às necessidades da pessoa.

No contexto do SMI, pela sua vulnerabilidade e instabilidade, é fundamental a monitorização contínua e vigilância da PSC, com o objetivo de identificar precocemente alterações e prevenir complicações. Segundo o Regulamento 429/2018 nos cuidados à PSC e/ou falência orgânica, a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Deste modo, dediquei-me à avaliação e interpretação da monitorização contínua da PSC através da monitorização invasiva e não invasiva. A par da monitorização hemodinâmica é relevante a vigilância de valores analíticos. Apesar da monitorização ser uma mais valia na avaliação hemodinâmica da PSC, realço que a avaliação clínica nunca pode ser descurada. Relembro uma situação de uma pessoa admitida por pancreatite necrotizante com dor descontrolada e disfunção multiorgânica. Dada a instabilidade inicial, o utente encontrava-se sedoanalgesiado e sob VMI. Este utente, na admissão apresentava persistentemente momentos de instabilidade hemodinâmica associados à dor, algo que persistia, embora menos frequente, quando se encontrava sob VMI, motivando desadaptação à mesma. Assim, um dos cuidados fulcrais na sua estabilização foi a monitorização da dor e gestão da analgesia. Através da observação e colaboração na avaliação da dor a doentes que se encontravam sedados, aprimorei a minha capacidade de avaliar a dor através da condição da pessoa e das alterações nos parâmetros vitais. Considero ter desenvolvido maior rigor e sensibilidade na interpretação e avaliação dos parâmetros hemodinâmicos da PSC e correlacionar os mesmos na gestão da dor e respetivas medidas terapêuticas para o seu controlo.

No extra-hospitalar vivenciei uma diversidade de situações complexas de carácter urgente com necessidade de intervenção rápida e adequada, sendo por isso fundamental a abordagem célere e sistematizada do enfermeiro, identificando as necessidades e os focos de instabilidade da pessoa, tendo por base o julgamento crítico na tomada de decisão e no estabelecimento de prioridades. Neste sentido, procedi nas diferentes ocorrências à avaliação primária segundo a metodologia ABCDE, identificando e corrigindo as

situações que representam risco de vida e, de seguida, em situações que não havia o compromisso vital da vítima, procedi à avaliação secundária por segmentos corporais. Procurei também recolher informações relevantes, através da mnemónica CHAMU, tendo por exemplo identificado situações de dispneia em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica de base, situações de taquicardia em pessoas com arritmia cardíaca, revertendo a sintomatologia através da administração de terapêutica, antecipando a exaustão e consequente, instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica.

Relembro uma situação de uma vítima de trauma por acidente de viação, em que à nossa avaliação segundo a metodologia ABCDE, a vítima encontrava-se consciente e comunicativa, sem nenhum compromisso identificado, além da presença de dor. Após procedermos à sua imobilização e administração de analgesia, a vítima encontrava-se ansiosa e preocupada com o seu estado de saúde e das restantes pessoas da outra viatura apresentando-se inquieta e agitada, dificultando a sua estabilização e condicionando o agravamento da dor. A estabilização da PSC vítima de trauma no extra-hospitalar é importante uma vez que há lesões que só serão possíveis de identificar/confirmar e tratar em contexto hospitalar. Além disso, é importante o controlo da dor na PSC dado que a dor pode contribuir para o agravamento da condição de saúde (*American College of Surgeons*, 2018). Procurando aliviar a ansiedade e preocupação da pessoa, com o objetivo de promover a sua estabilização e controlo da dor e antecipar focos de instabilidade e agravamento clínico, procurei através da comunicação terapêutica ouvir as preocupações da vítima, clarificar as suas dúvidas e receios e expliquei as circunstâncias do acidente e que as restantes pessoas envolvidas se encontravam bem, de forma a promover o alívio da sua ansiedade. Além disso, procedi à gestão da analgesia, de acordo com indicação médica, até ao controlo da dor a vítima, permitindo o transporte seguro para o hospital.

Nos diferentes contextos da prática clínica, foram várias as situações nas quais atuei de modo a antecipar focos de instabilidade. Tal foi possível através da mobilização de conhecimentos adquiridos apoiados na evidência científica, no âmbito da fisiopatologia, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, implementação de VV, SAV e protocolos de atuação, execução de técnicas de alta complexidade juntamente com a utilização de equipamentos de monitorização e instrumentos de avaliação da dor, condição neurológica, sedação e a interpretação de análises sanguíneas, gasimetrias arteriais e exames complementares de diagnóstico. Fomentando o desenvolvimento de

competências no cuidar da PSC, colaborei nos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC e/ou falência orgânica, nomeadamente, na monitorização hemodinâmica invasiva, através da colocação de linha arterial, em situações de entubação e extubação da PSC, na gestão da ventilação mecânica invasiva e técnicas dialíticas, entre outras.

A articulação do conhecimento teórico com a interpretação e julgamento clínico das avaliações e monitorizações realizadas, permitiram identificar precocemente possíveis focos de instabilidade e planear os cuidados de enfermagem tendo em vista a sua antecipação e prevenção de complicações para a PSC. Neste sentido, além da implementação de intervenções de enfermagem e prestação e execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidas à PSC, com o intuito de assegurar a continuidade de cuidados, com vista à antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, procurei transmitir à restante equipa multidisciplinar os possíveis focos identificados e as situações problema, através das passagens de turno e registo no processo de enfermagem.

Para uma prática de enfermagem sistematizada é essencial a utilização do Processo de Enfermagem, que permite uma linguagem padronizada e universal, pautado em teorias de enfermagem e conceitos essenciais ao cuidado individualizado da pessoa. O Processo de Enfermagem é um método que direciona a ação do enfermeiro sustentada num conjunto de conhecimentos e práticas, que são selecionadas com o objetivo de responder adequadamente às necessidades da pessoa através da prestação de cuidados de enfermagem seguros (Oliveira et al., 2019).

Em todos os contextos procurei assegurar a continuidade dos cuidados, para tal, procedi ao registo das necessidades identificadas, dos cuidados prestados e informações que fundamentaram a tomada de decisão e a atualização dos processos de enfermagem. Relativamente aos registos de enfermagem e documentação do processo de enfermagem, verifiquei que nos três contextos, são exercidas práticas distintas, contudo, a finalidade e princípios orientadores dos profissionais eram transversais: assegurar a continuidade de cuidados da PSC de acordo com as suas necessidades. No SU, o processo clínico do doente é informatizado, através do aplicativo informático *Healthcare Information System*, onde são realizados todos os registos de enfermagem, a consulta e validação da informação e prescrição terapêutica de cada doente, permitindo aceder a toda a informação e histórico do doente. Os registos de enfermagem são realizados em campos pré-definidos, em regime de texto livre, não contemplando o uso da Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No SMI, o processo clínico do doente é informatizado através do sistema informático *SClínico*, onde são realizados os registos pelos vários profissionais de saúde através do uso da CIPE, contudo, o processo também é realizado em papel, sendo a maior parte dos registos de enfermagem de monitorização e avaliação registados neste formato físico, pela necessidade constante de realização de registos. Ao contrário dos outros contextos, no SMI, na admissão da pessoa é realizada uma avaliação pormenorizada, da qual fazem parte focos de enfermagem obrigatórios, como avaliação do risco de queda através da escala de Morse, avaliação do risco de ingestão nutricional, entre outras, e perante cada situação são identificados os focos de atenção dirigidos às necessidades da PSC, procedendo-se à identificação dos diagnósticos de enfermagem, ao planeamento das intervenções e implementação das mesmas bem como a respetiva avaliação, visando o alcance dos resultados esperados. No extra-hospitalar, relativamente ao sistema de documentação de cuidados, o processo clínico do doente é informatizado, através do aplicativo informático *iTEAMS*, onde o enfermeiro realiza todos os registos de enfermagem, como as avaliações e procedimentos realizados, os protocolos utilizados, a terapêutica administrada e as respetivas avaliações.

Em todos os contextos, procedi à realização dos registos de enfermagem tendo por base o processo de enfermagem e o uso da CIPE, sob a validação do Tutor. Procedi à passagem de turno adequando a mesma a cada contexto, utilizando a metodologia ISBAR para a transmissão das informações, conforme recomendado pela DGS, na norma n.º 001/2017, de forma a assegurar uma comunicação eficaz e a continuidade dos cuidados.

Assim, por tudo acima mencionado, conforme preconizado no Regulamento n.º 429/2018, considero ter prestado cuidados à pessoa em situação emergente e antecipado a instabilidade e risco de falência orgânica.

O cuidar da PSC envolve a implementação de protocolos terapêuticos complexos, pelo que é fundamental que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos acerca da implementação dos protocolos, mas também das possíveis complicações dos mesmos, de modo que perante as mesmas, seja capaz de implementar respostas adequadas.

As intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições formalizadas previamente (Decreto-Lei n.º 161/96). Entende-se que a administração de protocolos terapêuticos é considerada uma intervenção de

enfermagem interdependente, uma vez que obriga a uma prescrição prévia. Porém, a OE no Parecer CJ 53/2017, menciona que as intervenções interdependentes carecem de análise e validação da prescrição pelo enfermeiro e que a administração e vigilância de sinais e sintomas e complicações que possam advir de qualquer protocolo terapêutico é da responsabilidade do enfermeiro, pelo que a tomada de decisão pela administração dos mesmos deve basear-se em conhecimentos científicos devidamente consolidados.

Ao longo da prática clínica, tive a oportunidade de colaborar e participar na implementação de vários protocolos terapêuticos, nos diferentes contextos.

No SU, colaborei na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, tais como situações de VVC e VV de AVC, quer na identificação e ativação destes protocolos na triagem quer na implementação dos mesmos na abordagem e tratamento na SE. Geri a administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente, de administração de terapêutica farmacológica, como insulina, alteplase, ácido tranexâmico. Vivenciei ainda situações de alterações dos componentes sanguíneos gerindo a administração de hemoderivados, através do protocolo de transfusão sanguínea, e protocolo de transfusão maciça no adulto, em situações de alterações severas, conforme preconizado na norma n.º 011/2013 da DGS, atualizada em 2017, bem como situações de alterações de eletrólitos sanguíneos, como hipercaliemia ou hipocaliemia, hipoglicemia ou hiperglicemia e cetoacidose diabética procedendo à gestão dos protocolos adequados.

No SMI, à semelhança da prática no SU, a prática de enfermagem é alicerçada por vários protocolos terapêuticos complexos, tendo colaborado na gestão e administração dos mesmos, entre os quais, protocolo de desmame ventilatório e protocolo de analgesia e sedação. A PSC no SMI apresenta risco elevado de instabilidade hemodinâmica, onde o enfermeiro atua identificando precocemente focos de instabilidade de modo a intervir antecipadamente, para tal, é fundamental a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente de administração contínua de medicação como noradrenalina, insulina, potássio, nutrição entérica, propofol e dexmedetomidina.

Em relação ao extra-hospitalar, tendo realizado maioritariamente o EC em contexto de equipa SIV, em que o enfermeiro atua de acordo com protocolos terapêuticos e de intervenção definidos pelo INEM, permitindo ao enfermeiro organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções, tive a oportunidade de gerir e implementar vários protocolos terapêuticos complexos. Entre as várias situações vivenciadas, insere-

se as ocorrências de PCR, em que implementei o protocolo de SAV, no qual a atuação imediata, coordenada e eficaz, de acordo com as orientações do protocolo é fundamental para incrementar as possibilidades de sobrevivência da pessoa. Neste sentido, através da vivência destas ocorrências e dos *debriefing* realizados com o enfermeiro Tutor, considero ter procedido à implementação apropriada deste protocolo. Outro protocolo terapêutico complexo implementado foi o protocolo de SIV de abordagem à vítima de trauma, através do qual intervi de forma segura e sustentada procurando adaptar os conhecimentos adquiridos a cada situação e aplicar as orientações em vigor.

