

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA:**

**Um percurso de aquisição de competências do extra-
hospitalar aos cuidados intensivos**

Rúben Duarte Nóbrega Rodrigues

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

**Funchal,
2024**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA:**

**Um percurso de aquisição de competências do extra-
hospitalar aos cuidados intensivos**

Rúben Duarte Nóbrega Rodrigues

Orientadora: Professora Doutora Noélia Pimenta

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

**Funchal,
2024**

“Se você pretende alcançar a excelência em grandes coisas, desenvolva o hábito nas pequenas coisas. A excelência não é uma exceção, mas uma atitude permanente”

Colin Powell, s.d.

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de mestrado contou com importantes incentivos sem os quais não teria sido possível a sua concretização, por isso endereço seguidamente alguns agradecimentos como forma de demonstrar a minha gratidão.

À Professora Doutora Noélia Pimenta por tudo o que já me ensinou e continua me ensinando, por contribuir de forma ímpar para o meu desenvolvimento e potenciar a minha evolução a nível profissional e pessoal.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny por todo o profissionalismo, qualidade e excelência na formação.

À Ana Sofia Pereira por termos realizado mais esta etapa juntos, foi uma aventura extremamente dura e enriquecedora! Foste uma motivação constante e tudo ficou mais fácil. Orgulhoso por tudo o que vimos a construir e confiante com o que o futuro nos reserva.

Aos meus pais por nunca me faltarem com nada, sempre lutarem por mim, me encorajarem a ir mais além e pelas palavras sábias tão preciosas.

À minha irmã por toda a paciência, carinho e apoio incondicional.

Aos meus amigos que foram fundamentais ao longo deste percurso cada um à sua medida, foram ajudando-me e motivando-me a cada dia.

Aos que já partiram e continuam iluminando o meu caminho.

A todos que não explicitamente mencionados, sob as mais variadas formas, contribuíram para a conclusão deste percurso com sucesso.

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, cuja apresentação e discussão pública visam a obtenção do título de especialista e grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório evidencia o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; demonstra o desenvolvimento do pensamento crítico na abordagem à Pessoa em Situação Crítica nos diferentes contextos da prática e evidencia o desenvolvimento de competências de Mestre de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

Para a consecução destes objetivos foi fundamental a realização do Ensino Clínico I – Serviço Urgência Polivalente no Hospital Dr. Nélio Mendonça; Ensino Clínico II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça assim como o módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório; módulo II (opção) no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto e em contexto extra-hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica.

A minha área de opção incide na abordagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto extra-hospitalar até a assistência na sala de emergência, no sentido de desenvolver competências nestas áreas do cuidar. Assegurando um atendimento de qualidade e efetivo em contexto urgente e emergente à Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a continuidade dos cuidados prestados desde o ambiente extra-hospitalar até à sala de emergência e cuidados intensivos. Como resultados de aprendizagem evidencio o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; no dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.

A metodologia utilizada é a descritiva, analítica e crítico-reflexiva, recorrendo à evidência científica atual e situações experienciadas durante o percurso efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidar; Competências especializadas.

ABSTRACT

This internship report comes within the scope of the 5th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Critically Ill Person, of the Nursing School of São José de Cluny, whose presentation and public discussion aim to obtain the title of specialist and Master's degree in Medical-Surgical Nursing.

The report highlights the process of development of common and specific competencies of nurses specialized in Medical-Surgical Nursing in the area of Critically Ill Person nursing; demonstrates the development of critical thinking in the approach to Critically Ill Person in the different contexts of practice and highlights the development of Master's skills in accordance with Decree-Law No. 65/2018.

In order to achieve these objectives, it was essential to carry out Clinical Education I – Multipurpose Emergency Service at Hospital Dr. Nélío Mendonça; Clinical Teaching II in the Multipurpose Intensive Care Unit of the Hospital Dr. Nélío Mendonça, as well as module I of the Curricular Unit Internship with Report; module II (option) in the Emergency Department of the Centro Hospitalar Universitário do Porto and in an extra-hospital context at the National Institute of Medical Emergency.

My area of choice focuses on the approach to Critically Ill Person in an out-of-hospital context up to emergency room care, in order to develop skills in these areas of care. Ensuring quality and effective care in an urgent and emerging context for Critically Ill Person, contributing to the continuity of care provided from the out-of-hospital environment to the emergency room and intensive care. As learning outcomes, I highlight the development of skills in caring for the person, family/caregiver experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure; in streamlining the response in emergency, exception and disaster situations and in maximizing intervention in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance.

The methodology used is descriptive, analytical and critical-reflective, using current scientific evidence and situations experienced during the course of clinical teaching.

Keywords: Critically Ill Person; Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing; Care; Specialized skills.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS – Advanced Cardiovascular Life Support

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Bpm – Batimentos por minuto

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CI – Cuidados Intensivos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

Dr. – Doutor

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

EPI – Equipamento Individual de Proteção

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCS – Glasgow Coma Scale

HNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IV – Intravenoso

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRMI – Medical Response to Major Incidents

NEWS - National Early Warning Score

O2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PHTLS – Prehospital Trauma Life Support

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Região Autónoma da Madeira

SARS-CoV-2 - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave Dois

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SE – Sala de Emergência

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlceras por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. PERCURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	11
1.1. Contextualização teórica dos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica desde o Extra-hospitalar aos Cuidados Intensivos	17
1.1.1. Serviço de Urgência Polivalente Hospital Dr. Nélio Mendonça	23
1.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Hospital Dr. Nélio Mendonça ...	25
1.1.3. Serviço de Urgência Centro Hospitalar Universitário do Porto.....	27
1.1.4. Instituto Nacional de Emergência Médica	28
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	32
2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	37
2.3. Gestão dos cuidados.....	47
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	50
3. TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	53
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	53
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.	71
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica	76
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	82
CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), sendo orientado pela Professora Doutora Noélia Pimenta, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2021-2022. A sua realização e subsequente discussão pública visam a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto no seu artigo 20º define a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, e propõe para a obtenção deste grau a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021), relatório, corresponde a um relato escrito que visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização dos estágios, acompanhado por uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, baseado num pensamento teórico em Enfermagem. A reflexão permitir-me-á raciocinar sobre o que realizei, sustentando na evidência científica e desenvolvendo assim o meu pensamento crítico. Permitindo-me adotar uma tomada de decisão mais assertiva e efetiva, bem como agir adequadamente, refletidamente e fundamentadamente perante cada situação.

Este relatório de estágio tem por objetivos: evidenciar o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC; demonstrar o desenvolvimento do pensamento crítico na abordagem à PSC nos diferentes contextos da prática e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre através da discussão pública do relatório de estágio de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

Para a consecução destes objetivos o curso de mestrado contempla Unidades Curriculares que por sua vez integram ensinamentos clínicos, nomeadamente o Ensino Clínico I – Serviço de Urgência Polivalente realizado no Hospital Dr. Nélcio Mendonça; Ensino Clínico II e Módulo 1 da Unidade Curricular Estágio com Relatório efetuado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélcio Mendonça e Módulo 2 Opção Clínica realizado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) e em contexto extra-hospitalar nomeadamente no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A seleção dos contextos de opção clínica teve por base uma reflexão realizada em que identifiquei a necessidade de desenvolver competências no cuidar da PSC em situação de urgência e emergência no contexto extra-hospitalar e na Sala de Emergência com o intuito de assegurar um atendimento de qualidade, seguro e efetivo. O extra-hospitalar é uma área que não tenho contacto na minha prática diária, daí considerar importante esta experiência para compreender os cuidados que são prestados neste ambiente, pouco controlado, de forma a desenvolver uma visão mais abrangente sobre o cuidar do doente aquando da admissão na sala de emergência, contribuindo para uma prestação de cuidados de enfermagem de continuidade.

Os diferentes contextos de atuação e situações clínicas permitirão integrar e aprofundar conhecimentos, técnicas e habilidades rumo ao desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do enfermeiro especialista. Os trabalhos desenvolvidos ao longo dos ensinamentos clínicos, projeto/relatório de autoformação, relatório de estágio, reflexões críticas e estudo de caso sustentados na evidência científica servirão de suporte ao meu relatório de estágio cuja metodologia a utilizar será descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo à evidência científica atual e situações experienciadas durante o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos.

O relatório será organizado em quatro capítulos, no primeiro capítulo será realizada uma descrição/caracterização dos serviços onde tive oportunidade de desenvolver a prática clínica. No segundo capítulo uma descrição e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. No terceiro capítulo o desenvolvimento de competências especializadas e por fim no quarto capítulo o percurso de aquisição das competências de Mestre.

Saliento que o presente relatório será redigido segundo as normas preconizadas no guia orientador da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

1. PERCURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A evolução da sociedade tem proporcionado o aumento da longevidade gerando um aumento das necessidades de cuidados de saúde e grandes desafios nas instituições de saúde. Segundo o Artigo 4.º do Decreto-lei nº 161/96:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Na enfermagem o desenvolvimento de novo conhecimento é cada vez mais uma constante, gerando a necessidade de formação contínua como forma de proporcionar uma adequada resposta ao ser humano, que vise cada vez mais a minimização/inexistência de morbilidades e promoção da independência da pessoa que necessita de cuidados.

A prática de enfermagem nem sempre foi como é atualmente, de acordo com Ribeiro, et al., (2018), historicamente na enfermagem, o saber, era construído a partir de outras áreas e efetivado como método de tarefa visando a cura. Neste sentido o surgimento das teorias de enfermagem permitiu-nos distinguir e trazer fundamento a esta área da saúde, separando-a da exclusiva realização de tarefas passando a focar-se no cuidar. Florence Nightingale é reconhecida como a primeira teórica moderna de enfermagem, que introduziu a importância das questões teóricas para o seu desenvolvimento.

Só na década de 50 a enfermagem separou-se do modelo biomédico, integrando os cuidados de enfermagem direcionados para a pessoa em todas as suas dimensões, numa procura de identidade e autonomia de intervenção e não direcionados para a gestão de sinais e sintomas associados à doença (Nunes, 2003). Esta evolução não seria possível sem a investigação e estudo por parte de algumas teóricas que criaram os paradigmas e modelos de enfermagem no sentido de construir um corpo de conhecimento específico, facultando o reconhecimento e afirmação àquela que viria ser a profissão de enfermagem através do desenvolvimento de uma prática mais diferenciada, complexa e exigente. A enfermagem, desde 21 de abril de 1998 tem um modelo de autorregulação conseguido através da publicação do Estatuto da OE.

Atualmente, enfermagem é reconhecida como profissão, uma vez que é uma estrutura organizada e institui conhecimento de acordo com a disciplina, integra um código de ética, autonomia, conhecimento científico, compromisso, relevância para valores sociais de base, conferindo-lhe a capacidade de caracterizar a sua prática e de se autorregular (Morais, 2012).