O espaço físico da prestação de cuidados no extra-hospitalar é totalmente distinto do contexto hospitalar, pois deparamo-nos com um espaço desconhecido e não controlado, representando por vezes dificuldades na gestão dos cuidados, principalmente em situações de maior complexidade, como situações de PCR e vítimas de trauma, por exemplo na gestão do espaço físico de forma a ter espaço para abordar a vítima e prestar cuidados, principalmente em locais públicos, em que encontrei condições atmosféricas que implicaram adaptação dos cuidados, ausência de suportes para a medicação ou até simplesmente ausência de condições de espaço ou segurança para abordar a vítima. Este é um contexto muito particular e desafiante, motivos pelos quais foi extremamente enriquecedor desenvolver competências de gestão e administração de protocolos terapêuticos, dadas as suas peculiaridades.

Considero assim ter adquirido e desenvolvido maior capacidade e rigor na administração de protocolos terapêuticos complexos, conforme é esperado do EEEMC à PSC, segundo o regulamento n.º 429/2018.

O mesmo regulamento menciona que o EEEMC à PSC deve ser detentor de competências no âmbito da gestão da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica.

Segundo o *International Council of Nurses* (2019) a dor é definida como “*Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.*”.

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais e, apesar de geralmente assumir um papel adaptativo, pode ter

efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico (DeSantana et al., 2020). A OE no Parecer N.º 114/2021, destaca a prevenção e o controlo da dor como cuidados primordiais em todos os contextos clínicos atribuindo ao enfermeiro a responsabilidade ética e profissional de promover o controlo da dor efetivo, o que implica a sua avaliação e reavaliação rigorosa e sistemática. Para tal, a OE, elaborou um guia orientador de boa prática, com orientações para a prestação de cuidados de enfermagem que enfatizam a necessidade de avaliar e diagnosticar a dor, bem como planear e executar as intervenções necessárias para o seu alívio, promovendo o bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

Segundo o Regulamento nº 361/2015 alusivo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, o EE na procura permanente da excelência do exercício profissional maximiza o bem-estar da pessoa a quem presta cuidados, realizando a gestão diferenciada e eficaz da dor através da implementação de instrumentos de avaliação da dor, de protocolos terapêuticos, medidas farmacológicas e não farmacológicas, para o alívio da dor. Estas recomendações nortearam a minha prática clínica tendo em primeira instância integrado conhecimentos acerca das manifestações e alterações fisiológicas e emocionais inerentes à dor, dos instrumentos de avaliação da dor e das estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para gestão da dor e bem-estar. Em cada EC procurei inteirar-me dos protocolos existentes para avaliação e gestão da dor.

Durante os EC verifiquei que a PSC apresenta frequentemente dor, seja como queixa principal ou associada à queixa principal, e/ou resultante da terapêutica. A avaliação da dor é dificultada por vários fatores, descritos na literatura como barreiras à avaliação da dor, como: a presença de dor; o estado mental; a ansiedade; a confusão; a faixa etária; o estado físico; a escassez de tempo; o uso de linguagem técnica; a cultura; o ambiente; a dificuldade na identificação da história clínica (Mota et al., 2020). A avaliação da dor, sempre que possível, foi aferida com a pessoa, utilizando escalas de autoavaliação, no caso de pessoas comunicantes e colaborantes. Perante uma pessoa não comunicante, não colaborante cognitivamente/clinicamente, a dor foi avaliada através de escalas de avaliação comportamental da dor. Nestas situações, o familiar pode fornecer informações relevantes acerca de comportamentos de dor da pessoa (OE, 2021).

No SU a avaliação da dor inicia-se na triagem, tendo experienciado o papel preponderante que o enfermeiro assume na sua correta avaliação a todas as pessoas através da EAN e no seu registo no STM, que é determinante para atribuição da prioridade

clínica. Esta avaliação é dificultada pelas barreiras supracitadas com que me deparei no contexto real, associadas à condição de saúde, à dificuldade na comunicação, ao ambiente físico e à afluência e sobrelotação do SU. Neste sentido, ajustei o método de avaliação da dor a cada pessoa, utilizando a EAN em pessoas capazes de avaliar quantitativamente a dor, bem como caracterizar o tipo de dor, a localização, frequência e fatores de alívio ou agravamento. Em situações de dificuldade na comunicação, adaptei a escala quantitativa, através de questões simples, por outro lado, em situações em que a pessoa não apresentava capacidade de autoavaliação, recorri ao uso da *Behavioral Pain Scale (BPS)* e à observação e interpretação das alterações dos sinais vitais e comportamentos da pessoa, fazendo o seu registo na triagem no campo “observações”.

Perante a presença de dor, procedi ao planeamento e implementação de intervenções para o seu alívio através de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. A terapêutica farmacológica é uma intervenção interdependente, pelo que após a prescrição médica, o enfermeiro é responsável pela sua gestão e administração de acordo com princípios fundamentados, visando a sua eficácia. Neste sentido, colaborei na gestão e implementação de terapêutica farmacológica, através da preparação e administração da terapêutica prescrita em horário fixo e em SOS, assim como noutras situações, implementei estratégias de terapêutica não farmacológica como o posicionamento, toque terapêutico, distração, aplicação de crioterapia/calor, imobilização e mobilização em situações de trauma, proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, prestar apoio emocional, possibilitar a presença da pessoa significativa e, quando possível, através da realização de ensinamentos à pessoa como estratégias de relaxamento ou posicionamento. Numa situação de cólica renal, por exemplo, verifiquei que apesar da terapêutica farmacológica ser essencial, as pessoas referem um maior alívio através de medidas não farmacológicas como o posicionamento. Assim, considero que é importante a interação e combinação entre estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Na SE avaliei e registei a dor no momento da admissão e várias vezes durante a permanência na SE de acordo com a evolução da pessoa e a sua resposta às terapêuticas instituídas, sendo utilizada a EAN, que nem sempre se adequa à condição da pessoa, por se tratar de um contexto crítico, pelo que procurei utilizar outras estratégias e escalas adaptadas a cada situação. Perante a realização de intervenções para controlo da dor, após o tempo estimado de atuação monitorizei a sua eficácia bem como perante alteração do

estado da pessoa de forma a compreender se a sua alteração estava associada à dor, procurando antecipar o controlo da dor para que a mesma não se agrave.

A prestação de cuidados à PSC em contexto de urgência/emergência envolve o uso de meios de monitorização e de terapêutica complexos e a realização de procedimentos que podem provocar dor. A realização destes procedimentos é sustentada no benefício terapêutico, porém, deve ser alvo da atenção do enfermeiro minimizar a dor provocada. Verifiquei que é difícil assegurar este cuidado, principalmente em situações de risco de vida, contudo, sempre que possível incorporei esta prática e tentei sensibilizar a equipa multidisciplinar deste princípio, por exemplo na administração de terapêutica de analgesia e/ou sedação antes do procedimento, e noutras situações, através de estratégias não farmacológicas como o esclarecimento sobre o procedimento, posicionamento e técnicas de distração. Na prática clínica verifiquei que a gestão diferenciada da dor e bem-estar é extremamente importante no cuidar da PSC no SU e simultaneamente, exigente para a prática de enfermagem, na qual considero ter demonstrado o desenvolvimento de conhecimentos e competências através das várias estratégias implementadas no EC.

No SMI a gestão da dor e bem-estar foi igualmente foco da minha atenção. A dor é uma experiência comumente descrita pelos doentes em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo referida por mais de 50% dos doentes em UCI (Olsen et al., 2020). Dada a incidência e repercussões da dor descontrolada em UCI, Olsen et al. (2020) realizaram um estudo longitudinal no qual avaliaram a presença de dor nos primeiros seis dias de internamento em UCI através do qual verificaram que 37% das pessoas sentiram dor neste período. No mesmo estudo os autores referem que nos últimos anos os estudos têm revelado uma diminuição dos doentes que relatam dor no internamento em UCI. Os autores associam os resultados obtidos à avaliação regular e sistemática da dor através de instrumentos de avaliação da dor válidos e à gestão adequada do tratamento da dor com base nessas avaliações.

Já em 2007, Hweidi, referiu que a dor que não alivia e persiste é a principal causa de stress e é descrita pelos doentes em UCI como uma memória traumática durante o internamento e que tem permanecido após a alta. Segundo o estudo de Puntillo e Naidu de 2016, 49% dos doentes internados em UCI, mencionaram a presença de dor até três meses após a alta e 38% até um ano após a alta (Langerud et al., 2018). Assim, é de

extrema importância o controlo e alívio da dor da pessoa na UCI para promover o conforto e recuperação bem como evitar a transição da dor aguda para, posteriormente, dor crónica.

No SMI, inicialmente, deparei-me com dificuldade em avaliar a dor da PSC por várias condições como alteração do estado de consciência inerente à sedação, alteração da comunicação associada à sedação ou à ventilação mecânica, alteração da orientação por *delirium*. Rapidamente identifiquei a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências neste âmbito por forma a adaptar-me a este contexto e conseguir avaliar adequadamente a dor e implementar as respetivas intervenções para o seu alívio. Assim, analisei de forma atenta a prática dos enfermeiros, as estratégias e ferramentas utilizadas para avaliar a dor na PSC e partilhei com os mesmos as dificuldades percecionadas, tendo sido uma partilha essencial como ponto de partida para a realização de pesquisas bibliográficas onde aprofundei conhecimentos sobre as várias estratégias e instrumentos disponíveis e adaptados para a avaliação da dor da pessoa em UCI.

No Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, emanado pela DGS (2017), uma das medidas preconizadas é a avaliação sistemática da dor. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), realça que o nível de dor relatado pela pessoa deve ser considerado o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia e recomenda o uso da EAN para avaliar a dor em doentes que comunicam e o uso da BPS para avaliar a dor em doentes que não comunicam, que se encontram sedados e ventilados. A BPS é uma escala que permite avaliar a dor através de três indicadores: a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador.

Perante pessoas comunicantes e colaborantes, de acordo com o recomendado e com a prática exercida no SMI, utilizei a EAN. Perante a pessoa não comunicante, não colaborante clinicamente ou cognitivamente, utilizei a BPS. Em doentes sedados, colaborei na avaliação da dor tendo aprimorado a capacidade de avaliar a dor através do comportamento e das alterações nos sinais vitais que podem estar associados à presença de dor (Silva et al., 2019). Percecionei a importância de detetarmos precocemente e de forma sustentada os sinais que a pessoa transmite, perante a impossibilidade de comunicar as suas necessidades verbalmente. Assim, considero ter desenvolvido maior rigor e sensibilidade na interpretação e avaliação da dor e respetivas medidas terapêuticas para o seu controlo, o que permitiu que ao longo do EC as dificuldades iniciais se fossem atenuando, conseguindo avaliar a dor de forma rigorosa a todos os doentes.

Para o controlo da dor na PSC é recomendada a utilização de uma estratégia de analgesia multimodal, através do uso de opióides, adjuvantes não opióides e analgesia regional, tendo verificado esta prática no SMI (Máximo & Puga, 2021). Durante a prática clínica para a gestão da dor da PSC, implementei medidas farmacológicas, através da administração de opióides (morfina, fentanil, remifentanil), sendo esta a classe farmacológica mais utilizada em UCI em conjunto com adjuvantes não opióides como o paracetamol, gabapentina, cetamina, e em algumas situações complementados com analgesia regional. Também desenvolvi conhecimentos na preparação, administração e gestão destes fármacos, dada a importância da correta titulação e gestão da analgesia de acordo com a dor e condição clínica da pessoa, a fim de promover o seu conforto.