Os Enfermeiros são fulcrais na aquisição de autonomia na profissão, através da construção de um corpo de conhecimento próprio. O mesmo é construído com a integração dos saberes adquiridos e experiências face às necessidades e problemas que identificam nos diferentes contextos da prática, surgindo da reflexão sobre a ação, conhecimento, que se transforma em ciência ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares (Lopes, 2021).

O cuidar da pessoa, família/cuidador em contexto de urgência/emergência é uma tarefa complexa e exigente requerendo do enfermeiro elevados conhecimentos, competências e habilidades. Conforme Correia (2012), aprender a cuidar da PSC implica uma reflexão sobre a prática que enfatize a pessoa e as suas necessidades de cuidados e relacione saberes científicos, técnicos, éticos, relacionais e estéticos. Os desenvolvimentos científicos, técnicos e tecnológicos no cuidar da PSC têm proporcionado a evolução do cuidar, melhorando aspetos da prática clínica e resultados esperados, embora esta evolução tenha algumas repercussões negativas no que concerne aos aspetos humanísticos (Heras La Calle et al., 2017).

De acordo com Costa e Gonçalves (2021), os saberes mobilizados pelos enfermeiros envolvem o saber científico, o saber ético, saber ser, saber estar, saber fazer e o saber estético, ou seja, o enfermeiro além de deter o seu raciocínio lógico, conhecimentos científicos e técnicos que se revestem de enorme importância e são essenciais nos cuidados também tem de atender aos aspetos éticos, relacionais, reflexivos e estéticos pois a junção de todas estas características, permite-lhe realizar cuidados holísticos, equitativos e diferenciados, aliando a ciência do cuidar à arte do cuidar.

Segundo a Teoria das Transições, o enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde-doença, sendo este parte integrante do seu contexto sociocultural e que se encontra a viver uma transição. As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção e o enfermeiro utiliza algumas ações para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis, 2012). A mesma autora defende que as transições podem suceder-se em três domínios, nomeadamente, os acontecimentos unidos pelo desenvolvimento, as situações de

vida ou os estados saúde-doença. Tendo isto em consideração as transições surgem por uma mudança do estado de saúde, no papel, nas expectativas ou capacidades da pessoa.

Na minha perspetiva esta teoria aplica-se ao contexto de urgência/emergência pois é muito comum a transição de um processo de saúde para uma situação de doença, aqui importa referir que a pessoa só vive a transição quando toma consciência do seu novo estado. Os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo a autonomia e bem-estar (Meleis, 2012). De acordo com a mesma autora, a consciencialização implica o reconhecimento da mudança, a pessoa compreende o que está a acontecer e reorganiza-se adaptando-se a um novo modo de viver.

Os cuidados de enfermagem serão essenciais ao longo deste processo pois os momentos de transição provocam períodos de instabilidade, gerando a necessidade de readaptação na pessoa, para voltar a atingir a estabilidade. A transição, segundo a mesma autora pode ser a mudança de um estado de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica.

Nesta linha de pensamento, sendo o cuidar a essência da enfermagem, torna-se imperativo que o exercício na enfermagem, assegure um suporte efetivo e integral à pessoa, família/cuidador em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de saúde-doença, permitindo a continuidade dos cuidados. O Enfermeiro deve guiar o seu cuidado segundo a metodologia do processo de enfermagem, seguindo sempre o raciocínio de avaliar, diagnosticar, planear intervenções, implementar intervenções e avaliar os resultados obtidos, com intuito de personalizar os seus cuidados tornando-os equitativos, visando a qualidade dos cuidados (OE, 2011). De acordo com Önnheim et al. (2022), o enfermeiro ao cuidar da PSC tem de realizar várias avaliações em concomitância com a recolha de informação, avaliar a informação recolhida e tomar decisões, implementando cuidados/intervenções. Posteriormente tem de reavaliar os resultados com a finalidade de determinar os cuidados seguintes.

A evolução e constantes descobertas científicas culminam no surgimento de novas atualizações e formação de novos conhecimentos a uma grande velocidade, isto gera nos enfermeiros a necessidade constante de atualização e procura da mais recente evidência, pois só deste modo conseguem prestar cuidados de saúde mais adequados e devidamente fundamentados. O estudante de enfermagem quando acaba a formação inicial e inicia o exercício profissional, terá maior dificuldade na implementação de um raciocínio lógico, assertivo e congruente na gestão de cuidados, ainda tendo um percurso de desenvolvimento de competências a percorrer, que o levará de principiante a perito (Benner, 2005). O modelo

Dreyfus (Dreyfus citado por Benner, 2005) estabelece que um enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

De acordo com Benner (2001), no primeiro nível, o enfermeiro iniciado, é aquele que não tem qualquer experiência das situações que é confrontado. Os seus conhecimentos, ações e princípios resultam do percurso formativo, sendo que têm dificuldade em estabelecer prioridades e refletir sobre a prática, regendo-se pelas regras e normas.

O iniciado avançado é o profissional que já foi confrontado com situações da prática e embora já consiga identificar fatores significativos, fá-lo por meio da repetição, executando uma leitura parcelar da situação e não como um todo, apresentando dificuldade no estabelecimento de prioridades.

O enfermeiro competente é aquele que exerce funções no mesmo serviço há dois ou três anos. Planeia e desenvolve intervenções de acordo com objetivos, realizando uma análise das situações que ocorrem, estabelecendo algumas prioridades. Todavia, ainda não detém a capacidade de tomada de decisão rápida necessária perante determinadas situações.

No quarto nível, o enfermeiro proficiente, é o enfermeiro que percebe as situações como um todo e não de forma fragmentada, sendo que as suas intervenções são regidas por máximas. Este profissional consegue relacionar acontecimentos típicos a ocorrer em determinada situação e assim antever complicações das mesmas. No entanto, em situações novas, ainda não se encontra apto para descrever ou explicar aspetos complexos.

O enfermeiro perito, detém uma enorme experiência e compreende cada situação no seu todo, não se regendo somente por protocolos, regras ou máximas. Seleciona os dados relevantes ao problema com um grande nível de adaptabilidade, intervindo rapidamente e em conformidade com cada situação. Este profissional é facilmente reconhecido pelos seus pares e doentes.

Para a autora o enfermeiro especialista deve assegurar conhecimentos teóricos, técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e ter espírito crítico e de iniciativa de acordo com uma conduta ética e deontológica. Sendo este um percurso construído ao longo da vida. As teorias abordadas de Meleis e Benner, foram fundamentais para a sustentação do meu percurso como futuro Enfermeiro Especialista.

A aquisição de competência é um processo gradual que depende da pessoa, meio, situações vivenciadas e processo de tomada de decisão. A competência segundo Le Boterf consiste em saber mobilizar e de acordo com Benner consiste em transferir. O Enfermeiro ao longo da sua carreira vai adquirindo competências, mas só age competentemente se for

capaz de as associar e mobilizar pertinentemente perante as situações de trabalho que surgem. A competência surge da agregação dos vários saberes, entre os quais se enquadram o saber-fazer e saber-estar (Le Boterf, 2006).

Conforme o autor supracitado um profissional que atua com competência e é reconhecido com tal, age segundo as três dimensões de competência, nomeadamente: a dimensão dos recursos disponíveis; a dimensão da ação e dos resultados que ela produz; a dimensão da reflexividade.

A dimensão dos recursos disponíveis, exige que o profissional além de os deter saiba combiná-los e mobilizá-los de modo a utilizá-los coerentemente. Com recursos, Le Boterf (2006), refere-se aos conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, recursos emocionais, competências comportamentais, saber-fazer oriundo da experiência, aptidões físicas e sensoriais. O profissional pode recorrer a bases de dados, redes de peritagem, competências de colegas ou de pessoas de outras profissões, redes de cooperação científica ou até manuais de instruções. A combinação e mobilização dos recursos pessoais concomitantemente com os disponíveis permitem ao profissional agir com competência, sendo importante realçar que é impossível ser-se competente sozinho e de forma isolada. A agregação de todos os recursos resulta na competência.

A dimensão da ação e dos resultados que ela produz respeita as práticas profissionais e desempenho. A prática profissional engloba o conjunto de tarefas/ações executadas pelo profissional a fim de solucionar uma situação ou problema, para o profissional ser reconhecido como competente, o mesmo tem de agir competentemente e ser reconhecido como tal, ou seja, tem de ser capaz de corresponder e dar as respostas mais adequadas às exigências impostas pelo posto de trabalho, segregando ações tendo por objetivo a solução da situação ou problema (Le Boterf, 2006).

De acordo com o autor supracitado a dimensão do distanciamento ou reflexividade é onde se realiza a análise das práticas, nesta dimensão o profissional toma consciência das suas práticas, o profissional competente é aquele que age de forma pertinente perante uma situação e compreende igualmente o porquê e o como agir. Pois um profissional até pode proceder corretamente perante uma situação, mas se não souber o porquê de como procedeu, não é um profissional competente pois agiu até corretamente, mas podia não ser a ação mais correta para a solução da situação e até podia ter agido erradamente. O profissional competente é aquele que age e sabe porquê de como age, consegue justificar como e porque agiu perante determinada situação de determinada forma. O profissional competente consegue distanciar-se entre o próprio e as suas práticas, tem capacidade para adquirir

aprendizagens, refletir sobre as mesmas e transferir para a sua prática. Segundo Le Boterf (2006), a reflexividade não leva à reprodução de como se agiu ou dos recursos utilizados, mas a uma reconstrução da realidade, desenvolvendo esquemas operatórios, modelos cognitivos e esquemas de ação contribuindo para a construção do profissionalismo da pessoa.

A OE publicou a Circular Normativa Nº: CN-CD/2018/2 intitulada “Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e orientações”, tendo por finalidade clarificar os procedimentos em vigor para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista. Na mesma é referido que nos termos do artigo 40.º do Estatuto da OE, o título profissional de Enfermeiro Especialista é atribuído nas especialidades seguintes (desde 1999): Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária.

A Especialidade Médico-Cirúrgica, desde 2018, passou a comportar quatro novas áreas de especialidade, nomeadamente: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 429/2018).

Optei pela realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica com a finalidade de adquirir, desenvolver e consolidar competências especializadas no 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; maximizar 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 (Regulamento nº 429/2018).

Para desenvolver competências no cuidar efetivo da PSC é fundamental entender o que está subjacente ao conceito, sendo a PSC definida como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 429/2018). De acordo com o mesmo regulamento a PSC requer cuidados altamente qualificados prestados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas com o intuito de manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a recuperação total.

1.1. Contextualização teórica dos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica desde o Extra-hospitalar aos Cuidados Intensivos

No percurso por mim realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei ser minucioso na seleção dos campos de ensino clínico, de modo que pudesse enriquecê-lo com o máximo de experiências e oportunidades e assim adquirir/desenvolver competências de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) e de mestre. Tendo isso em consideração procurei capacitar-me, perceber e acompanhar o percurso do doente crítico desde o contexto de emergência extra-hospitalar, sala de emergência, serviço de urgência polivalente e cuidados intensivos polivalentes, pois tinha certeza de que seriam uma mais-valia no meu processo formativo.