As medidas não-farmacológicas para a prevenção e alívio da dor da PSC em UCI são da total autonomia do enfermeiro e devem ser utilizadas em complementaridade com o tratamento farmacológico (Faria et al., 2018). No SMI implementei estratégias não farmacológicas recomendadas como: posicionamento, massagem, aspiração de secreções das vias aéreas/tubo oro-traqueal, menor manipulação necessária da pessoa, luminosidade adequada, ausência de ruídos, musicoterapia, distração, orientação para a realidade, termoterapia e facilitação da presença familiar (Mendes et al., 2019; Silva et al., 2019).

Durante o EC avaliei frequentemente a dor, ajustei as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas a cada pessoa e procurei de forma preventiva implementar estas estratégias antes da realização de procedimentos que se previam provocar desconforto e dor, como: ajustar a analgesia antes de posicionar a pessoa que manifestava dor no posicionamento; na pessoa que manifestava desconforto pela posição e necessidade de alternância de posição, posicionei-a com maior frequência; no tratamento de feridas que provocam dor, administrei analgesia antes do tratamento; utilizei a massagem quando a mesma era identificada pela pessoa como uma medida de alívio da dor; na pessoa que apresentava maior acumulação de secreções, aspirei a mesma mais frequentemente e otimizei o posicionamento de forma a diminuir a sua acumulação e desconforto. Assim, considero ter desenvolvido competências para uma gestão eficaz da dor na PSC em UCI.

No extra-hospitalar a função do enfermeiro na gestão da dor assume particularidades específicas, otimizando a analgesia de acordo com as necessidades da pessoa e com a terapêutica analgésica disponível, sob articulação com o médico que integra a equipa. No que concerne à avaliação da dor recorri maioritariamente ao uso da

EAN e em algumas situações à escala *FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*, bem como a avaliação e interpretação dos sinais vitais e comportamento da pessoa. Procedi à avaliação da dor na avaliação da pessoa, antes e após a realização de algum procedimento e/ou administração de terapêutica.

Nas ocorrências experienciadas verifiquei que a pessoa alvo de cuidados apresentava dor na grande parte das situações, desde situações de dor torácica, cefaleias, agudização da dor crónica e situações de trauma. Perante as mesmas colaborei na gestão e prevenção da dor, procurando promover o bem-estar da pessoa através de estratégias farmacológicas, como administração de paracetamol, morfina, ceterolac, petidina e não-farmacológicas como imobilização, posicionamento, distração, crioterapia, estratégias estas que incorporei na minha prestação de cuidados. Vivenciei uma situação de uma vítima de politrauma por acidente de viação que se encontrava encarcerada, no qual a pessoa apresentava dor 10 na EAN. Enquanto procediam ao desencarceramento da vítima, administrei de imediato analgesia endovenosa e após o desencarceramento e identificada deformação da articulação coxofemoral com suspeita de fratura do fémur, região onde a pessoa localizava a dor, procedi à imobilização do membro, aplicação de crioterapia, gestão da analgesia endovenosa e técnicas de distração através da comunicação, verificando que a pessoa ficou mais calma e menos agitada (algo que estava a agravar a dor) e, posteriormente, uma diminuição da dor para 6 na EAN até ao hospital.

Nos diferentes EC aprofundei conhecimentos na avaliação da dor, identificação de manifestações fisiológicas e emocionais da dor, gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor bem como a gestão de sedoanalgesia. Enquadrei a importância da gestão da dor na abordagem da PSC, assegurando uma visão holística nos cuidados através da mobilização de conhecimentos e habilidades que contribuem para o alívio da dor, a promoção do bem-estar físico, psicossocial e espiritual, a gestão da ansiedade, medos e receios da pessoa. Assim, considero ter desenvolvido competência na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, conforme preconizado ao EEEMC à PSC no Regulamento n.º 429/2018.

Na prestação de cuidados de enfermagem é desenvolvida a relação terapêutica que se caracteriza pelo estabelecimento de uma parceria com a pessoa, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel. Esta relação é baseada no diálogo e respeito mútuo, no qual a pessoa estabelece confiança no enfermeiro, havendo igual contributo

por parte do enfermeiro e da pessoa/familiar. São elementos fundamentais da relação terapêutica a empatia (capacidade de conseguir colocar-se no lugar do outro e ver o mundo como o outro o vê) e a comunicação (Lopes, 2018).

A partilha de informação com a pessoa/familiar é importante, pois é através desta que se identificam informações relevantes e necessidades. Esta partilha ocorre através da comunicação, sendo certo que, comunicamos a todo o momento, não só por palavras, mas também pela postura, posição adotada, expressão facial, toque e emoções. É importante que os enfermeiros compreendam a relevância da comunicação terapêutica com a PSC e família e que desenvolvam competências comunicacionais, adaptadas a cada situação e pessoa (Dias, 2019).

Nesta linha de pensamento, o regulamento n.º 429/2018 atribui ao EEEMC à PSC as seguintes competências: gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Enquanto enfermeira, perceciono diariamente que, como profissão associada ao ato de cuidar, a enfermagem, valoriza o relacionamento interpessoal, no qual o enfermeiro interage e comunica com a pessoa/familiar, evidenciando a vertente humana da profissão. Realço que traços da minha personalidade foram fatores facilitadores no estabelecimento da comunicação interpessoal e relação empática com a PSC/família nas práticas clínicas permitindo o estabelecimento da relação terapêutica. Porém, dada a especificidade do cuidar da PSC/família nos diferentes contextos em que a mesma se insere, em cada EC realizei inicialmente uma revisão destes conteúdos de modo a adequar os cuidados.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e a PSC/família poderá influenciar a vivência da situação de saúde/doença, contribuindo para o envolvimento dos mesmos e assim, facilitar a expressão de sentimentos e minimizar o sofrimento, representando uma influência positiva na forma como a PSC/família vive esta transição (Lopes, 2018). Para tal, a comunicação entre o enfermeiro e a PSC/família deve ser holística e respeitar as necessidades dos mesmos, permitindo estabelecer uma relação baseada na confiança (Adams et al., 2017).

A comunicação terapêutica é descrita como uma das intervenções autônomas do enfermeiro, sendo por isso, a sua prescrição, implementação e avaliação da sua exclusiva responsabilidade (Decreto-Lei n.º 161/96). A relação entre enfermeiro e a pessoa é estabelecida por meio da comunicação, tornando a relação terapêutica e a comunicação conceitos indissociáveis, pelo que a comunicação é indispensável para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Nunes, 2017).

No SU a prestação de cuidados à PSC é, maioritariamente, caracterizada por situações emergentes, de carácter súbito e inesperado, compondo para a PSC e família, uma situação traumática a nível emocional e psicológico (Lopes, 2018). No SU deparei-me com situações distintas que exigiam diferentes abordagens, e o uso das diferentes técnicas de comunicação verbal e não verbal, verificando a importância da comunicação terapêutica na prestação de cuidados. Neste contexto as pessoas encontram-se ansiosas e preocupadas, procurando respostas imediatas para as suas necessidades realizando várias questões ao enfermeiro, procurando alguém que preste atenção à sua situação, pelo que é importante que o enfermeiro seja capaz de responder adequadamente. Nestas situações procurei esclarecer algumas dúvidas e receios, através da clarificação, da escuta ativa, mesmo que por um curto período, através de gestos como o toque ou o olhar, contribuindo para o alívio da ansiedade e de algum sofrimento.

Perante pessoas com alteração do estado de consciência, apresentando-se confusas e desorientadas transmiti informações simples que a pessoa tivesse capacidade de receber e procurei recorrer ao familiar como suporte para orientar a pessoa durante a permanência no SU. No caso de pessoas invisuais, procurei explicar de forma clara as suas dúvidas, transmitir verbalmente todas as informações, utilizar o toque como orientação em alguns momentos e fornecer uma noção espacial das áreas de forma a que se sinta confortável. Através do estabelecimento da comunicação e relação empática percecionei que a pessoa e família tinham maior confiança nos meus cuidados, abordando-me para o esclarecimento de dúvidas, sendo em algumas situações evidente que este esclarecimento se traduzia na diminuição da ansiedade e medo prévios, promovendo o seu bem-estar.

Experienciei situações de elevado sofrimento e revolta, nos doentes admitidos na SE e familiares. Na SE toda a abordagem à PSC é célere, tendo verificado que naqueles primeiros instantes a pessoa encontra-se assustada com o cenário e profissionais à sua volta. Nestas situações, procurei, sempre que possível, manter a comunicação com a PSC

transmitindo as informações de acordo com a evolução das intervenções para que a pessoa se sentisse envolvida, minimizando a sua ansiedade. Verifiquei que a comunicação é essencial para o conforto da pessoa, mas também para promover a sua confiança nos profissionais, colaborando com os mesmos. Perante a PSC na SE, o familiar foi também alvo da minha atenção, sendo que durante a estabilização da PSC, o familiar permanece fora da SE, compondo um período de sofrimento e impotência. Nestas situações, quando possível, procurei o familiar e informei o mesmo dos acontecimentos, privilegiando uma comunicação calma e clara para minimizar o seu sofrimento. Verifiquei que é também uma preocupação da equipa multidisciplinar comunicar com o familiar e, assim que possível, autorizar a sua presença na SE, junto da pessoa. Estas experiências integraram grandes desafios e ao mesmo tempo elevada satisfação, vivenciando o impacto positivo da comunicação terapêutica em situações tão delicadas da PSC em contexto emergente.

Perante situações de fim de vida e morte, uma das necessidades emergentes da pessoa e família é o apoio naquele momento de total desamparo associado a sentimentos de tristeza, angústia e negação. Situações estas em que verifiquei a importância da presença do enfermeiro na transmissão da notícia e permanência durante aquele período de maior impacto e sofrimento, que é vivido de forma distinta por cada pessoa. Nestes momentos procurei estabelecer uma relação terapêutica e adotar as estratégias de comunicação consoante as perturbações emocionais da PSC e família, privilegiando a presença, a escuta, o toque, uma palavra de conforto, promovendo o conforto da pessoa em fim de vida e família, bem como a assistência da pessoa na morte, tendo em conta a sua dignidade, os seus valores, e a assistência da família no luto e ainda, estabelecer uma relação de ajuda efetiva promovendo a confiança neste momento de sofrimento no sentido de se prepararem de forma gradual para o momento inevitável, a morte com dignidade.

A comunicação envolve a transmissão de más notícias, algo que é indissociável dos contextos de prestação de cuidados à PSC. Nestas situações considero uma mais valia as técnicas de comunicação bem como o uso do *Protocolo de Buckman*, utilizando a abordagem SPIKES, que aprofundei nas UC, sendo a abordagem mais recomendada para a transmissão de más notícias, por contemplar a preparação da pessoa, dentro do possível, para receber uma notícia difícil e dolorosa que irá afetar o seu equilíbrio e minimizar o seu impacto negativo. Este protocolo contempla seis etapas: preparar a reunião; avaliar a perceção do doente e família; convidar para o diálogo; transmitir informação; abordar as

emoções do doente empaticamente; resumir e organizar estratégias (Lopes, 2021). Contudo, dada a escassez de tempo e disponibilidade bem como o contexto instável do SU, verifiquei que nem sempre é possível o uso deste método na sua íntegra, uma vez que a sua utilização adequada implica tempo, algo que é escasso SU, não obstante, considero que o conhecimento do protocolo foi facilitador da minha prática, adaptando algumas etapas na transmissão das informações em cada situação.

Existem vários fatores que influenciam a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa, entre os demais, o contexto onde a pessoa está inserida (Cunha, 2020). A PSC ao ser internada no SMI é submetida à padronização e despersonalização, sendo afastada dos seus pertences pessoais, que significam para si um suporte da sua identidade individual (Nunes, 2017).