De acordo com o Regulamento nº 226/2018, processo formativo corresponde ao:

Percurso de desenvolvimento e aprendizagem decorrente da formação, formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista. Identifica-se com as ideias de percurso, de trajetória profissional que inclui a formação profissional continuada, a ação e a experiência. Os princípios subjacentes ao processo apoiam-se nos saberes e competências adquiridas, em articulação com os projetos pessoais e profissionais, rentabilizando as aprendizagens efetuadas e dando ênfase à capacitação profissional;

O processo formativo só ocorre se a ação e experiência forem acompanhadas de projetos pessoais e profissionais, desse modo é promovida a reflexão sobre a ação e evidência, permitindo uma atualização dos saberes e consequente desenvolvimento de competência (Regulamento nº 226/2018).

A passagem pelo INEM teve por objetivo capacitar-me com novos saberes e desenvolver competências através do contacto com uma outra realidade, nomeadamente, os cuidados prestados e abordagem realizada no meio extra-hospitalar, sendo este muito imprevisível e pouco “controlado”. Com o intuito não só de desenvolver competências na abordagem/prestação de cuidados de enfermagem, mas também de dar continuidade aos mesmos no meio intra-hospitalar.

As situações de emergência no ambiente extra-hospitalar correspondem a todas as situações de doença súbita traumatismo, crise ou catástrofe que requerem intervenções integrais, efetivas e de qualidade no local e momento onde ocorrem, podendo afetar a pessoa, um grupo ou comunidade (Regulamento nº 226/2018).

O meio extra-hospitalar é desafiante e a atuação no mesmo requer do enfermeiro, conhecimento avançado, atitudes e múltiplas habilidades. Em muitas das situações os ambientes onde ocorrem as emergências são caóticos, com condições climatéricas adversas e com vários perigos associados, tendo os profissionais que assegurar perante as adversidades os melhores cuidados possíveis.

De acordo com um estudo realizado por Costa et al. (2021) foi possível constatar os desafios a que são expostas as equipas que atuam no meio extra-hospitalar, nomeadamente, o desgaste mental, condições climáticas e físicas, fatores ambientais, ambientes violentos, exposição a acidentes de trânsito, violência verbal e física. Conforme o mesmo autor é referida a exposição dos enfermeiros aos desafios profissionais como as situações de morte, conflitos nas relações profissionais (transmissão de informação do meio extra-hospitalar para o meio intra-hospitalar que dificultam por vezes a admissão da pessoa que necessita de cuidados) e as fracas condições salariais que obrigam muitas vezes a jornadas de trabalho seguidas, sobrecarga de trabalho e acumular de responsabilidades.

Ainda de acordo com o mesmo autor é primordial a criação de boas condições de trabalho e remunerações adequadas, pois isso repercute-se numa maior formação profissional, tendo por consequência uma maior segurança nos procedimentos realizados, maior resolubilidade, menor taxa de óbitos e lesões severas, bem como para o aumento da satisfação dos doentes e equipas.

O enfermeiro na sua atuação, para além de conceptualizar, desenvolver e operacionalizar todo o processo de cuidados nas diversas etapas de ação, visa ainda prestar as melhores intervenções à pessoa tratada neste âmbito, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno em qualquer que seja a etapa do ciclo vital, grupo ou comunidade, nas demais situações específicas de emergência extra-hospitalar (Regulamento nº 226/2018).

De acordo com o Regulamento nº 226/2018 o enfermeiro de emergência extra-hospitalar demonstra competência na atuação na área extra-hospitalar, através da mobilização de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado. Num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária. De forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

No cuidar da PSC em contexto extra-hospitalar o enfermeiro tem de deter competências específicas dada a imprevisibilidade das situações e acontecimentos (Abate & Mekonnen, 2020).

O aumento de ocorrências e situações complexas exigem, cada vez mais, a formação de enfermeiros com um elevado nível de competências científicas, técnicas e humanas para dar resposta às necessidades da população, isso só é possível com a formação de mais enfermeiros especialistas. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista é:

“... aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, ... A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.”

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica é quem mais se encontra capacitado para a tomada de decisão, baseando-se num conjunto de ações médico e cirúrgicas complexas, tendo por base a informação relevante e potenciais consequências inerentes a cada alternativa e recurso que determinará a intervenção especializada quer seja em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário. São imensas as situações que podem colocar uma pessoa em risco de vida, podendo a PSC resultar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe (Regulamento nº 429/2018).

A correta identificação da situação irá permitir o atempado e mais adequado acionamento de meios para uma melhor resposta à ocorrência. Em contextos de emergência o processo de tomada de decisão é efetuado mentalmente e tem por base o raciocínio crítico e o contexto, requerendo rapidez, eficiência e eficácia nas intervenções realizadas. De acordo com Lennquist (2012), a tomada de decisão deve visar a redução ou eliminação das mortes e comorbilidades. Para que isso seja possível é necessária uma grande mobilização de recursos (humanos e técnicos) e as prioridades estabelecidas devem seguir métodos simplificados de diagnóstico e tratamento.

Os cuidados de enfermagem à PSC requerem uma avaliação diagnóstica e monitorização constante de modo a acompanhar continuamente a evolução do estado da pessoa, prevendo e detetando precocemente possíveis complicações com o intuito de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016). A PSC está presente no contexto extra-hospitalar, na sala de emergência, unidade de cuidados intensivos e outros contextos. Em todos o EEEMC assume um papel determinante no acompanhamento do estado da PSC e as suas intervenções diferem perante cada contexto e situação, determinando o futuro daquela pessoa que necessita de cuidados. A possibilidade de contactar com a PSC nos diferentes contextos foi a motivação que me levou a seleccionar

os campos de estágio, pois tinha vontade em desenvolver novos conhecimentos e competências no cuidar da PSC. Pretendia compreender como era realizada a abordagem da PSC no contexto extra-hospitalar e perceber todo o percurso que a mesma por vezes percorre até chegar à Sala de Emergência ou Cuidados Intensivos, assim sendo, os diferentes contextos proporcionaram diferentes perspetivas e visões sobre o papel do EEEMC, dado que é completamente diferente a abordagem da PSC no ambiente extra-hospitalar onde por vezes são prestados cuidados em ambientes adversos comparativamente à abordagem em meio intra-hospitalar, em ambientes habitualmente controlados.

A passagem no contexto extra-hospitalar permitiu-me compreender o papel que o EEEMC desempenha tanto no meio de Suporte Imediato de Vida (SIV) como na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 429/2018).

Tendo isto em consideração o enfermeiro no meio SIV assume-se como o elemento mais qualificado e a sua intervenção é fulcral, pois cabe-lhe fazer uma avaliação rápida e apropriada da vítima, para uma identificação pronta de focos de instabilidade a fim de dar uma resposta pronta e antecipatória aos mesmos. De acordo com o Parecer Nº 04/2021 o enfermeiro da ambulância SIV, enquanto líder de equipa e profissional com maior diferenciação, é-lhe incumbida a responsabilidade de assegurar a operacionalidade do meio, a supervisão e verificação de cargas de material de consumo clínico e fármacos, o correto e adequado funcionamento dos equipamentos, a elaboração de registos clínicos, entre outros, podendo, se adequado, delegar algumas tarefas.

Na ambulância SIV o enfermeiro é responsável por garantir a operacionalidade e prontidão do meio para a prestação de cuidados imediatos em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe (Parecer Nº 04/2021).

No meio VMER o enfermeiro tem uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos outros profissionais de saúde, dotado de idêntico nível de dignidade e autonomia no exercício profissional (OE, 2021). De acordo com o REPE (2015), o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelas ações que pratica ou delega, no exercício da profissão segundo os conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida e dignidade humana, zelando pela saúde e bem-estar da população através da aplicação de

todas as medidas que tenham por objetivo melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

Os enfermeiros “decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes(...)”, “utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade” e “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (REPE, p. 2961).

De acordo com o Regulamento nº 743/2019 a VMER deve integrar um enfermeiro com competência acrescida em emergência extra-hospitalar. Segundo o Parecer nº 05/2021 da OE o enfermeiro para garantir a proficiência em emergência extra-hospitalar deve realizar no mínimo, 20 horas por mês e/ou 200 horas por ano num meio de emergência extra-hospitalar. Ainda de acordo com o mesmo parecer é recomendado que o enfermeiro a exercer funções na VMER tenha exercício profissional continuado em cuidados a doente crítico. Todos os enfermeiros tutores com quem tive oportunidade de fazer turno na VMER trabalhavam no Serviço de Urgência ou Unidade de Cuidados Intensivos do CHUP e eram EEEMC.

Na continuação do percurso após a abordagem extra-hospitalar a PSC era transportada normalmente para um Serviço de Urgência. Os mesmos devem conter obrigatoriamente uma sala de emergência, para doentes críticos, com condições para suporte avançado de vida (Despacho 10319/2014), para cuidar da PSC, são necessários profissionais qualificados e proficientes. De acordo com o Regulamento nº 743/2019, a formação e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento do SUP, em exercício em qualquer um momento, deve contemplar enfermeiros com competências específicas do EEEMC de PSC, atribuída pela OE. Situação que não se verificava na altura em que decorreram os ensinamentos clínicos, pois a percentagem de EEEMC de PSC era inferior a 50% nos serviços de urgência onde realizei os ensinamentos clínicos.

De acordo com o Parecer nº 14/2018 da OE, “... o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação”. Tendo a frase anterior em consideração o EEEMC assume-se como um elemento detentor de competências comuns e especializadas

que o tornam qualificado e preparado para uma melhor resposta à PSC, isso aliado à experiência prática confere-lhe uma grande capacidade de tomada de decisão,

Nos Serviços de Medicina Intensiva de acordo com o Parecer nº 15/2018, o EEEMC é quem detém o core de competências mais adequado para prestar os cuidados mais adequados às necessidades da PSC. Conforme o mesmo Parecer quando as equipas são compostas por EEEMC, as funções de chefia/coordenação e elaboração de escalas de trabalho deverão ser-lhes atribuídas, bem como deverão estar distribuídos equitativamente pelos vários turnos. Ainda de acordo com o mesmo Parecer, o mesmo preconiza que 50% da equipa deve ser constituída por EEEMC num rácio enfermeiro/doente congruente com o cálculo da carga de trabalho diário, através da aplicação de instrumentos de avaliação da carga de trabalho cientificamente aceites. De acordo com o Regulamento nº 743/2019, intitulado, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, as equipas de enfermagem dos serviços de urgência devem ser constituídas por 50% de enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 429/2018). Tendo isto em consideração compreendemos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica é o Enfermeiro mais qualificado para cuidar da PSC, quer seja em contexto de emergência extra-hospitalar, Sala de Emergência, Serviço de Urgência ou Serviço de Medicina Intensiva. Percebemos que é necessário um maior investimento na formação de EEEMC dada a necessidade dos Serviços onde são prestados cuidados à PSC. Daí o percurso por mim realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, com o intuito não só de desenvolver competências especializadas, mas também de compreender as funções dos mesmos e importância no seio das diferentes equipas e contextos.

Seguidamente abordo o percurso por mim realizado ao longo dos ensinamentos clínicos fazendo uma descrição/caracterização dos contextos de desenvolvimento da prática clínica especializada.

1.1.1. Serviço de Urgência Polivalente Hospital Dr. Nélio Mendonça

O Hospital Dr. Nélio Mendonça é um Hospital público, sendo o principal da Ilha da Madeira e único de “fim de linha”. O Serviço de Urgência do mesmo é designado como Serviço de Urgência Polivalente (SUP), os Serviços de Urgência são classificados segundo a diferenciação técnica e capacidade de resposta tipificada em: Serviços de urgência polivalentes (SUP); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC) e Serviços de Urgência Básicos (SUB) (Artigo 21.º, do Despacho nº 10319/2014). Os SUP são o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, devendo oferecer uma resposta de proximidade à população da sua área (Parecer N° 04/2021).

O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Despacho nº 10319/2014). No Serviço de Urgência é exigida a prestação de cuidados imediatos, de forma dinâmica e a um ritmo por vezes acelerado, atendendo a que a prioridade é a estabilização e recuperação vital dos doentes que lá recorrem. No que respeita à atividade assistencial, a urgência é um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (SESARAM, 2021).

O Serviço de Urgência é a área do Serviço de Saúde mais sensível, complexa e ao mesmo tempo vulnerável. De acordo com o Grupo de Trabalho Serviço de Urgência (2019), os serviços de urgência são verdadeiros desafios do Sistema Nacional de Saúde (SNS), dadas as suas particularidades. Ainda de acordo com o autor supracitado estes serviços encontram-se abertos 24 horas/dia, 365 dias/ano, são dinâmicos e encontram-se em constante mudança, os acontecimentos sucedem-se rapidamente e de forma não programada o que requer dos profissionais grande capacidade de flexibilidade e capacidade de adaptação com o intuito de conseguirem providenciar uma resposta atempada, eficaz e cientificamente adequada.

A Sala de Triagem do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) funciona segundo o modelo de Triagem de Manchester, implementado desde junho de 2005, e integra a urgência pediátrica e a urgência de adultos. Na triagem estão contempladas a via verde da Sepsis, desde janeiro de 2009; a via verde da Coronária desde 2010; a via verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), desde fevereiro de 2010 e a via verde do Trauma, desde março de 2010 (SESARAM, 2021).

Seguidamente à realização da triagem a pessoa pode ser encaminhada para a Sala de Emergência ou para a sala de espera dos gabinetes de observação onde se procederá a observação médica. Após a observação médica a pessoa é encaminhada para a sala de

tratamento. Esta destina-se à permanência de curta duração. A Sala de Recuperação destina-se a doentes que necessitam de vigilância ou terapia de duração média, doentes com alterações da consciência ou que aguardam internamento.

A Sala de Observação, tem quatro camas e um quarto de isolamento (destinado a doentes com patologia infecciosa ou imunodeprimidos), apenas deve admitir doentes para os quais o esclarecimento da situação clínica ou recuperação sejam previsíveis num tempo inferior a 24 horas, ao fim do qual deverão ter alta ou ser internados nos serviços indicados e ainda aos que aguardem intervenção cirúrgica de urgência, bem como os que necessitem de transfusões sanguíneas. Os Cuidados Especiais da Urgência (CEU) são compostos por seis camas e funcionam como uma extensão da Sala de Observação (SO).

A Sala de Cuidados Especiais tem duas camas, são admitidos doentes que requerem vigilância intensiva e/ou meios e terapêuticas especiais, como Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Esta Sala funciona como sala de emergência, quando a mesma está completa ou está encerrada por motivos de isolamento.

A Sala de Pequena Cirurgia destina-se à execução de atos cirúrgicos “*minor*” sob a responsabilidade das equipas de cirurgia de serviço ou de Prevenção. Ao lado da mesma existe a Sala de Cirurgia com capacidade para 4 macas, onde permanecem as pessoas que aguardam internamento e/ou intervenção cirúrgica. A Sala de Ortopedia destina-se à observação de doentes e execução de técnicas “*minor*” específicas desta Especialidade.

A Sala de Emergência destina-se a doentes de qualquer idade em situação de Emergência.

No que concerne aos recursos humanos o Regulamento nº 743/2019 preconiza que as equipas de enfermagem do SU devem ser constituídas por cerca de 50% de enfermeiros especialistas em EMC, na área da PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas. No SU do HNM, a equipa de enfermagem é composta por 110 enfermeiros, a equipa em que fiquei destacado, possuía apenas três EEMC de um total de cerca de 18 elementos, oito EE de saúde mental, cinco EE de saúde comunitária e um EE de reabilitação, pelo que posso constatar que o rácio está aquém do preconizado.

O método de trabalho utilizado no Serviço de Urgência (SU) do HNM é método de enfermeiro responsável por posto de atendimento, no qual a responsabilidade é individual, o enfermeiro assume a responsabilidade pelas tomadas de decisão sobre os cuidados por si prestados aos clientes que lhe são atribuídos em cada posto (Silva, 2017). De acordo com o mesmo autor a maioria dos enfermeiros afirmou a existência de maior controlo sobre a

evolução do cliente, maior impacto nos clientes em termos de satisfação, mais qualidade na assistência prestada, maior satisfação profissional e maior autonomia do enfermeiro.

1.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Hospital Dr.

Nélio Mendonça

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça, surgiu a quatro de dezembro de 1984, é um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais. Tem por sua missão melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência da promoção de investigação básica e clínica e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo. A visão consiste em ser reconhecida interna e externamente como um serviço de referência através da modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência das equipas de profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos (SESARAM, 2021).

São admitidos na unidade doentes com necessidades de intervenções de suporte vital com uma maior probabilidade de recuperação e que aceitem medidas de reanimação cardiopulmonar; doentes sob VMI ou patologias ameaçadoras da vida complexas; doentes neurocríticos (SESARAM, 2021).

No que concerne à estrutura física da unidade, a mesma é constituída por três setores, perfazendo no total 23 camas. No andar técnico está situada a unidade principal com oito camas, sendo uma delas de isolamento; nesse mesmo andar adjacente aos Cuidados Especiais do Serviço de Urgência tem mais sete camas e ainda existem mais oito camas de Cuidados Intensivos Polivalente COVID numa área dedicada a pessoas com infeção por coronavírus da síndrome respiratória aguda grave dois (SARS-CoV-2). O serviço ainda presta apoio a toda a unidade hospitalar nas situações urgentes/emergentes intra-hospitalares, deslocando-se às ocorrências a equipa de emergência intra-hospitalar.

Os doentes admitidos na unidade provinham maioritariamente do Serviço de Urgência ou do Bloco Operatório, por vezes quando ativada a equipa de emergência interna os doentes, eram admitidos diretamente na unidade provenientes de qualquer serviço.

No que concerne ao Projetos da Qualidade, o Modelo de Acreditação da Agência de Calidad Sanitaria da Andalucía (ACSA), tornou-se em 2009 o modelo nacional e oficial de acreditação do Ministério da Saúde. Os objetivos do Projeto de Acreditação baseado no modelo ACSA são, resumidamente, os seguintes: melhoria da qualidade dos cuidados de

saúde prestados; aumento da segurança dos cuidados; melhoria da qualidade; centrar a organização e a prestação dos cuidados no utente; promover ativamente a participação dos utentes/cuidadores nas decisões sobre a sua saúde; implicar mais os profissionais de saúde na gestão da sua prática clínica; assegurar a continuidade de cuidados (SESARAM, 2021).

O Serviço de Medicina Intensiva foi acreditado em janeiro de 2017 no nível “Bom” com base no Modelo de Acreditação da Agência de Calidad Sanitaria da Andalúcia (ACSA) (SESARAM, 2021). A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) após a visita intermédia foi bem-sucedida na avaliação, mantendo a Acreditação da Qualidade de Nível Bom (SESARAM, 2021).

Na UCIP a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e por uma administrativa. A equipa de enfermagem é composta por 70 enfermeiros dos quais 19 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, quatro especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. A restante equipa é constituída por dez médicos com subespecialidade em Medicina Intensiva, com dois médicos em regime de presença física permanente e 11 assistentes operacionais. Sempre que necessário é solicitado apoio de outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades do doente.

De acordo com o Parecer nº 02/2020 da OE a nível das dotações seguras nos serviços de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos é preconizado 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área de Enfermagem à PSC, num rácio de enfermeiro/doente coerente com o cálculo da carga de trabalho calculada diariamente, através de instrumentos cientificamente aceites. Não se verifica o preconizado pela OE, sendo necessário o reforço da equipa com mais EEEMC ou a formação de mais enfermeiros.

1.1.3. Serviço de Urgência Centro Hospitalar Universitário do Porto

A realização do ensino clínico no SU do CHUP foi vocacionada para a abordagem da PSC na sala de emergência. O CHUP tem implementadas várias metodologias de melhoria contínua da qualidade, as quais se conjugam com vista a estruturar um modelo organizativo que proporcione à gestão, aos profissionais, aos utentes e visitantes um conjunto de regras de funcionamento que garantam, ao nível da estrutura, dos processos e dos resultados, as melhores soluções. O mesmo encontra-se acreditado desde 2005 pela entidade inglesa *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). A Acreditação Organizacional exige a adoção e cumprimento de um extenso número de critérios/exigências na área de prestação de cuidados de saúde, incidindo sobre aspetos organizacionais e técnicos tendo por objetivo garantir uma prática clínica segura, efetiva, equitativa e eficiente que decorra em condições de segurança para os utentes, profissionais e visitantes (CHUP, 2019).

Em 2020 o CHUP foi considerado pela sexta vez consecutiva como o melhor hospital público e universitário de entre os grandes hospitais do país vencendo o prémio “A Excelência dos Hospitais”, atribuído pela consultora multinacional IASIST (na IQVIA company) segundo os critérios de classificação das unidades de saúde definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Segundo o Relatório e Contas do CHUP (2022) o SU em 2022 registou um total de 146383 admissões perfazendo aproximadamente uma média de 401 admissões diárias. De acordo com a mesma fonte dessas admissões 1% dos utentes foram triados com a prioridade Vermelho; 10% com Laranja; 56% com Amarelo; 26% com Verde; 2% com Azul; 5% não chegaram a ser triados ou foram triados com Branco. Estes dados demonstram que ao realizar o ensino clínico neste serviço havia uma grande probabilidade de contactar com um número significativo de doentes bem como diversidade de situações, o que se verificou.