Os serviços de CI são caracterizados por um ambiente com elevado nível de tecnologia, utilização de equipamentos de vigilância, monitorização e terapêutica diferenciada e pelo uso frequente de uma linguagem técnica, características estas que condicionam o processo de comunicação com a pessoa (Pinho, 2020). Esta envolvimento e exposição da pessoa coloca em risco a perda de identidade, a sua despersonalização, em resultado de um conjunto de fatores que descaracterizam e alteram a sua imagem e a sua identidade. É um contexto que apresenta uma dinâmica que impõe ações complexas, nas quais o limiar da vida é uma constante, o que gera ansiedade na PSC, na família e nos profissionais que atuam perante tais situações pelo que a comunicação é uma ferramenta fundamental que promove a interação entre o enfermeiro e a pessoa (Cunha, 2020).

A PSC no SMI, encontra-se num estado vulnerável e por fatores como, instabilidade hemodinâmica, alteração do estado de consciência, necessidade de técnicas invasivas, apresenta alterações na comunicação. Através das experiências vivenciadas, compreendi que a gestão da comunicação interpessoal com a PSC/família é um grande desafio para nós enfermeiros, que nos deparamos com situações em que a pessoa por diversos fatores se encontra impossibilitada por exemplo de comunicar verbalmente.

No EC adequiei as técnicas de comunicação às especificidades e necessidades individuais de cada pessoa, utilizando as ferramentas e materiais disponíveis no serviço como: imagens ilustrativas de necessidades básicas, utilizadas em doentes incapazes de estabelecer a comunicação verbal mas que têm preservada a capacidade de compreensão; quadros de escrita e marcadores, privilegiando a comunicação não verbal através da

escrita ou desenho em doentes incapazes de estabelecer a comunicação verbal; cartões com palavras simples e recorrentes do quotidiano ajustadas ao contexto de internamento. Verifiquei ainda que a equipa solicita à família fotografias/objetos que ilustrem pessoas, animais ou momentos significativos para a PSC colocando-os na sua unidade, tendo verificado o impacto que a presença dos mesmos tem em doentes que é difícil estabelecer a comunicação verbal e não-verbal, dado que lhes transmite conforto e segurança em terem algo que lhes pertence e representa algo pessoal, num ambiente que é tão impessoal.

Na prática clínica utilizei de forma autónoma, diferentes técnicas de comunicação consoante a condição da pessoa, experienciando a dificuldade extrema deste processo, mas ao mesmo tempo senti o prazer de vivenciar o impacto que o uso adequado de cada uma destas técnicas tem na qualidade dos cuidados à PSC e no seu bem-estar e conforto. Relativamente às técnicas de comunicação verbal, procurei: utilizar uma linguagem acessível à pessoa de acordo com as suas características; dosear a informação mediante a disponibilidade da pessoa e o conteúdo da informação; clarificar as informações que não parecem ter sido compreendidas ou alvo de dúvida; usar o encorajamento e o feedback como motivação para o seu bem estar e recuperação, mesmo que direcionada para pequenos pormenores; utilizar o tom de voz adequado à pessoa, como por exemplo tive de adequar o tom de voz a um doente com diminuição da acuidade auditiva e realizar pausas entre as frases assim como a ênfase das palavras de acordo com a relevância que pretendia atribuir às mesmas. No que concerne à comunicação não-verbal recorri frequentemente ao uso do contacto visual e do toque, tendo percecionado a importância e repercussão dos mesmos no cuidar da PSC, que se encontra fragilizada e que um simples toque é muitas vezes suficiente para a pessoa sentir-se apoiada e confortada. Experienciei também o uso de imagens, linguagem gestual e escrita de acordo com a condição da pessoa, tendo conseguido estabelecer a comunicação e dar resposta às suas necessidades.

De acordo com as características individuais de cada pessoa, a forma como vivencia o seu estado de saúde/doença, o contexto em que se encontra e as suas necessidades, surgem diferentes barreiras à comunicação entre o enfermeiro e a PSC. Emergem ainda outras barreiras à comunicação como o stress e a ansiedade em ambiente hospitalar, associados muitas vezes à sobrecarga de trabalho e ao desgaste físico e psicológico. Neste sentido, é essencial que o enfermeiro seja capaz de mobilizar conhecimentos e técnicas de comunicação e utilizá-las como estratégias facilitadoras, isto

é, adequar as técnicas mais apropriadas a cada pessoa, tendo em conta todas as suas características e necessidades e assim combater as “barreiras à comunicação”.

Os doentes admitidos no SMI, apresentam frequentemente alteração da capacidade de comunicar por alterações do estado de consciência ou por serem submetidos a sedação ou VMI, situações estas que constituem uma barreira à comunicação exigindo ao enfermeiro a utilização de estratégias facilitadoras e adaptativas para comunicar com a pessoa (Holm et al., 2020).

Durante o EC adaptei as diferentes estratégias referenciadas na literatura como a Comunicação Aumentativa e Alternativa, que é a estratégia de comunicação mais recomendada em UCI e que abrange uma panóplia de meios de comunicação como, quadros de escrita, quadros de comunicação com recurso a símbolos e meios eletrónicos (Gomes, 2020). Na comunicação com a pessoa ventilada, mas consciente ou com dificuldade na expressão verbal, utilizei o olhar mantendo o contacto visual, realizar questões simples de resposta “sim” ou “não”, dirigir-me à pessoa através do seu nome, utilizei ainda o toque terapêutico, a empatia, a linguagem escrita através de papel e caneta ou um quadro com marcador, e linguagem gestual através de gestos simples bem como a mímica labial, de forma a adaptar a estratégia mais adequada, tendo percebido que esta é uma estratégia que exige um esforço redobrado na compreensão mútua, mas que é eficaz permitindo responder às necessidades da pessoa. Nestes casos, realço a importância da comunicação não-verbal como a presença, o uso de música se for algo que identifiquemos junto da pessoa/família como algo agradável para a pessoa, assim como a comunicação verbal através de um tom de voz sereno utilizando palavras e informações simples como onde se encontra, o dia e a hora e transmitir informações que promovam o conforto da pessoa como reforço positivo, uma vez que segundo os estudos de Ballard et al., (2006), Barlem, et al. (2008) e Storli, Lindseth e Asplund (2008) apesar de se encontrar sedada, a pessoa consegue ouvir, sentir e recordar vivências do internamento (Correia, 2020).

Outra barreira à comunicação no SMI é o ruído, sobretudo, dos alarmes associados à monitorização contínua da pessoa. Esta barreira é difícil de contornar, contudo, perante um alarme silenciava o mesmo de imediato enquanto solucionava o problema alvo de alarme assim como no período noturno em que o descanso da pessoa deve ser privilegiado

e em que o ruído do serviço é significativamente menor, diminuía o volume do som dos alarmes, mas garantindo sempre que o mesmo era audível.

Após análise da prática exercida no SMI e da partilha com a Tutora compreendi que, apesar de esta ser uma área de atenção da equipa, os procedimentos em vigor no serviço acerca da mesma já não eram revistos há algum tempo. Neste sentido, realizei uma pesquisa bibliográfica e procedi à elaboração de uma proposta de orientação clínica sob a supervisão da Tutora para o serviço, na qual elaborei um algoritmo de atuação na comunicação com a PSC submetida a VM. Acredito que este foi um contributo para o meu desenvolvimento, demonstrando competências na dimensão da investigação para a concretização da prática baseada na evidência e na dimensão da comunicação do enfermeiro no cuidar da PSC assim como um contributo para a equipa de enfermagem e, consequentemente, para a melhoria contínua dos cuidados prestados no SMI.

A família da PSC vivencia em simultâneo uma nova transição, em que assume novos papéis e vivencia novos sentimentos, sendo também alvo da prestação de cuidados. O enfermeiro assume um papel fulcral no acolhimento, orientação, formação e acompanhamento da família bem como na implementação de estratégias de comunicação na relação terapêutica com a família através da gestão de expectativas, emoções e questões, durante o internamento do seu familiar (Correia, 2020). Durante o EC colaborei no acolhimento da família, verificando que é um momento importante e privilegiado para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família. É também o momento em que o familiar se depara com um contexto desconhecido e que, em grande parte das vezes, o seu familiar se encontra debilitado e fragilizado, pelo que procurei ser um elemento facilitador, demonstrando interesse e disponibilidade para ouvir o familiar e dar resposta às suas dúvidas e inquietações bem como à expressão de sentimentos e emoções. Durante o internamento da PSC procedi à transmissão de informações e esclarecimento de dúvidas utilizando técnicas de comunicação ajustadas a cada pessoa, procurando dar resposta às suas necessidades, tendo verificado que na maioria das vezes estas passam pela procura de informações acerca do estado clínico do familiar, esclarecimento de informações mal compreendidas bem como a necessidade de partilhar e exprimir sentimentos e emoções.

No extra-hospitalar, verifiquei que a imprevisibilidade e a origem súbita das situações de emergência constituem um desafio na comunicação e interação com a pessoa e família, deparando-me com diferentes barreiras à comunicação, fruto dos contextos

exigentes do ponto de vista da gravidade, do abalo emocional e angústia da pessoa e família. Neste sentido, adequiei a comunicação de acordo com as necessidades da pessoa, tendo privilegiado o uso da comunicação verbal em situações em que as pessoas me abordavam nas quais procurei dar respostas às suas questões, dúvidas e anseios. Por outro lado, privilegiei a comunicação não verbal, como, a escuta ativa e a presença em situações em que a pessoa mostrava a necessidade de falar e partilhar os seus medos e preocupações associadas ao evento de doença, tendo percecionado o alívio do sofrimento e ansiedade da pessoa repercutindo-se no seu estado hemodinâmico. Recorri frequentemente ao toque e contacto visual, estabelecendo a relação terapêutica e demonstrando à pessoa/familiar a nossa disponibilidade de forma a sentirem-se envolvidos em todo o processo de cuidados.

Decorrente das experiências verifiquei a importância da comunicação com a pessoa, durante a abordagem e avaliação, de forma a que a mesma compreenda o que está a acontecer e se sinta envolvida nos cuidados. Neste sentido, sempre que possível previamente informei a pessoa dos procedimentos que iria realizar, obtendo o seu consentimento e explicando as intervenções realizadas e os resultados obtidos, o plano e estratégias delineadas e a evolução da situação clínica, transmitindo informações simples e claras de acordo com o tipo de informações que a pessoa pretendia obter. Percecionei que a comunicação adequada com a pessoa é uma das intervenções com maior impacto no seu estado de ansiedade e inquietação, contribuindo para o alívio de alguns sintomas o que melhora a sua condição e permite uma avaliação mais controlada e precisa.

A família, inerente ao contexto de origem maioritariamente súbita, encontra-se ansiosa e preocupada, procurando respostas, realizando várias questões aos profissionais. Assim, em cada situação estabeleci a comunicação com a família transmitindo as informações possíveis relativamente à avaliação, evolução clínica e plano terapêutico de forma a minimizar a sua ansiedade e angústia e para que a mesma se sinta envolvida.

No extra-hospitalar, vivenciei a necessidade frequente de comunicar más notícias como é exemplo situações de PCR em que a comunicação é fundamental por serem situações extremamente aflitivas e difíceis de gerir do ponto de vista emocional e psicológico. Foram várias as situações de PCR, nas quais colaborei na transmissão das informações e disponibilizei o meu apoio à família, contudo, destaco uma situação em particular, por se tratar de uma situação de PCR associada a ingestão medicamentosa voluntária e, como tal, foi uma situação de extrema violência emocional para a família,

pelo que identificamos a necessidade de solicitar apoio psicológico diferenciado, tendo sido ativada a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência. Durante toda a ocorrência permanecemos no local a prestar apoio psicológico, no qual a comunicação foi extremamente importante, desde a comunicação verbal no momento em que explicamos a situação e o desfecho da mesma bem como o uso da comunicação não verbal até à chegada da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência.

Procurei ainda refletir sobre a comunicação e relação terapêutica nas reflexões críticas realizadas neste EC, segundo o Ciclo de *Gibbs*, tendo sido momentos de reflexão e aprofundamento desta temática. Realço que este contexto apresenta várias barreiras que dificultam o estabelecimento da comunicação, como o próprio contexto de emergência que é gerador de ansiedade e stress, o facto de ser em locais distintos desde o domicílio ou via pública, o que também implica fontes externas de ruído e agitação que interferem com a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica, e portanto, também procurei ajustar a minha atuação a cada situação de forma a minimizar as barreiras e promovendo uma comunicação efetiva e terapêutica.

Atendendo as experiências explanadas, considero, conforme preconizado ao EEEMC à PSC no Regulamento n.º 429/2018, ter desenvolvido competência na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; na gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

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

As emergências multivítimas, exceção e catástrofe são ocorrências inesperadas que exigem uma necessidade súbita de cuidados de saúde, para as quais são necessários profissionais de saúde experientes e especializados de forma a obter-se uma rápida operacionalização e uma resposta adequada às necessidades. Estas situações constituem uma problemática importante dada a sua prevalência, pois afetam milhões de pessoas por ano e têm um impacto significativo na morbilidade e mortalidade assim como a nível económico e social (Sousa, 2019). O enfermeiro desempenha um papel fundamental

nestas situações, prestando muitas vezes a primeira ajuda, como agente de triagem, prestador de cuidados e coordenador de serviços (Godinho, 2018).

No Regulamento n.º 429/2018, a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe constitui uma das competências específicas do EEEMC à PSC. Perante a complexidade e imprevisibilidade deste tipo de situações o EEEMC atua concebendo, planeando e gerindo a resposta com prontidão e de forma sistematizada, permitindo uma ação fundamentada, procurando a eficácia e eficiência dos cuidados e ainda assegurando a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

No mesmo regulamento a OE evidencia que os cuidados à PSC podem advir de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe. Uma situação de emergência resulta de uma agressão sofrida por uma pessoa, que lhe causa, de forma brusca e violenta, a perda de saúde, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a sua vida em risco, exigindo uma assistência imediata. A situação de exceção ocorre quando há um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, obrigando as equipas de cuidados a uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. A Lei n.º 80/2015 alusiva à Lei de Bases da Proteção Civil, define situação de catástrofe como *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (p.5316). Assim compreende-se que a especialização em enfermagem no cuidar da PSC é direcionada para situações desta índole, sendo um desafio para o EEEMC, desde o extra ao intra-hospitalar, onde a sua intervenção abrange desde a prevenção, preparação e implementação da resposta até à recuperação da PSC. É então essencial que o EEEMC desenvolva conhecimentos e competências para dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, devendo segundo o regulamento n.º 429/2018 ser capaz de cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; conceber os planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico e planear a resposta à situação de catástrofe.

Dada a possibilidade constante de ocorrência de uma catástrofe natural, acidente biológico, radiológico, tecnológico, nuclear ou químico ou de uma pandemia, como é exemplo a pandemia covid19 que vivenciamos recentemente, é necessário que as instituições do SNS analisem periodicamente a sua situação e realizem o planeamento da

sua resposta de emergência perante estes cenários. Neste sentido, a DGS na orientação n.º 007/2010 referente à “Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde” menciona que é perentório que as instituições do SNS detenham um plano de emergência. Na mesma linha de pensamento, a OE no regulamento n.º 140/2019 destaca nas competências comuns do EE, no domínio da melhoria contínua da qualidade, a importância da colaboração do EE na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

Ao longo das práticas clínicas, não experienciei nenhuma situação de emergência, exceção ou catástrofe, porém, foi alvo da minha atenção aprofundar conhecimentos nesta área, pelo que em todos os EC, procurando estar preparada na eventualidade de surgir algum destes cenários, realizei pesquisas bibliográficas sobre a prestação de cuidados nestas situações e procurei conhecer os planos de emergência de cada serviço.

No SU consultei o plano de emergência destinado à eventual resposta a uma situação de emergência, exceção e catástrofe, que contém protocolos e algoritmos onde se encontram explanadas todas as orientações no que concerne à organização, comunicação, gestão e resposta do SU perante a sua ativação. Verifiquei que estes documentos são de conhecimento dos profissionais e encontram-se sempre acessíveis para consulta e possível utilização. Junto do enfermeiro Tutor compreendi a dinâmica do serviço nesta área verificando que periodicamente são realizadas formações para capacitar os profissionais do plano de emergência e simulacros para testar a operacionalidade de recursos humanos, materiais e técnicos de forma a que perante uma situação de exceção/catástrofe seja garantida a continuidade dos cuidados e a segurança dos utentes e profissionais. Questionei sobre a experiência de situações vivenciadas, tendo apurado que o plano de emergência nunca foi ativado, porém o Tutor explicou, em consonância com o plano de emergência, que este se associa a diferentes níveis de gravidade que são ativados consoante a necessidade do hospital, perante situações de multivítimas, exceção ou catástrofe. A partilha com o enfermeiro Tutor foi bastante esclarecedora dado ser o responsável pelo plano de emergência e catástrofe do serviço e o elo de ligação nesta área, fomentando a importância da capacitação dos enfermeiros para atuar em tais situações.

O SU pode a qualquer momento ter de dar resposta a uma situação de multivítimas, que segundo o Regulamento nº 361/2015, pelo elevado número de vítimas altera o normal funcionamento do SU e da prática de cuidados, exigindo um conjunto de

procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando o melhor tratamento, com o melhor uso dos recursos disponíveis.

Perante situações de emergência multivítimas, exceção e catástrofe os profissionais de saúde confrontam-se com dilemas éticos, pelo que o processo de triagem deve ser justo e obedecer aos princípios da justiça distributiva (Silva, 2019). Nestas situações a triagem assume uma metodologia diferente, sendo utilizado um método que se divide em dois momentos, a triagem primária e a triagem secundária, pelo que procurei compreender esta metodologia. A triagem primária objetiva triar rapidamente o maior número de vítimas possível e baseia-se no método “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (*START*). Nesta triagem são utilizados discriminadores simples organizados por fluxogramas, nomeadamente: se a vítima anda; se está ferida; se respira; qual a frequência respiratória e frequência cardíaca. Através destes discriminadores divide-se as vítimas em quatro categorias: prioridade 1 (vermelho): Vítima emergente; prioridade 2 (amarelo): Vítima grave; prioridade 3 (verde): Vítima não grave; morto (preto). A triagem secundária é um processo contínuo, com critérios mais específicos e baseia-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (*TRTS*). Este método assenta na avaliação de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e pressão arterial sistólica. A pontuação da *TRTS* corresponde à soma destas variáveis, categorizando as vítimas da seguinte forma: *TRTS* = [1, 10] prioridade um; *TRTS* = 11 prioridade dois; *TRTS* = 12 prioridade três; *TRTS* = 0 morto (INEM, 2012).

Através da partilha com a enfermeira Tutora compreendi as alterações que ocorrem perante uma situação de emergência multivítimas, exceção e catástrofe, no que concerne à implementação de triagem multivítimas através do método *START* e *TRTS*, à alocação das vítimas por áreas e as alterações físicas de espaços que a mesma acarreta para prestar cuidados a vítimas P1, P2 e P3 bem como me explicou a utilização dos *kits* de emergência e catástrofe. Quando explorei o armário que acondiciona o plano de emergência e o material para responder a estes cenários, tive a oportunidade de observar estes *kits* que incluem cartões de registo da triagem secundária através do método *TRTS*, pulseiras de identificação por cores, material de reanimação e trauma, requisições de análises e exames complementares de diagnóstico, materiais de proteção individual.

A consulta do plano de emergência, a clarificação de conceitos e a partilha com o Tutor permitiram compreender a dinâmica inerente, consolidar conhecimentos e

desenvolver competências na concepção dos planos de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe e na implementação dos mesmos em contexto real.

No que concerne ao contexto do SMI, verifiquei que este serviço partilha o mesmo plano de emergência e catástrofe, uma vez que os serviços pertencem à mesma unidade hospitalar, e o plano é implementado a nível institucional. Procurei junto da enfermeira Tutora também compreender a dinâmica e organização do serviço perante a ativação do plano de emergência, notando que à semelhança do SU a equipa multidisciplinar detém conhecimentos sobre a ativação e implementação do plano de emergência e catástrofe.

No extra-hospitalar, desenvolvi conhecimentos e competências na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, dado que estas situações surgem neste contexto. De modo a estar preparada na eventualidade de surgir uma destas situações, recorri a pesquisas bibliográficas, à consulta de manuais e protocolos do INEM e do plano de emergência e catástrofe do hospital em que a equipa de SIV se encontra integrada e ao diálogo com o Tutor e restantes elementos multiprofissionais, tendo entendido a forma de atuação e organização e o papel do enfermeiro nestas ocorrências.

Através desta consulta e da partilha com o enfermeiro Tutor compreendi o processo inerente à prestação de cuidados do enfermeiro perante uma situação desta natureza, explorei o material da ambulância SIV para atuar neste tipo de ocorrências que engloba um kit com etiquetas de triagem, cartões de óbito e um marcador que permite a realização de uma triagem sistemática e célere e o estabelecimento de prioridades. Realço a importância de conhecer os protocolos, compreender a dinâmica e funcionamento do plano de emergência e catástrofe e manter as redes de comunicação operacionais de modo a permitir uma atuação rápida, eficiente e coordenada. Procurei ainda esclarecer as dúvidas que foram surgindo com o enfermeiro Tutor, tendo compreendido a importância da atuação do EEEMC nestas ocorrências, assumindo um papel fulcral na elaboração dos planos de emergência mas também na prestação de cuidados em situações desta índole, onde é exigido um elevado rigor na capacidade de tomada de decisão inerente ao processo de triagem de multivítimas através da metodologia *START* e *TRTS*, à gestão e organização da situação, dos profissionais e dos recursos e de priorização dos cuidados às vítimas.

De salientar que no mestrado, no âmbito da UC “Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe” foram abordados conteúdos inerentes à intervenção do EEEMC à PSC neste tipo de situações, alvo de aprofundamento através da elaboração

e apresentação de um plano de intervenção de emergência e catástrofe, a partir de um caso clínico fictício de um cenário multivítimas fundamentado na evidência científica. Os conhecimentos desenvolvidos serviram como base de sustentação para o desenvolvimento e aquisição de competências neste domínio durante os EC.

Apesar de não ter vivenciado situações de emergência, exceção ou catástrofe, ao longo das práticas clínicas compreendi o papel primordial do EEEMC à PSC, através das suas competências, enquanto profissional que se encontra na linha da frente neste tipo de situações, desenvolvi e consolidei conhecimentos nesta área, desde a conceção dos planos de intervenção em emergência, exceção e catástrofe à sua aplicação prática, pelo que considero ter adquirido as competências exigidas ao EEEMC à PSC nesta vertente.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Segundo o regulamento n.º 429/2018, face ao elevado risco de infeção inerente à diversidade de contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados associada à necessidade de múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para a sobrevivência da PSC e/ou falência orgânica, é competência específica do EEEMC à PSC maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos constituem um dos problemas mais alarmantes na saúde, sendo essencial que as instituições de saúde e profissionais estejam sensibilizados para atenuar esta problemática (DGS, 2018). As IACS são um dos efeitos adversos mais frequentes dos cuidados de saúde e representam um problema de saúde pública a nível mundial, sendo que Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas da sua prevalência (DGS, 2018). Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* estas infeções aumentam o risco de mortalidade e morbilidade, dias de internamento, antibióterapias e o grau de dependência após a alta o que, aumenta os custos financeiros, económicos e sociais individuais e da sociedade (Gonçalves & Carmo, 2022). Assim, as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos representam uma ameaça à segurança do doente e acarretam um impacto financeiro significativo nas instituições e no sistema de saúde (DGS, 2018).