Identifiquei a missão, visão e valores do Serviço de Urgência do CHUP, o mesmo tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competentes e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, incentivo da investigação e desenvolvimento científico na área da saúde. O mesmo visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde e tem como valores a saúde dos doentes e qualidade do serviço; orgulho e sentimento de pertença; excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança; respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais; responsabilidade, integridade e ética (CHUP, 2022).

O SU é constituído por uma sala de espera e secretaria onde é realizada a admissão dos utentes que recorrem, sendo posteriormente admitidos nas salas de triagem. Após o momento da triagem podem ser encaminhados para a sala de emergência; área médica designada de área laranja; área médica respiratória; área cirúrgica; área ortopédica; clínica geral; oftalmologia ou dermatologia. O Serviço de Urgência é constituído ainda por duas Salas de Observação cada uma com capacidade para seis doentes, um internamento cirúrgico de curta duração e uma unidade de curta duração médica. Após a admissão dos utentes a nível administrativo, é realizada a triagem, que funciona de acordo com o modelo de Triagem de Manchester. Na triagem estão contempladas a Via Verde da Sepsis; a Via Verde da Coronária; a Via Verde do AVC e a Via Verde do Trauma.

Após a realização da triagem a pessoa pode ser encaminhada para a Sala de Emergência, quando admitida na Sala de Emergência só deve permanecer na mesma o tempo necessário às manobras de emergência/urgência até a sua estabilização, findo o qual devem ser transferidas para outras áreas, quer do SU quer para outro Serviço/Unidade de Internamento. Esta sala tem sempre carácter prioritário sobre qualquer outra área, sendo a equipa da mesma exclusiva, constituída por um Enfermeiro do SU e um Enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e por um médico de medicina intensiva. Os doentes admitidos na Sala de Emergência, habitualmente, são transferidos após estabilização para outras áreas do SU, nomeadamente para a Área Médica ou podem ser transferidos diretamente para outros Serviços tais como: Serviço de Medicina Intensiva; Bloco Operatório; Unidade de AVC e Hemodinâmica.

As equipas designadas para a Sala de Emergência (SE) do CHUP eram constituídas somente por EEEMC, indo de encontro ao preconizado na Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

1.1.4. Instituto Nacional de Emergência Médica

O ensino clínico no instituto nacional de emergência médica, decorreu essencialmente no meio Suporte Imediato de Vida (SIR) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A ambulância de SIV Gondomar fica sediada no Centro de Saúde de Gondomar, a sua ativação, ocorre através da receção de uma mensagem com sinal sonoro no computador portátil que acompanha a equipa para todos os locais. O mesmo ocorre através da aplicação “iTEAMS” (INEM Tool for Emergency Alert Medical System), foi desenvolvido pelo INEM e consiste numa ferramenta de registo clínico e de suporte interativo entre o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os meios que estão

no terreno, permitindo estratificar a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuir para uma regulação médica efetiva nas situações de maior gravidade (INEM, 2022).

As ambulâncias SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida. Este conceito é extensível às situações que poderão evoluir para Paragem Cardiorrespiratória, caso não sejam imediatamente tomadas as medidas necessárias. A tripulação da Ambulância de SIV é constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais ao CODU através do suporte de telemedicina (INEM, 2020).

No que concerne aos Protocolos existentes na SIV são 29, sendo os mais frequentes: “Abordagem da Vítima”; “Paragem Cardiorrespiratória no Adulto”; “Alteração do Estado de Consciência”; “Alergia”; “Convulsões”; “Dispneia”; “Dor Torácica”; “Disritmias” e “Hemorragia”. Estes são aprovados e revistos pelo Conselho de Direção do INEM.

Aquando de um pedido de socorro através de uma chamada para o número de emergência (112) na área da saúde, a chamada é encaminhada para o CODU, onde trabalham médicos e técnicos qualificados, dispondo de equipamentos de telecomunicação e informática, bem como programas especializados de localização e mapas, de forma a poderem gerir da melhor forma os meios e recursos existentes para cada ocorrência (INEM, 2013). Em Portugal Continental existem quatro CODU’s ativos em permanência durante 24 horas por dia todos os dias do ano, são eles: Norte (Porto), Centro (Coimbra), Lisboa e Vale do Tejo/Alentejo (Lisboa) e Algarve (Faro), sendo que, neste último, faz-se apenas o acionamento de meios.

Os CODU’s funcionam em interligação permanente e têm como objetivo primordial o atendimento do pedido de socorro o mais rapidamente possível, as chamadas são encaminhadas para qualquer um dos CODU’s, independentemente da localização da ocorrência (INEM, 2013). Assim, uma ocorrência no Porto pode ser atendida no CODU Lisboa e acompanhada pelo mesmo. Tive oportunidade de passar na base do CODU do Porto e compreender a divisão de tarefas e dinâmica do serviço.

A ativação e encaminhamento é feita tendo por base a triagem e avaliação efetuadas. A triagem realiza-se através do programa TETRICOSY (Telephonic Triage And Counseling System), é realizada uma triagem telefónica que se baseia em fluxogramas de decisão de acordo com a queixa principal os mesmos têm questões a diminuir o erro na gestão das

chamadas com uma avaliação sistemática e criteriosa de todas as situações. O acionamento de meios procede-se tendo por base a triagem efetuada, podendo ser executado um aconselhamento ou até serem ativados meios mais especializados, sempre de acordo com a gravidade, proximidade e acessibilidade do local da ocorrência (INEM, 2021).

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o utente. A equipa é constituída por um Enfermeiro e Médico, dispõe de equipamento para o Suporte Avançado de Vida em situações do foro médico ou traumatológico. Atuando na dependência direta dos CODU, as VMER têm base hospitalar, funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade.

As VMER têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita. Tive oportunidade de fazer parte do meu ensino clínico na VMER Santo António, ficando a mesma sediada no Centro de Cirurgia de Ambulatório do CHUP.

No capítulo seguinte desenvolverei as competências comuns que são transversais ao enfermeiro especialista, sendo que nessas irei analisar o que diz a evidência científica relacionando com a análise das experiências vividas nos campos de estágio supramencionados.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente capítulo aborda o percurso efetuado a fim de adquirir e desenvolver as competências comuns do EEEMC. Ao longo do mesmo, será realizada uma reflexão sobre alguns momentos/situações vivenciadas e o confronto/sustentação com a evidência científica.

Todo o conhecimento é fundamental para que o enfermeiro consiga prestar o cuidado mais adequado a cada situação, segundo a Lei nº156/2015, referente ao REPE, os enfermeiros, “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (p.103).

De acordo com Lopes et al. (2018), a qualidade e eficiência dos cuidados dependem não só do desenvolvimento de conhecimentos, mas também de competências e ferramentas que lhe permitem incorporar responsabilidade acrescidas, conduzir processos de decisão complexos e assegurar uma prestação mais eficiente dos cuidados de saúde.

O conhecimento permite desenvolver competências resultando numa prestação de cuidados segura e com qualidade. O Enfermeiro mais capacitado e reconhecido para a prestação de cuidados é o que tem o título de Enfermeiro Especialista, para que lhe seja atribuído esse título necessita de deter não só as competências específicas implícitas em cada área de especialidade, mas também um conjunto de competências que são transversais a todos os Enfermeiros, designadas competências comuns. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, de 06 de fevereiro, no seu art.º 3º, alínea a) Competências comuns:

“são as 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.

As competências comuns abrangem quatro domínios específicos, que serão explanados seguidamente, sendo elas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem tem poder de autorregulação profissional, o que significa que tem poder para regular a sua profissão, através do estabelecimento de regras, implementação, supervisão e controlo, bem como aplicação de sanções (Nunes, 2016). A autonomia da profissão é fundamental no exercício da nossa atividade pois confere-nos autonomia científica e técnica essencial a nível clínico, ensino, gestão e assessoria. Só deste modo é possível a evolução/desenvolvimento da enfermagem focada na melhoria contínua dos cuidados (Nunes, 2016). Ainda de acordo com a mesma autora o enfermeiro realiza sempre intervenções autónomas dado avaliar, planejar, executar e reavaliar todas as suas intervenções tendo por base os seus conhecimentos científicos, técnicos, experiência e competência, assumindo responsabilidade por todas as decisões que toma e intervenções realizadas.

O enfermeiro trabalha em complementaridade com os outros profissionais de saúde e embora tenha intervenções que resultam da prescrição dos outros profissionais, a responsabilidade pelo que executa é sua. De acordo com o Artigo 8.º do REPE (2015) p. 102, “Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.” A autonomia no exercício profissional é o que permite um desenvolvimento competente da Enfermagem, priorizando sempre o melhor interesse da pessoa alvo de cuidados e a qualidade dos mesmos.

Ao longo da minha prática de cuidados procuro ser mais competente, daí também ter ingressado neste Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), pois tinha certeza de que as experiências vividas no mesmo permitir-me-iam o desenvolvimento de competências nas diferentes dimensões. O cuidar priorizando sempre o melhor interesse para a pessoa alvo de cuidados requer que sejam atendidos e respeitados os direitos dos clientes, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) está estabelecido no artigo 3º, que toda e qualquer pessoa deve ter a sua dignidade humana, direitos e liberdades respeitadas; no artigo 4º do mesmo documento refere que na aplicação da prática médica e das tecnologias associadas à mesma, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes e ser minimizado todo e qualquer efeito nocivo suscetível de ter um efeito adverso nesses indivíduos; o artigo 5º refere-se à autonomia na tomada de decisões.

No seguimento desta temática o artigo 6º fala sobre o consentimento, referindo que qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser

realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, sendo que esta pode retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão sem que resulte em desvantagens ou prejuízos. Deste modo, o princípio de enfermagem, do respeito pela autonomia reconhece que a pessoa é livre, autónoma e capaz de decidir por si mesma. Por isso a informação que antecede uma tomada de decisão é extremamente importante para que a decisão seja tomada de forma voluntária, livre de coação e esclarecida baseada na informação correta (OE, 2015). Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2019) a decisão do utente, para ser juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente.

Tive este princípio em consideração em muitos momentos no decorrer dos ensinamentos clínicos, sempre que ia realizar algum procedimento procurava explicar o mesmo com o intuito de obter o consentimento da pessoa alvo de cuidados. Quando se tratava da PSC com alteração do estado de consciência ou que não era capaz de expressar a sua vontade, prevalecia, o artigo 8º da Resolução 01/2001 da aprovação da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1998). Este refere: “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”, aplicando-se o princípio da beneficência. O princípio da beneficência consiste no dever de fazer o bem para benefício do outro ou defendendo os melhores interesses para a pessoa (OE, 2015). Por outro lado, era necessário também considerar o princípio da não-maleficência, o mesmo defende acima de tudo o não causar dano, torna-se mais fundamental que promover o bem. Implica muita ponderação entre o risco/benefício obrigando a ter em consideração os valores e interesses das pessoas envolvidas, bem como as consequências individuais e sociais (OE, 2015).

No que concerne aos deveres do Enfermeiro, estes estão explícitos no Código Deontológico, emanado pela OE (2015). O Código Deontológico (2015) no seu artigo 99, alínea 1 refere que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro e na alínea 3 b) e c), respetivamente, que o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais devem ser princípios orientadores da atividade dos enfermeiros.

No Artigo 103º, alíneas de a) a d), há uma referência aos direitos à vida e à qualidade de vida em que o enfermeiro, durante o cuidado à pessoa durante todo o ciclo vital assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida

humana em todas as circunstâncias; respeita a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa. No Artigo 104º do referido Código, o enfermeiro assume o dever de corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil.

Na passagem pelo meio VMER contactei com uma situação, onde fomos ativados para prestar assistência a uma Senhora que tinha sofrido uma síncope e supostamente estava inconsciente, na chegada ao local a Senhora já tinha recuperado a consciência, encontrando-se orientada em todas as dimensões. Foi realizada uma avaliação da vítima e intervenções mais adequadas, tendo a mesma indicação para observação em meio hospitalar a fim de ser compreendida a causa da síncope, no entanto a Senhora recusou a realização do transporte, informando a equipa que pretendia ficar no domicílio. Foi explicado o procedimento que deveria ser tomado perante a sua situação e os riscos inerentes à sua recusa, optando a senhora de forma informada, livre e esclarecida por recusar o transporte e realização de mais procedimentos médicos, assinando a Declaração De Recusa De Transporte E/Ou Procedimentos Médicos do INEM. Perante esta situação foi respeitada a decisão, de acordo com o Artigo 6º. da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), a pessoa tem de dar o seu consentimento, para qualquer intervenção médica, só devendo ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, o que não se verificou. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2023), os utentes capazes podem recusar qualquer tratamento, mesmo que essa recusa possa vir a provocar uma lesão grave e irreversível na sua saúde, ou mesmo a morte. Nesta situação atendi e respeitei o princípio da bioética em enfermagem da autonomia.

O processo de tomada de decisão ética consiste na seleção entre duas ou mais alternativas, com o objetivo de resolver um problema. É um processo cognitivo, composto por etapas sequenciais, no qual a identificação do problema é o início da tomada de decisão. Posteriormente, deverão ser envolvidas as pessoas participantes no problema, para ir à procura de fundamentos que sustentem a decisão final. Por fim, é tomada uma decisão e é realizada uma avaliação da eficácia da decisão (Deodato, 2014).

Segundo Deodato (2014), a decisão em enfermagem pode acarretar com consequências advindas do ato realizado, considerando que a consequência está prevista no agir do enfermeiro quando elabora um plano de cuidados em que são traçados objetivos e resultados expectáveis. Todas as ações são submetidas a uma avaliação, que responsabiliza o enfermeiro pelos seus atos.

No cuidar da PSC o processo de tomada de decisão tem de ser habitualmente um processo rápido e assertivo mesmo que por vezes decorra em ambientes adversos que podem, inclusive, pôr em questão não só a segurança dos clientes como também dos profissionais.

A tomada de decisão requer um conjunto de interações entre o enfermeiro e o cliente/pessoa significativa bem como entre o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde. Para que as interações sejam efetivas é necessária experiência, conhecimentos e competências. A competência científica é fundamental na resolução de um problema ético, integrando igualmente os conhecimentos científicos do enfermeiro, na procura da melhor resposta. Esta competência resulta não só do conhecimento adquirido na formação académica, mas também da sustentação das ações através da evidência científica, demonstrando-se através de cuidados eficazes e melhores resultados (Paço, 2021).

O processo de tomada de decisão corresponde, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), à “Cognição: processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”. Uma correta tomada de decisão pode “fazer a diferença entre a vida e a morte, entre uma sequela temporária, grave ou permanente, entre uma vida produtiva e uma destituída de bem-estar.” (NAEMT, 2021).

Uma situação onde foi evidente a importância de uma rápida e correta tomada de decisão foi a identificação de uma via verde do AVC no posto de triagem do CHUP, sendo imediatamente ativada a sala de emergência, tomados todos os procedimentos inerentes, evitando atrasos no tempo de tratamento definitivo.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 81.º - Dos valores humanos, o enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

O princípio da justiça corresponde à necessidade de tratar situações semelhantes de forma semelhante e as situações diferentes de acordo com as diferenças existentes (OE, 2015). O adaptar-se às diferenças e prestar um cuidado diferente, mas adequado à justa medida das necessidades da pessoa, designa-se por cuidado equitativo.

O princípio da vulnerabilidade surge por Kemp e Rendtorf (1998) conforme citado pela OE (2015), o mesmo alerta para situações de vulnerabilidade que a pessoa com doença fica exposta, podendo ser temporária ou definitiva, exigindo do profissional solidariedade e equidade na prestação de cuidados.

Houve uma situação no Serviço de Urgência do CHUP onde foi possível atender ao princípio da justiça e vulnerabilidade em simultâneo, tratava-se de duas pessoas idosas, uma

consciente e orientada, a outra com desorientação e agitada devido a um processo demencial e por se encontrar num ambiente não familiar. A presença de acompanhantes na altura não era permitida no SU do CHUP, devido às restrições impostas pela pandemia do SARS-CoV-2, embora em situações específicas fosse. Perante esta situação, intervimos junto da equipa e solicitei que fosse permitida a presença da pessoa significativa da senhora idosa com o processo demencial. Expliquei as vantagens e a proposta foi aceite pela equipa. Após o contacto com a pessoa significativa a pessoa ficou tranquila e colaborante com os cuidados. Tratou-se de um cuidado equitativo e justo, pois foram atendidas as necessidades de cada pessoa tendo em consideração a sua vulnerabilidade.

De acordo com Sweet e Foley (2019) o SU é um contexto altamente diferenciado e tecnologicamente desafiante, no qual o processo de tomada de decisão em enfermagem é complexo, por isso os enfermeiros necessitam frequentemente de dar prioridade ao cuidado da PSC, colocando as necessidades da família para segundo plano.

Nos últimos anos tem sido demonstrado que a participação dos doentes, familiares e cuidadores é cada vez mais relevante na obtenção de melhores resultados em saúde. Para que isso seja possível é necessário a criação de condições para que os clientes possam ter direito ao acompanhamento nos serviços de saúde. Segundo o Artigo 12.º da Lei nº. 15/2014, nos serviços do SNS “a) é reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço”, apesar de ser lei tanto no SU de HNM como no SU do CHUP não era permitida o acompanhamento dos utentes, somente em situações excecionais e pontuais. Isso deve-se também às estruturas físicas e condições que não se encontram adequadas para que cada utente possa ter um acompanhante, pois tornam-se insuficientes para responder às necessidades dos utentes e duplicando o número de pessoas torna muito complexa a gestão de utentes no SU. Não deveria ser assim e é fundamental a realização de mudanças nas estruturas dos SU para que os mesmos estejam capacitados e permitam a permanência de um acompanhante a cada utente. No entanto em determinadas situações era efetuada uma avaliação e por vezes permitida a presença do acompanhante, só deste modo podemos prestar cuidados de saúde com maior qualidade e aumentar a cultura de segurança, temas que serão abordados seguidamente.

O cuidar tem de ser adaptado à justa medida das necessidades de cada pessoa, isso só é possível se o enfermeiro estiver desperto e disponível. Recordo uma situação vivenciada em contexto de urgência, tratando-se de um senhor que em contexto laboral foi vítima de um traumatismo com uma máquina de corte, resultando na amputação de dois dedos da mão

direita, que era a sua mão dominante. Inicialmente encontrava-se negação, escutei as suas preocupações com o intuito de compreender a perceção individual da experiência, procurei encorajar a transição e facilitar uma transição saudável, passadas algumas horas, manifestou reações que indicavam um início de processo de consciencialização, que era irrecuperável aquela perda e procurava soluções para retomar a sua atividade futuramente, demonstrando começar a ter consciência da situação que estava a vivenciar e procurando formas para se readaptar a um novo modo de viver.

Houve várias situações ao longo dos ensinamentos clínicos onde foi possível através de determinadas intervenções a prestação de um cuidado mais digno e com maior privacidade. No extra-hospitalar sempre que possível tínhamos em atenção colocar logo que possível a pessoa no interior da célula sanitária da ambulância para lhe conferir uma maior privacidade. No SU em contexto de Sala de Emergência embora se trate de situações de emergência é sempre possível ter esses aspetos em consideração como cobrindo a área que não necessita de estar exposta com um lençol, minimizar o número de profissionais aos estritamente necessários, fechar as portas da sala de emergência e utilização de biombos.

Por vezes pequenos gestos têm grande significado no cuidar. Nos vários serviços por onde passei procurava utilizar biombos, cortinas e sítios mais isolados onde podiam ser feitos procedimentos mais invasivos proporcionando outro conforto e cuidado. Até mesmo por vezes quando explicamos determinado procedimento ao utente, conseguimos compreender as suas crenças e adaptar os cuidados às suas necessidades.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista e Mestre considero que desenvolvi esta competência e mesmo na minha prática diária aplico muitas das estratégias que fui desenvolvendo ao longo deste percurso, procuro também ser um elemento de referência aplicando intervenções que vão de encontro aos princípios de enfermagem, direitos humanos, código deontológico e REPE.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde é fundamental para que os melhores cuidados sejam prestados ao utente. Para haver qualidade tem de existir segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e dos ambientes em que os cuidados são prestados. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, afere-se através dos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da prestação dos cuidados e os mesmos só são significativos se for melhorada a sua segurança (DGS, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), descreveu cuidados de alta qualidade como aqueles que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados. Assim sendo os serviços de saúde devem ser eficazes através da prestação de cuidados baseados na evidência científica a todos aqueles que deles necessitam; seguros evitando infligir dano na pessoa a quem se destina os cuidados; centrados nas pessoas, atendendo às suas preferências, reais necessidades, princípios e valores; oportunos diminuindo os tempos de espera e atrasos prejudiciais; equitativos prestando cuidados de qualidade independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; integrados ou seja cuidados organizados em todos os níveis por todos os prestadores e serviços ao longo da vida e eficientes maximizando os recursos disponíveis, evitando o desaproveitamento dos mesmos.

O direito à proteção da saúde é tutelado, nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, como um direito fundamental, um direito social. A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 1, refere-se ao Direito à proteção da saúde, como o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer. O direito à proteção da saúde integra uma responsabilidade conjunta das pessoas, sociedade e Estado no acesso ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e paliativos. De acordo com a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 2, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

O enfermeiro tem um papel fundamental na defesa da segurança do cliente, uma vez que em conformidade com o artigo 97º, alínea a), tem de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum”, segundo o Artigo 100º, alínea c) (OE, 2015).