Visando a segurança dos doentes um dos objetivos definidos no PNSD 2021-2026, aprovado no despacho n.º 9390/2021, consiste na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos. De forma a mitigar esta problemática, têm sido desenvolvidas em Portugal algumas iniciativas como o PPCIRA atualizado em 2017 que engloba um conjunto de programas de vigilância epidemiológica; a norma de “Precauções Básicas de Controlo de Infeção” (PBCI) atualizada em 2013 com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de fontes de infeção e a norma de “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” publicada em 2019 (DGS, 2017; DGS, 2013; DGS, 2019).

As PBCI permitem diminuir a incidência das IACS e garantir a segurança dos utentes e profissionais de saúde e abrangem dez itens: colocação do doente; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Esta problemática deve ser alvo da atenção de todos os profissionais de saúde, e especialmente do EEEMC na PSC, dado que uma das suas competências se centra na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018). Durante as práticas clínicas, debruicei-me sobre esta área de modo a prestar cuidados seguros e procurando minimizar o risco de transmissão de microrganismos através da adoção das medidas de prevenção e controlo de infeção. Para tal, consultei a bibliografia mais recente sobre as orientações da DGS e procurei em cada contexto da prática compreender as orientações internas e protocolos das instituições através da consulta dos mesmos e discussão com os Tutores.

No SU verifiquei que a prestação de cuidados é sustentada nas orientações e normas emanadas pelo PPCIRA e implementadas pela Comissão de Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) do hospital, tendo consultado as mesmas e verificado o seu acesso permanente em plataforma digital da instituição, com as quais já me encontrava familiarizada dado exercer funções na instituição, contudo, além das orientações transversais a todos os serviços procurei conhecer as particularidades do SU.

Na prestação de cuidados procurei cumprir as orientações no que respeita à prevenção e controlo de infeção, para tal, adotei as PBCI, cumprindo os circuitos definidos e a alocação dos doentes bem como a utilização de EPI de forma criteriosa em

cada situação e de materiais individualizados evitando a transmissão cruzada de infeção. A escolha do EPI foi sempre baseada no risco de infeção associado aos cuidados prestados e procedimentos realizados (invasivos e não invasivos). Procedi à higienização das mãos frequentemente respeitando os momentos para tal preconizados.

A DGS, na norma 007/2019, realça que a higienização das mãos é uma das medidas que contribui para a diminuição das IACS e, por isso, para a redução da morbilidade e mortalidade. Verifiquei que a equipa do SU se encontra sensibilizada para a importância desta prática e incorpora a mesma nos cuidados. Além disso, são realizadas formações frequentes nesta área, encontrando-se o serviço dotado de locais destinados à lavagem das mãos e de soluções alcoólicas em todos os espaços da prestação de cuidados identificados com ilustrações da correta lavagem das mãos.

Segundo a norma n.º 029/2012 da DGS, na admissão na unidade de saúde, o doente deve ser assumido como possível colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e pode constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção. Na prática vivenciada uma das dificuldades com que me deparei foi o cumprimento das medidas de isolamento, quer pela afluência e sobrelotação de doentes por exemplo na SE, que a emergente necessidade de cuidados compromete por vezes as devidas precauções de controlo de infeção no que diz respeito à desinfeção adequada da SE e descontaminação do equipamento clínico, quer pela ausência de meios físicos necessários para o cumprimento das diferentes medidas de isolamento. Ao contrário do isolamento de gotícula que, desde a pandemia covid19 tem uma área destinada a este tipo de isolamento, os doentes em isolamento de contacto são alocados nas salas comuns, sendo que apesar do esforço dos profissionais em cumprir as precauções de contacto, procurando por exemplo, sempre que possível respeitar a distância entre as macas e utilizar biombos para isolar os utentes, há um elevado risco de comprometimento das mesmas dada a limitação do espaço físico e a elevada afluência de doentes. Estes são os principais aspetos que identifiquei como alvo de melhoria, tendo através da partilha com o enfermeiro chefe e Tutor compreendido que é também uma preocupação para o serviço.

Segundo a DGS (2017), existem vários fatores de risco, aos quais os doentes são expostos, que aumentam o risco de IACS, tais como, a gravidade da doença, o uso de dispositivos invasivos, uso de antimicrobianos e cirurgias.

A PSC é particularmente vulnerável a infeções por microrganismos patogénicos, pelo próprio processo patológico e pela falência multiorgânica. No SMI, além da vulnerabilidade da PSC, a realização de procedimentos invasivos a que é submetida, aumenta o risco de IACS. Neste sentido, também foi alvo da minha atenção desenvolver competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção neste contexto.

Em consonância com o SU, no SMI as diretrizes centradas na prevenção e controlo de infeção são providas do PPCIRA através da CCIRA da instituição, detendo por isso já conhecimento das mesmas, não obstante, foi alvo da minha atenção compreender as particularidades deste contexto. Neste sentido, consultei através da plataforma da instituição protocolos específicos como: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação; Feixe de Intervenção para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico; Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Venoso Central; Feixe de intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. A consulta destes e outros protocolos permitiram-me aprofundar conhecimentos nestas áreas, prestando assim cuidados seguros de acordo com as orientações para a prevenção e controlo da infeção.

Compreendi que a prevenção e controlo de infeção, visando a diminuição das IACS é uma preocupação da equipa do SMI, cumprindo na íntegra as PBCI, conforme recomendado na norma n.º 029/2012 da DGS. Neste sentido, na prestação de cuidados adotei de forma rigorosa as PBCI em todos os doentes. Para tal, procedi à lavagem e higienização das mãos nos cinco momentos preconizados; cumprimento os cuidados da etiqueta respiratória; utilizei EPI adequado a cada situação trocando-o entre doentes.

Na prestação de cuidados, sempre que utilizei equipamentos alvo de desinfeção, coloquei os mesmo no local destinado e preenchi os documentos necessários para a sua posterior desinfeção pelos assistentes operacionais. Perante o uso de material clínico procedi à correta separação do lixo: urbano (grupo I), resíduos hospitalares (grupo II), resíduos de risco biológico (grupo III) e cortaperfurantes e fármacos (grupo IV).

Segundo a DGS (2018) as características físicas do serviço, como o número reduzido de quartos individuais e a distância insuficiente entre camas bem como o funcionamento do serviço, como a sobrelotação dos mesmos e a constituição das equipas de saúde, são fatores que aumentam o risco de transmissão cruzada de infeção. No SMI os doentes em isolamento são alocados em quartos de isolamento individuais, na unidade

destinada a isolamentos, além disso, verifiquei que na distribuição dos enfermeiros, sempre que possível, procura-se que ao enfermeiro que é atribuído um doente em isolamento, não seja atribuído mais doentes, ou que tenham o mesmo tipo de isolamento, de forma a prevenir a transmissão cruzada de infeção. Na unidade em regime aberto é respeitada a distância entre as unidades. Em relação ao controlo do ambiente, é realizada a limpeza e descontaminação do serviço e de cada unidade diariamente, e sempre que necessário, sendo acondicionado na unidade do doente apenas os materiais e equipamentos necessários. Em relação à preparação e administração de injetáveis, fomentando uma prática segura, confirmei sempre a prescrição com a identificação do doente, pesquisei sobre a terapêutica (modo de diluição, tempo e via de administração, efeitos secundários) e utilizei sempre a técnica assética na sua preparação e administração.

Além dos profissionais de saúde, a família também estabelece contacto direto com PSC, pelo que perante a presença de familiares, orientei os mesmos para as medidas de prevenção e controlo de infeção a adotar, como é exemplo a higienização das mãos.

No extra-hospitalar, de modo a prestar cuidados seguros e minimizar o risco de transmissão de microrganismos através da adoção das medidas de prevenção e controlo de infeção, consultei as orientações da DGS e procurei junto do enfermeiro Tutor compreender as orientações internas e protocolos do INEM, tendo consultado os mesmos.

Os enfermeiros no extra-hospitalar são responsáveis pela abordagem e transporte dos doentes, deparando-se com múltiplos contextos. Além disso, lidam diariamente com o desconhecido prestando cuidados fora das unidades de saúde. Para diminuir as IACS, o INEM criou em 2014 a Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos que tem desenvolvido a sua atividade de acordo com as recomendações da DGS. De realçar que no extra-hospitalar, em Portugal, não são utilizados antibióticos, pelo que a resistência antimicrobiana tem pouca relevância, sendo todos os esforços centrados no controlo de infeção. Através da consulta dos manuais de controlo de infeção do INEM verifiquei que os mesmos realçam a importância das PBCI, sendo o seu cumprimento responsabilidade dos profissionais de saúde e um indicador de boa prática.

Ao longo do EC na prestação de cuidados de forma direta e indireta adotei as práticas recomendadas no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção. Para tal, adotei as PBCI na prática diária e adaptei as mesmas a cada ocorrência assim como as orientações do INEM, salvaguardando a segurança da equipa, da pessoa e do local.

Em cada situação, avaliei o risco de infecção da pessoa, através da sintomatologia, informações prévias como história de internamentos recentes ou de colonização prévia por organismos multirresistentes, procurando adequar as medidas e equipamentos de proteção. A lavagem e higienização das mãos é uma das PBCI que tenho já enraizado na minha prática profissional diária, pelo que de forma quase inata incorporei a mesma na prestação de cuidados no extra-hospitalar. Adotei as recomendações da etiqueta respiratória e da utilização de EPI ajustado a cada situação e ao risco previamente avaliado. É inegável a relevância do uso racional e adequado de EPI em qualquer contexto de prestação de cuidados, para segurança da pessoa e dos profissionais de saúde. Neste aspeto, a pandemia COVID-19 realçou a importância do uso criterioso e ajustado do EPI.

Em relação à descontaminação do equipamento clínico, a equipa responsável pela viatura de emergência é responsável pela descontaminação dos equipamentos e da viatura. Assim, colaborei na descontaminação do equipamento e da célula sanitária em cada ocorrência e na higienização e desinfeção dos veículos semanalmente. Apesar da prestação de cuidados ocorrer, maioritariamente, na viatura de emergência de transporte, também prestamos cuidados no domicílio e na via pública, pelo que nestes contextos, procurei igualmente cumprir as PBCI, de forma a promover o controlo ambiental. Cumprir as orientações da recolha segura de resíduos acondicionando os mesmos nos respetivos grupos de resíduos para o seu tratamento adequado. Na preparação e administração de injetáveis adotei as práticas seguras recomendadas e consultei o procedimento do INEM relativo a como atuar perante a exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Atendendo às experiências explanadas, acredito ter desenvolvido conhecimentos acerca do plano nacional de prevenção e controlo da infeção e de outras diretrizes e ter incorporado os mesmos na conceção de cuidados. Cumprir as orientações e normas preconizadas para a prevenção e controlo de infeção, prestando cuidados seguros, e identifiquei necessidades e possíveis melhorias, contribuindo para a prevenção e controlo da infeção, pelo que considero ter desenvolvido competência em maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na PSC e/ou falência orgânica, conforme preconizado ao EEEMC à PSC no Regulamento n.º 429/2018.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E AQUISIÇÃO DE MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ao longo do presente relatório, explanei o percurso de desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas na área de especialização em EMC no cuidar da PSC ao longo das práticas clínicas. Visando a obtenção do grau de mestre e dando resposta ao plano de Estudos do Curso de Mestrado em EMC, ramo na PSC, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, será evidenciado neste capítulo de forma pormenorizada e fundamentada, o desenvolvimento das competências de mestre descritas no Decreto-Lei 65/2018, através da análise e reflexão do percurso realizado ao longo do mestrado.

Este percurso, tendo em vista a mestria em EMC, iniciou-se com a aprovação nas unidades curriculares lecionadas, onde aprofundei e consolidei conhecimentos, integrando conteúdos que se revelaram fundamentais para o desenvolvimento das competências em enfermagem na prestação de cuidados à PSC mormente no que concerne à PSC vítima de trauma no extra-hospitalar.