As instituições de saúde com a evolução necessitam cada vez mais de adotar estratégias que visem reduzir/eliminar os incidentes relacionados com a segurança do

doente. Durante a prestação de cuidados de saúde, muitos dos incidentes são evitáveis e a sua redução diminui comorbilidades associadas, proporcionando ganhos em saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 foi elaborado tendo por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, o mesmo encontra-se organizado tendo por base cinco pilares essenciais para a promoção da cultura de segurança do doente. Os pilares consistem, em: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (DGS, 2022).

De acordo com a fonte supracitada a cultura de segurança é dos pilares mais básicos e fundamentais, sendo considerada uma prioridade de saúde pública e uma vertente crítica na qualidade dos cuidados. Visa reduzir os incidentes relacionados com os cuidados, proporcionar um ambiente seguro tanto para os doentes como profissionais de saúde e aumentar a literacia em saúde dos doentes, familiares e cuidadores.

Uma das medidas implementadas no SU do CHUP que visava o aumento da segurança nos cuidados era a colocação de pulseiras identificativas de riscos. Existiam duas pulseiras identificativas além da triagem, uma era de cor roxa colocada em pessoas com historial conhecido de alergias medicamentosas e a pulseira com riscas amarelas e pretas era para identificar as pessoas com estados de consciência alterados ou com historial de demência. Existia ainda um outro pormenor que eram os “chips” que colocados no interior da pulseira ou na roupa do utente com historial de fuga ou risco de fuga (era executado registo informático e em impresso próprio), assim quando os mesmos passassem nas portas de saída tocava o alarme alertando o segurança. Esta medida tinha por mais valia evitar a fuga acidental das pessoas em quem era colocado, evitando que as mesmas pudessem ficar expostas a situações de perigo.

De acordo com a DGS (2022), o aumento da cultura de segurança deve ser promovido através da formação dos profissionais de saúde nesta área, da avaliação contínua dos aspetos inerentes à cultura de segurança e aumentando a literacia/participação do doente, família, cuidador e sociedade na segurança da prestação de cuidados.

O pilar liderança e governança é imprescindível pois as lideranças e gestores das instituições de saúde são responsáveis por desenvolver e criar condições que proporcionem a implementação de políticas institucionais que visem a segurança dos doentes. Permitindo a abertura para que as famílias e profissionais tenham confiança de debater e antecipar fragilidades do sistema respondendo aos desafios gerados pela complexidade da prestação de cuidados (DGS, 2022).

A comunicação é o terceiro pilar na promoção da cultura de segurança do doente e uma das áreas onde é necessário atuar para prevenir eventos adversos, pois é uma vertente sensível à ocorrência de falhas quer seja entre profissionais de saúde, utentes e seus familiares. (DGS, 2022). Ainda de acordo com a DGS (2022), 70% dos eventos adversos na saúde sucedem-se nos momentos de transição de cuidados, devido a falhas de comunicação entre os profissionais. Daqui surge o conceito de comunicação eficaz em saúde, designando-se como transmissão de informação “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Segundo a OMS (2007) citada pela DGS (2022), os momentos de transição de cuidados entre profissionais, geram a necessidade de transferência de informações, sendo considerados momentos críticos que devem ser rigorosos na qual deve ser utilizada uma comunicação eficaz, se assim não for, podem gerar eventos adversos provocando morbilidades/mortalidade evitável dos utentes. Com o intuito de tornar a comunicação cada vez mais eficaz têm sido criados modelos e estratégias que visem minimizar os erros relacionados com a comunicação.

A Direção-Geral da Saúde (2017) na Norma 001/2017 denominada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” fundamenta que a utilização de procedimentos padronizados assegura uma melhor comunicação e evita erros, garantindo a segurança dos cuidados. Recomenda a utilização da metodologia “ISBAR” nas transições de cuidados.

Na norma é explicada a mnemónica “ISBAR”, em que “I” corresponde à identificação; “S” situação, descrição do motivo de necessidade de cuidados; “B” antecedentes pessoais; “A” avaliação, onde constam informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento e alterações de estado de saúde significativas e “R”, onde constam as recomendações, atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente.

Dusek et al. (2015) referem que para que haja uma manutenção da segurança nos cuidados de saúde é fundamental que a comunicação seja feita de forma concisa e eficaz, sobretudo quando se trata da passagem de informação clínica de uma pessoa aquando de uma transição de cuidados. De acordo com a DGS (2017) tudo isto implica uma adoção de políticas que normalize as transições, que os profissionais tenham a informação relativa ao doente sempre atualizada, recorrendo a procedimentos que contemplem o tempo requerido para a transmissão de dados. Só assim se garante à pessoa a continuidade de cuidados e tratamentos adequados.

Ao longo dos ensinamentos clínicos houve vários momentos de transição de cuidados, quando surgiam utilizava esta metodologia pois a mesma contribui para melhorar a segurança do doente e diminuir a ocorrência de eventos adversos (DGS, 2017). No INEM e no SU do CHUP é protocolo a utilização da metodologia “ISBAR” na transição de cuidados e é notória a diferença que faz a utilização desta metodologia, pois todos os profissionais de saúde como a utilizam gera-se uma uniformização na linguagem contribuindo para a rápida tomada de decisões, promoção do pensamento crítico, diminuição do tempo na transferência de informação e integração mais rápida de novos profissionais (DGS, 2017). Ao longo dos ensinamentos clínicos utilizava esta metodologia como referência nos momentos de transição de cuidados. Pude utilizá-la na transmissão de informação da vertente extra-hospitalar para a intra-hospitalar, bem como nas passagens de informação a outros colegas no meio intra-hospitalar. Ainda houve momentos de reflexão sobre esta metodologia com a Enfermeira de Referência no SU do CHUP onde analisamos/comparamos a diferença de transmissão de informação de quem a utilizava com quem não utilizava. Sendo notório que quem não seguia esta metodologia, transmitia por vezes a informação sem um fio condutor, de forma mais desorganizada e mais facilmente se perdiam informações relevantes. Esta metodologia para quem a utiliza no seu dia a dia, permite ao profissional quando recebe um doente fazer o reverso e questionar ao colega as informações que pretende obter de modo que retire as informações fundamentais para prestar o melhor cuidado ao utente.

O pilar quatro intitulado prevenção e gestão de incidentes de segurança refere-se ao reporte dos incidentes de segurança, o mesmo defende uma abordagem de não culpabilização dos profissionais que notificam as ocorrências a fim de permitir a aprendizagem com os erros para que se ajustem medidas a fim de evitar a repetição do erro (DGS, 2022). O incentivo da notificação de incidentes de segurança é fulcral por isso as notificações devem ser salvaguardadas de anonimato, confidencialidade e não punição. O objetivo é aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente e promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes, pois só deste modo é possível promover a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (DGS, 2022).

O quinto pilar denomina-se práticas seguras em ambientes seguros, a segurança do doente depende de um conjunto de atividades que promovam uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde tendo, por conseguinte, a redução da ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos na saúde (DGS, 2022).

O conceito de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), tem em consideração, as infeções associadas aos cuidados de saúde onde quer que as mesmas ocorram, como resultado da prestação de cuidados de saúde, entre os quais tratamentos médicos, intervenções cirúrgicas ou por contacto dos locais onde se prestam esses cuidados; cuidados prestados na comunidade (cuidados primários e cuidados continuados); transmissão de infeção adquirida na comunidade e introduzida nas instituições de saúde por utentes, profissionais ou visitas. Ainda, a DGS (2017), define IACS como uma infeção adquirida pelo utente resultante dos cuidados de saúde prestados, que também pode afetar o profissional de saúde durante a prestação de cuidados.

O aumento das taxas de resistência aos antimicrobianos faz com que o tratamento de uma infeção por determinado microrganismo só seja possível por fármacos de largo espectro, pela probabilidade de o microrganismo ser resistente aos fármacos de baixo espectro, gerando esta situação a probabilidade de surgir resistências a estes fármacos (DGS, 2017). Ainda de acordo com a mesma fonte, as IACS são consideradas um problema nacional, que prejudica o tratamento do utente, causando o aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, traduzindo-se num impacto económico devido ao consumo acrescido de recursos hospitalares.

Segundo a (DGS, 2022), nos últimos anos, houve uma melhoria nas boas práticas de higiene das mãos e dos resultados das auditorias às precauções básicas de controlo de infeção, redução do consumo de carbapenemos em meio hospitalar, quinolonas em ambulatório e redução da taxa de resistência da maioria dos microrganismos monitorizados. Referente à vigilância epidemiológica de incidência de IACS, verificou-se redução da incidência global de infeção do local cirúrgico, de infeção da corrente sanguínea adquirida em hospital, em particular da relacionada com cateter venoso central, de pneumonia e de traqueobronquite associadas a tubo endotraqueal em unidades de cuidados intensivos de adultos e de infeção por *Clostridium difficile*. Estes dados vão de encontro a um dos objetivos estratégicos que visa reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos por isso é fundamental continuar a promoção da adesão junto das instituições de saúde, profissionais e utentes.

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde é outro dos objetivos estratégicos de acordo com a

Meta 20 - 90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam ferramentas de controle e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica (DGS, 2022, p. 56).

A identificação inequívoca de doentes é uma meta essencial, básica e de fácil aplicabilidade para evitar erros associados aos cuidados de saúde, no entanto é uma área onde é comum ocorrerem erros facilmente evitáveis. A identificação do cliente inicia-se no momento da admissão e finaliza somente no momento da alta. A identificação inequívoca de doentes muitas vezes falha devido a falhas dos profissionais e dos utentes pois muitas das vezes, por ser uma etapa tão básica é desvalorizada por ambas as partes, mas é crucial fomentar nas equipas a rotina e preocupação de: verificar continuamente a identificação dos clientes a quem prestam cuidados; assegurar a utilização de, pelo menos, de dois identificadores; e criar protocolos de identificação para clientes com o mesmo nome, em coma ou confusos (Macedo et al., 2017). Os identificadores mais utilizados são o nome completo, data de nascimento, sexo, morada, número de identificação pessoal e número de processo clínico institucional.

A identificação inequívoca do utente também depende do mesmo, pois por vezes apresentam-se pouco recetivos para validar várias vezes os seus dados, perante essas situações o profissional de saúde tem de ser capaz de instruí-los sobre a importância das várias validações de identificação pois a compreensão da importância desse processo gera nos utentes maior aceitação. De acordo com Lippi et al. (2017), a utilização de primeiro nome e apelido associados à data de nascimento diminui a probabilidade de erro na identificação consideravelmente.