Nas diferentes UC, desenvolvi e apresentei vários trabalhos, nomeadamente: contributo dos modelos conceituais de Enfermagem - modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner; resolução de um dilema ético alusivo a um caso clínico fictício, evidenciando o processo de construção da tomada de decisão ética em enfermagem segundo o Modelo DECIDE; gestão e liderança em Enfermagem, compreendendo a importância da liderança para a mudança, a sua capacidade para preparar os líderes do futuro e o seu impacto no processo organizacional no âmbito da enfermagem; análise crítica de um artigo científico compreendendo a sua composição e organização, desenvolvendo capacidade na leitura crítica de um artigo científico; dimensão conceptual e competências específicas do EEEMC na área da PSC; processo de enfermagem relativo a um caso clínico da PSC em CI; plano de intervenção de emergência e catástrofe, partindo de um caso clínico de uma situação de emergência multivítimas atribuído, contemplando a triagem das vítimas, a sua estabilização e transporte; IACS, especificamente a Infecção do Local Cirúrgico. A elaboração e apresentação destes trabalhos permitiram integrar a importância do EEEMC nestas áreas, sendo que estes contributos permitiram além da aquisição de novos conhecimentos,

estimular a minha capacidade de compreensão permitindo aplicar os mesmos de forma fundamentada, através dos conteúdos aprofundados na UC de investigação que me capacitaram de ferramentas essenciais na procura e seleção de evidência científica contribuindo para a aquisição de competências de mestria.

Todas as situações vivenciadas aliadas aos conhecimentos desenvolvidos e à prática reflexiva e fundamentada dos cuidados prestados, permitiram-me desenvolver a minha capacidade de lidar com questões complexas e desenvolver soluções para as mesmas. Desta forma, considero que as competências desenvolvidas vão ao encontro das competências de mestre descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018.

Nos diferentes EC procurei conhecer e colaborar no cumprimento das normas e práticas de cada serviço bem como na gestão dos projetos institucionais relativos à qualidade dos cuidados, como é exemplo, a elaboração de uma proposta de orientação clínica no SMI onde desenvolvi um algoritmo de atuação na comunicação com a PSC submetida a VM. No EC no SMI realizei um processo de enfermagem devidamente fundamentado à luz da evidência científica e dos contributos da Teoria de Virginia Hendersen, onde avaliei detalhadamente a PSC, identifiquei os focos de atenção de acordo com as suas necessidades, formulei diagnósticos de enfermagem, implementei intervenções de enfermagem e avaliei os resultados obtidos, tendo o mesmo sido partilhado e discutido com o enfermeiro Tutor bem como alvo de apresentação e discussão com os colegas de mestrado e docentes orientadores. No EC no extra-hospitalar, procurando aprofundar conhecimentos na área de opção – PSC vítima de trauma, dinamizei uma formação em serviço centrada na temática da criança vítima de trauma torácico para toda a equipa do INEM. Considero assim através destes momentos de partilha ter demonstrado conhecimentos aprofundados e raciocínio clínico aprimorado. Desta forma posso constatar que todos estes momentos contribuíram para o desenvolvimento de competências de Mestre, pois todos se traduziram em momentos de partilha e aprendizagem, indo ao encontro da competência de mestre alusiva à capacidade da pessoa em comunicar as suas conclusões, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018.

Neste percurso privilegiei a partilha de informações e esclarecimento de dúvidas que iam emergindo, junto do enfermeiro Tutor, dos elementos das equipas multidisciplinares, e dos docentes orientadores o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo ainda percecionado que estas partilhas

constituíam momentos de esclarecimento e de aprendizagem não só para mim, mas para toda a equipa. Nesta linha de pensamento, reconheço as dificuldades sentidas ao longo dos contextos clínicos como momentos de aprendizagem que se revelaram de extrema importância para o desenvolvimento das competências de mestre. Estes momentos exigiram de mim pesquisas mais aprofundadas, esclarecimentos com os demais profissionais e docentes, contribuindo para o amadurecimento do meu pensamento crítico que suporta a tomada de decisão fundamentada e uma prática profissional especializada.

Em todos os contextos clínicos elaborei duas reflexões críticas segundo a metodologia do ciclo de *Gibbs* de duas situações vivenciadas, fundamentadas na evidência científica, demonstrando capacidade de análise crítica e reflexiva acerca da prática clínica. No EC de opção, procedi à elaboração do Projeto de Autoformação, onde aprofundei o meu interesse particular no cuidar especializado da PSC vítima de trauma no extra-hospitalar, desenvolvendo conhecimentos e competências nesta área. Desta forma, considero ter demonstrado ao longo deste percurso o desenvolvimento de uma aprendizagem autónoma e auto-orientada, tendo por base as minhas necessidades e interesses, indo ao encontro das competências de mestre definidas no Decreto-Lei n.º 65/2018: d) ser capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Em suma, considero ao longo do Mestrado ter demonstrado o desenvolvimento das competências exigidas ao grau de mestre, através dos conhecimentos aprofundados e da sua adequação através da tomada de decisão fundamentada permitindo a resolução de problemas em situações não familiares e complexas, tendo por base a evidência científica e as responsabilidades éticas, legais e deontológicas. Considero igualmente ter desenvolvido capacidade em comunicar de forma clara os meus conhecimentos, raciocínios e conclusões com os meus pares, evidenciando a aquisição de autonomia no percurso de aprendizagem. O desenvolvimento destas competências permitirá orientar a minha prática profissional, objetivando manter ao longo da vida a capacidade de autoaprendizagem.

CONCLUSÃO

A concretização do presente relatório permitiu partilhar o percurso desenvolvido, através da análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem, desde as competências comuns do EE às competências específicas da EMC na área da PSC bem como as competências de mestre, para alcançar o grau de Mestre em Enfermagem com especialização em EMC após a sua apresentação e discussão pública.

Ao longo do Mestrado tive a oportunidade de realizar as práticas clínicas em três contextos distintos, permitindo prestar cuidados à PSC no SU, no SMI e no extra-hospitalar. A Enfermagem preconiza o cuidado da pessoa numa perspetiva holística, adequando os cuidados às necessidades específicas de cada pessoa de acordo com o contexto em que se insere, o que implica uma constante atualização e desenvolvimento de competências por parte dos profissionais. De acordo com a especificidade do cuidar da PSC e de cada contexto e os conhecimentos e competências exigidas ao EEEMC, delinee em cada EC objetivos específicos que nortearam o percurso realizado permitindo o desenvolvimento de um vasto conjunto de conhecimentos e aprendizagens que procurei evidenciar no presente relatório.

A realização das práticas clínicas aliadas aos contributos da componente teórica do mestrado permitiram um processo de aprendizagem gradual e contínuo, no qual tive a oportunidade de experienciar situações de diversas tipologias, entre as quais a PSC vítima de trauma, permitindo desenvolver e adquirir novos conhecimentos e competências na área da PSC e compreender o papel fulcral que o EEEMC representa na equipa multidisciplinar nestes contextos tão exigentes e imprevistos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O trauma constitui um desafio para as equipas de saúde e representa um problema de saúde pública a nível mundial devido à elevada morbilidade e mortalidade (Almeida et al., 2020). De forma particular aprofundei os conhecimentos e competências no cuidar da PSC vítima de trauma, compreendendo a importância do EEEMC nesta área. Ao longo deste percurso, perante a complexidade do cuidar da PSC e família, tornou-se evidente o papel fundamental do EEEMC no cuidar à PSC e família. Neste sentido, a prática clínica

planeada e implementada e a reflexão crítica da mesma foi direcionada para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em EMC.

No que concerne às competências comuns do EE, ao longo dos EC relatei os conhecimentos teóricos com a prática vivenciada o que permitiu ter uma visão mais abrangente e uma prestação de cuidados mais consciente, pautada nos direitos humanos e princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. Fundamentei a prestação de cuidados na evidência científica atual, geri os cuidados de acordo com a priorização dos mesmos e partilhei os conhecimentos e aprendizagens desenvolvidas entre as equipas multidisciplinares, desenvolvendo autonomia na tomada de decisão, gestão e liderança nos cuidados contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em relação às competências específicas do EEEMC à PSC, inerente à especificidade de cada EC desenvolvi competências no cuidar da PSC em contexto de urgência/emergência, cuidados intensivos e extra-hospitalar, possibilitando o desenvolvimento de uma panóplia de competências desde a gestão e administração de protocolos terapêuticos, gestão diferenciada da dor e do bem-estar, estabelecimento da comunicação efetiva e relação terapêutica que permita a assistir nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde, gestão de cuidados em situação de emergência, exceção e catástrofe e competências na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Em simultâneo, desenvolvi as competências de mestre, através da aquisição e compreensão de conhecimentos integrando os mesmos na tomada de decisão fundamentada e na apresentação de soluções para a resolução de problemas e ainda através da capacidade em comunicar de forma clara os conhecimentos adquiridos e na autonomia no percurso de aprendizagem.

Durante este percurso o desenvolvimento de novos saberes e aprendizagens, contribuiu para o amadurecimento pessoal e profissional o que me tornou mais resiliente e possibilitou adaptar-me progressivamente melhor às adversidades que emergiam. Após reflexão do percurso vivenciado, dos conhecimentos teóricos e científicos adquiridos e das competências comuns, especializadas e de mestre desenvolvidas, considero ter alcançado todos os objetivos propostos e demonstrado capacidade em mobilizar os contributos da minha aprendizagem de modo a prestar cuidados de forma autónoma, fundamentada e especializada à PSC e família, procurando a qualidade e excelência dos

cuidados. Conforme proposto no início deste percurso, considero assim ter desenvolvido as competências comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019, as competências específicas do EEEMC à PSC descritas no Regulamento n.º 429/2018 e as competências de mestre de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018.

Realço neste percurso como aspetos facilitadores da aprendizagem, a disponibilidade e apreço dos demais profissionais das equipas multidisciplinares que contribuíram para uma adequada integração nos diferentes contextos clínicos e potenciaram as oportunidades de aprendizagem, bem como o reconhecimento das minhas dificuldades e a minha determinação em ultrapassá-las, através de uma atitude proativa visando o desenvolvimento de um conjunto de saberes e competências diferenciadas. Neste sentido, realço enquanto sugestão dar continuidade ao plano estabelecido para este percurso formativo de especialização. Por outro lado, foram algumas as dificuldades sentidas, das quais destaco a gestão do tempo pessoal e profissional para conciliar com a componente teórica das aulas, com as práticas clínicas com a atividade profissional no serviço onde exerço funções e ainda conjugar com a vida pessoal. Esta gestão foi extremamente exigente, contudo, a firmeza e persistência aliada ao apoio incondicional das pessoas mais próximas, dos orientadores e docentes permitiu que todas as dificuldades fossem ultrapassadas, tendo contribuído para a minha capacidade de adaptação a novos desafios e de gestão de contratempos e dificuldades que irão sempre acompanhar a vida pessoal e profissional.

Por fim, realço que este percurso contribuiu para o desenvolvimento e enriquecimento profissional, através das aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como para o crescimento pessoal, através das competências e habilidades humanas e sociais tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Através do explanado no presente relatório considero que desenvolvi e adquiri as competências comuns e específicas do EEEMC e de Mestre e acredito que tais competências me permitem hoje prestar cuidados de maior excelência e permitirão orientar a minha prática profissional, objetivando manter ao longo da vida a capacidade de autoaprendizagem e a excelência dos cuidados, enquanto futura EEEMC, na área da PSC. Futuramente pretendo dar continuidade ao investimento no percurso formativo em prol da melhoria contínua a nível profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Alharbi, R. J., Shrestha, S., Lewis, V., & Miller, C. (2021). The effectiveness of trauma care systems at different stages of development in reducing mortality: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*, 16(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00381-0>

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>

Amaral, G. & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. [10.12707/RV20036](https://doi.org/10.12707/RV20036)

Ameln, R. S. von, Azevedo, N. A., Neves, J. de L., Amaral, D. E. D. do, & Pinto, A. A. (2021). Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista. *Research, Society and Development*, 10(3), e1110312981. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12981>

American College of Surgeons. (2018). Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual (10th ed.).

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2023). *RELATÓRIO NOVEMBRO 2022: Sinistralidade 24 horas Fiscalização e contraordenações*. 978-989-9132-07-8

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Bristot, R., Ceretta, L., Soratto, M. (2017). Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. *Enfermagem Brasil*, 16(1), 11-19. <https://doi.org/10.33233/eb.v16i1.899>

Borges, L. & Brasileiro, M. (2018). Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2, 55-64. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/paciente-politraumatizado.pdf>

Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K., Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1). 261-272. DOI [10.1590/1413-81232020251.27682019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019)

Cardoso, D., Coelho, A., Louçano, C., Parola, V., Rodrigues, M., Overholt, E., Apóstolo, J. (2019). Tradução e adaptação de instrumentos sobre prática baseada na evidência para estudantes de enfermagem portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 141-152. <https://doi.org/10.12707/RIV19058>

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

Correia, G. (2020). *O Delirium na pessoa em situação crítica: da realidade subdiagnosticada à intervenção do enfermeiro especialista*. [Master's thesis, Escola

Superior de Enfermagem]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/66088>

Costa, M., Queiroz, R., Silva, É, Pinho, J., Aragão, M., Matos, J, Macêdo, J., & Formiga, N. (2020). Cinemática e avaliação de vítima de trauma no atendimento pré-hospitalar: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11328–11336. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-378>

Cunha, H. (2020). *DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS FACE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/30899>

Cunha, S. (2017). *PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1887>

Cunha, V. & Tourinho, E. (2010). Assertividade e Autocontrolo: Interpretação Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 295-303. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200011>

Dantas, C., Dantas, F., Brito, R., Furtado, P., Félix, B., Pastor, A. (2018). Dilemas éticos na saúde: reflexões para a tomada de decisão. *Paraninfo Digital*, 12(28), 1-3. <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e051.pdf>

Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República: I série, n.º 205 (4 setembro) 2959-2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República: I série, n.º 157 (16 agosto) 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Decreto-Lei n.º 71/2019. Diário da República: I série, n.º 101 (27 maio) 2626-2642.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

DeSantana, J., Perissinotti, D., Junior, J., Correia, L., Oliveira, C., Fonseca, P. (2020). Definição de dor revisada após quatro décadas. *Brazilian Journal of Pain* 3(3), 197-198.
<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 153 (11 agosto). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 11/2002 do Ministério da Saúde, Diário da República: I-B, n.º 55 (6 março).
<https://dre.tretas.org/dre/149913/despacho-normativo-11-2002-de-6-de-marco>

Despacho n.º 2534/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: II série, n.º 45 (5 março). <https://dre.tretas.org/dre/4442723/despacho-2534-2021-de-5-de-marco>

Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 79 (23 abril), 11123-11124. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>

Despacho 6430/2017 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Diário da República: II série, n.º 142 (25 julho). <https://dre.tretas.org/dre/3040683/despacho-6430-2017-de-25-de-julho>

Despacho n.º 8977/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: II série, n.º 196 (11 outubro). <https://dre.tretas.org/dre/3115692/despacho-8977-2017-de-11-de-outubro>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: II série, n.º 187 (24 setembro) 96-103.
<https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>

Dias, M. S. O. (2019). *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28685>

Direção-Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular normativa n.º 07/DQS/DQCO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–26). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 007/2010 - Elaboração de planos de emergência nas unidades de saúde. https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/AUD_Memo_Capacidade_resposta_situacoes_emergencia_20220202.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma N.º 017/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma N.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma N.º 015/2013 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma N° 011/2013 - Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-da-transfusao-macica-no-adulto.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma N° 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%Aancia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma N° 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://www.dgs.pt/directrizes-dads/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma N° 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma N° 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma N° 012/2022 – Via Verde do Trauma no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma N° 017/2022 - Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx

Faria, J., Sousa, P., Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global* 17(50), 490-502. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>

Ferreira, D., Filho, M., Silva, F., Andrade, E., Medeiros, R. (2022). GESTÃO DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19. *Temas em Saúde*, 22(4), 92-100. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2022/08/22406.pdf>

Gallagher-Ford, L., Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L., Melnyk, B. (2020). The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 71-81. [10.1111/wvn.12397](https://doi.org/10.1111/wvn.12397)

Godinho, P. M. G. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multivítimas - Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>

Gomes, B. (2020). *Comunicar com o dente ventilado em cuidados intensivos*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33195>

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1- 19. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Holm, A., Viftup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11). [10.1111/jan.14524](https://doi.org/10.1111/jan.14524)

Hweidi, IM (2007). Percepção de estressores de pacientes jordanianos em unidades de terapia intensiva: uma pesquisa por questionário. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, 44(2), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur.stu.2005.11.025>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Abordagem à Vítima* (1ª Edição). ISBN 978-989-8646-12-5

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção* (1ª Edição). ISBN 978-989-8646-08-8

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Protocolo Ambulância SIV*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2014). *CIRCULAR NORMATIVA n.º 1/2014. Formação VMER e SIV – Enfermeiros*. Lisboa. INEM, Departamento de formação em emergência médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Relatório Anual: Integração VMER e SIV*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *INEM promove Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação para Médicos*. <https://www.inem.pt/2019/11/14/inem-promove-curso-de-viatura-medica-deemergencia-e-reanimacao-para-medicos/>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica. <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Meios-de-Emerg%C3%AanciaM%C3%A9dica-2019.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Relatório de Atividade do CODU. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-CODU-2020.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). Relatório de atividade do CODU. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>

Instituto Português da Qualidade. (2015). *Norma Portuguesa EN ISO 9001:2015*. http://ftp.sdum.uminho.pt/normasipq/NPENISO009001_2015.pdf

International Council of Nurses (2019). ICNP - Browser. <https://www.icn.ch/whatwedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jansen, R., Silva, K., Moura, M. (2020). A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>

Langerud, A., Rustoen, T., Brunborg, C., Kongsgaard, U., Stubhaug, A. (2018). Prevalence, Location, and Characteristics of Chronic Pain in Intensive Care Survivors. *Pain Management Nursing*, 19(4), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.11.005>

Lei n.º 156/2015. Diário da República: I Série, n.º 181 (16 setembro).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei n.º 80/2015. Diário da República: I Série, n.º 149 (3 agosto). 5311-5326.
<https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>

Lei n.º 95/2019. Diário da República: I série, n.º 169 (4 setembro) 55-66.
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lopes, A. C. G. (2018). *Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica como Intervenção Especializada do Enfermeiro*. [Master's thesis, Escola Superior De Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/27943>

Lopes, A. M. M. (2021). *A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2700>

Lovrenčić, P., & Rotim, C. (2019). Evaluation and care of a polytraumatized patient. *Croatian Nursing Journal*, 3(1), 93–102. <https://doi.org/10.24141/2/3/1/8>

Martiniano, E., Campos, J., Barros, A., Nascimento, A., Campos, J., Luz, D. (2020). Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 23(270), 4861-4866. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872>

Martins, B., Pimentel, C., Rodrigues, G. (2021). ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(3), 69-73.
<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/236>

Máximo, M. & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 30(4), 157-170. <https://doi.org/10.25751/rspa.24797>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific*. Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (5th ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer/Lippincott Williams Wilkins.

Meleis, A. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). https://www.researchgate.net/publication/331537467_Facilitating_and_Managing_Transitions_An_Imperative_for_Quality_Care

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-9. [10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

Mendes, D., Moraes, F., Lima, G., Silva, P., Cunha, T., Crossetti, M., Riegel, F. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 302-318. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103452>

Mota, J. (2019). *Resultados do tratamento da úlcera péptica hemorrágica num hospital central*. [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto <https://hdl.handle.net/10216/121547>

Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, A., Silva, M., Campos, R., Santos, M. (2021). Eficácia das intervenções de enfermagem pré-hospitalares na estabilização de

vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência* 5(6), 1-8.
<https://doi.org/10.12707/RV20114>

Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., Pereira, S. (2020). GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. *Millenium*, 2(5), 269-279.
<https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

National Association of Emergency Medical Technicians. (2020). PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. (9ª Edição) Artmed.

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2nd. ed.). Loures: Lusodidacta.

Oliveira, M., Almeida, P., Moreira, T., Torres, R. (2019). Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1625-1631. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>

Olsen, B., Valeberg, B., Jacobsen, M., Smastuen, M., Puntillo, K., Rustoen, T. (2020). Dor em pacientes de unidade de terapia intensiva - Um estudo longitudinal, *Nursing Open* 8(1), 224-231. [10.1002/nop2.621](https://doi.org/10.1002/nop2.621)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). 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. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Cipe® versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer N.º 09/2017. *TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepe ssoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer CJ 53/2017. *Relatório CEMBE – APIFARMA*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17864/parecer_53_2017_cj_cembe-apifarma.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer N.º 10/2017. *DIFERENCIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM RELAÇÃO AO ENFERMEIRO GENERALISTA, NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 114/2021 – *Avaliação Sistémica da Dor*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avalia%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer N.º 05/2021. *Dotações das equipas de VMER. PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM E MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-ymer-anonimizado.pdf

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma* (pp. 1–227). https://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações*. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-marc%CC%A7o-2023-final-II_CEMI_OM.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *MANUAL DE POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Parreira, J., Rondini, G., Below, C., Tanaka, G., Pelluchi, J., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S., Assef J. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 4(4), 340-347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>

Pinho, Carla. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33790>

Potra, T. (2015). *GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS CHEFES À QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*. [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, *Diário da República: II série*, nº 26 (6 fevereiro) 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República: II série, n.º 123 (26 junho) 17240-17243. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação, Diário da República: II série, n.º 135 (16 julho) 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento que define o ato do enfermeiro, Diário da República: II série, n.º 131 (8 julho) 179-182. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República: II série, n.º 184 (25 setembro) 128-154. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Diário da República: II série, n.º 21 (30 janeiro) 3478-3487. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>

Reis, D. & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 12 (especial), 109-110. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>

Reyes, J. & Álvarez, L. (2022). Concept Analysis of Interpersonal Skills in Nursing. *Aquichan*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.3>

Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 25-32). Lidel – edições técnicas, lda.

Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., Miranda, L. (2018). Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde* 4(2), 11-22. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648>

Schneider, L., Pereira, R., Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>

Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Neto, A., Melo, L., Silva, F. (2021). UTILIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR ENFERMEIROS NO SERVIÇO HOSPITALAR. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26, e67898. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Silva, T. A. (2019). *A triagem realizada no pré-hospitalar e hospitalar por profissionais em situações de exceção/catástrofe garantindo a continuidade dos cuidados*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Politécnico de Leiria <http://hdl.handle.net/10400.8/4713>

Silva, W., Côrtes, E., Silva, P., Ferreira, M., Machado, P., Silva, V., Marta, C. (2019). Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva. *Saúde Coletiva*, 9(51), 1926-1932. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i51p1926-1932>

Soares, C. & Heidemann, I. (2018). PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: EXPECTATIVAS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>

Sousa, E. M. L. J. (2019). *CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA VÍTIMA DE CATÁSTROFE/ EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS: UMA ABORDAGEM INTEGRADA*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório comum <http://hdl.handle.net/10400.26/34059>

Trigo, I., Coelho, M., Ribeiro, O. (2022). GRAVIDADE DO TRAUMA EM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE VIAÇÃO ADMITIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. *Servir* 2(02), 1-14. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

World Health Organization. (2018). Global Status Report on Road Safety 2018. World Health Organization (p. 1–424). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>