Adotei estratégias para que fosse possível a validação, da correta identificação do utente, procurava validar sempre com dados inequívocos nomeadamente o nome completo e data de nascimento. Através da validação positiva, questionando o doente de modo que fosse ele a dizer o nome completo e data de nascimento. Quando não era possível o utente validar a identificação procurava a validação por uma pessoa significativa. Sempre que tinha procedimentos a realizar levava uma etiqueta de identificação para poder validar o nome corretamente, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados.

Outra estratégia do quinto pilar, práticas seguras em ambientes seguros, consiste na diminuição da ocorrência de Úlceras Por Pressão (UPP), dado que são uma problemática atual que tem grande impacto nos doentes, reduzindo-lhes drasticamente a qualidade de vida (Shikama, 2018). Segundo a (DGS, 2011) as UPP são um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Conforme a CIPE (2019), úlcera de pressão, é descrita como “Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”. Tendo esta descrição em

consideração percebemos que se forem desenvolvidos cuidados que visem prevenir e manter a pele íntegra é possível reduzir o número de UPP.

De acordo com Rio (2018) são fatores de risco para o desenvolvimento de UPP a fixação justa de dispositivos médicos, resultando em má circulação, fricção e cisalhamento; mau posicionamento dos doentes, ou pouco frequente; calor, que promove o aumento da transpiração; presença de humidade sobre o dispositivo médico, resultando na maceração da pele; edema, promovendo o aumento da tensão a nível tecidual; falta de conhecimento dos profissionais e doente sobre medidas de prevenção e o potencial de lesão dos dispositivos médicos; falta de avaliação frequente da pele dos doentes e dispositivos médicos.

Na UCIP do HNM foi onde tive maior oportunidade de aplicação da escala do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nomeadamente com recurso ao instrumento de avaliação Escala de Braden (versão adulto). A mesma deve ser utilizada em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e nível de necessidades de cuidados de saúde, essa mesma avaliação deve ser realizada nas primeiras seis horas após a admissão (ERS, 2019). Segundo a mesma fonte a reavaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos é recomendada de 24/24 horas. De acordo com NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), a escala que se encontra validade para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP na população portuguesa, é a escala de Braden.

Esse risco era avaliado através da aplicação da escala de Braden através do sistema informático na UCIP do HNM, sendo cumprida a aplicação da escala conforme preconizado. Nos meus planos de cuidados adotava estratégias com o intuito de minimizar/evitar a ocorrência de UPP, tais como, avaliar a pele e registar em notas de enfermagem, aplicar a escala de Braden, reposicionar os clientes de duas em duas horas de forma a redistribuir a pressão e as forças de cisalhamento criadas pelo mesmo, colocação de colchão de pressão alternada em doentes com alto risco de UPP, prestação de cuidados de higiene e hidratação da pele após os mesmos, reposicionar os dispositivos médicos sempre que possível, trocar o fio de nastro/adesivos fixadores do tubo orotraqueal, aplicar óleo de amêndoas doces na pele a fim de evitar UPP pela pressão de máscara de VNI, bem como a escolha de uma máscara facial adequada à pessoa seguindo as recomendações da NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014).

Outra meta do quinto pilar, práticas seguras em ambientes seguros, consiste na prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares, de acordo com a DGS (2019), “uma queda ocorre quando uma pessoa cai inadvertidamente no pavimento ou para um nível mais baixo, com ou sem lesão” (p.7) de acordo com a mesma fonte com o intuito

de prevenir as quedas deve ser efetuada a avaliação do risco de queda recorrendo ao instrumento de avaliação escala de quedas de Morse a todas as pessoas em internamento hospitalar, devendo estar integrada em registo eletrónico.

A avaliação do risco de queda deve ser realizada nos momentos de admissão; reavaliação, sempre que ocorra alteração do estado clínico; no momento de transferência intra ou inter-hospitalar e sempre que ocorre uma queda (DGS, 2019). Consoante a avaliação a pessoa poderá apresentar-se: sem risco de queda; baixo risco ou alto risco.

Nos ensinos clínicos em SU implementei medidas preventivas de queda que vão de encontro ao preconizado pela DGS (2019), procurei manter as unidades arrumadas, removendo obstáculos no percurso de marcha; os equipamentos, materiais e dispositivos médicos fora da área de circulação; nas unidades que disponham campainha, coloquei-as ao alcance do doente e instruí o mesmo sobre a utilização; coloquei a altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa; elevei as grades das macas/camas e providenciei dispositivos de apoio à marcha. No contexto de cuidados intensivos os doentes que me foram atribuídos nenhum deambulava, tendo sido as principais medidas implementadas, o manter as grades elevadas e a cama em posição baixa.

Procurei sempre ao longo da prestação de cuidados adotar as medidas acima descritas e quando devidamente aplicadas fazem a diferença precavendo e evitando morbilidades/mortalidade dos utentes. As quedas têm impacto na redução da longevidade e qualidade de vida bem como podem provocar danos físicos ligeiros ou que podem resultar em hemorragias intracranianas, aumento do tempo de internamento ou morte, danos psicológicos, declínio funcional, prolongamento do internamento e aumento de custos em saúde (DGS, 2019).

A meta segurança na medicação consiste nas atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem surgir do uso de medicamentos (DGS, 2015). Segundo a OMS citada pela DGS é estimado que 8% a 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e 13% dos doentes em ambulatório, são alvo de incidentes resultantes de práticas pouco seguras na utilização de medicação, gerando isso encargos significativos para o sistema de saúde (Despacho nº 1400-A/2015).

Conforme a OMS (2014), 50% dos erros de medicação estão associados à administração de medicamentos, 18% à prescrição, 16% à omissão e adiamento da medicação e 15% devido a dosagens erradas. Os fatores que propiciam o erro são vários tais como o ruído, stress, ambiente, fadiga, comunicação entre profissionais, experiência profissional, acondicionamento da medicação e medicação de alto risco. Por isso torna-se

primordial a criação de adequados ambientes de trabalho, promoção de formação e atualização de conhecimentos para os profissionais de saúde (DGS, 2015).

Os medicamentos de alto risco são os que têm um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência das falhas aquando da sua utilização, podendo provocar lesões permanentes ou a morte e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde (DGS, 2015). Segundo a mesma fonte as instituições são responsáveis por elaborar estratégias que assegurem um armazenamento/padrão de acesso a medicamentos de alto risco; sinalizar os medicamentos de alto risco de modo que se destaquem dos restantes e interditar a existência de medicamentos de alto risco nos stocks de apoio.

No SU do CHUP recordei que os medicamentos estavam dispostos em gavetas, de fácil acesso num armário aberto. Pude debater essa situação com a Enfermeira de Referência chegando ambos à conclusão que não era o mais correto e que a situação já estava reportada aos superiores hierárquicos. Também alertei para a presença de medicamentos de alto risco que se encontravam misturados com outros com aspeto semelhante, havendo grande risco de erro medicamentoso, tendo havido recetividade sobre o meu alerta e sido removidos posteriormente de lá para um local adequado, contribuindo deste modo para um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

No SU do HNM era utilizado o sistema de dispensa automática de medicamentos Pyxis, o mesmo permitia uma maior segurança na gestão da terapêutica medicamentosa e minimização do erro aumentando a cultura de segurança. Pois a retirada dos medicamentos só é possível após a prescrição médica ficando registado quem foi o profissional que removeu a terapêutica. De acordo com Solas (2015), este sistema permite maior segurança e rapidez no armazenamento do medicamento, redução de gastos, controlo dos stocks, otimização do tempo na reposição de medicamentos, redução do erro de administração da medicação, controle automático da validade dos medicamentos armazenados e registo eletrónico de quem retira o medicamento. Tendo isto em consideração é um sistema que é uma mais-valia para que o Enfermeiro garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº. 140/2019).

Na gestão da terapêutica medicamentosa existe ainda os Medicamentos LASA, ou seja, são medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. Existem dois tipos, os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos look-alike e os medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos sound-alike (DGS, 2015). Perante estes fármacos as instituições devem desenvolver estratégias ao nível do

armazenamento dos medicamentos LASA, atendendo à sua separação física, correta identificação/sinalização, adoção de técnicas que façam diferenciação dos mesmos aquando da prescrição e adotar práticas seguras de preparação e administração de terapêutica medicamentosa (DGS, 2015).

Aquando da utilização de terapêutica garantia a administração certa do medicamento à pessoa correta de acordo com a prescrição, dose, hora e via correta. Atendia à validade e integridade do fármaco, controlo de infeção, identificação dos fármacos imediatamente no momento de preparação, vigilância após a administração do fármaco e executava registos de enfermagem. Na medicação de alto risco a atenção era redobrada, procurava sempre a dupla verificação da mesma e a vigilância ao doente era mais minuciosa.

A passagem em diferentes serviços permitiu-me identificar como era realizada a gestão da medicação e refletir sobre os aspetos que se encontravam de acordo com o preconizado e alguns aspetos que deveriam ser melhorados, nos quais tive oportunidade de intervir, havendo recetividade pelas sugestões apresentadas.

Estas experiências de aprendizagem foram fundamentais para desenvolver competências na segurança e melhoria contínua de cuidados.

2.3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados está integrada no domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro é responsável na sua prática por prestar cuidados de enfermagem de qualidade contribuindo para o desenvolvimento da equipa da qual é parte integrante e promovendo a interação dos restantes profissionais de saúde em prol dos melhores cuidados para o utente. Ainda de acordo com o mesmo regulamento o enfermeiro, tem de ser capaz de adequar a sua liderança e os recursos existentes tendo em consideração cada situação, assegurando cuidados de qualidade.

Segundo Andrade (2016), é reconhecido o papel que os enfermeiros assumem na avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados, na condição de gestores, como elemento presente em instituições com grupos dedicados à qualidade, gestão de risco, segurança, bem como na prestação de cuidados. Deste modo, os enfermeiros gestores das unidades de saúde assumem um papel preponderante na criação de ambientes de prática favoráveis, de acordo com o Regulamento nº 101/2015 do perfil de competências do enfermeiro gestor, este é responsável por implementar, supervisionar e monitorizar alterações organizacionais que promovam a qualidade dos cuidados.

Perante a relevância do papel ativo do enfermeiro especialista na promoção e melhoria da qualidade dos cuidados, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica da Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), têm por finalidade atingir a excelência no exercício profissional, devendo o enfermeiro especialista procurar atingir níveis elevados de satisfação na pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Os padrões de qualidade são constituídos pelos seguintes enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem; prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados

De acordo com Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, sendo elementos fulcrais na organização dos cuidados de enfermagem. O Regulamento nº 101/2015 prevê o cumprimento deste enunciado pelo enfermeiro gestor, uma vez que este é o elo promotor do desenvolvimento profissional da equipa, responsável por construir ambientes de prática favoráveis e a qualidade do serviço prestado ao cliente.

Tendo em consideração a relevância que os enfermeiros gestores apresentam no seio das equipas e com a finalidade desenvolver competências nesta área, procurei oportunidades de aprendizagem junto dos chefes de equipa e coordenadores de serviço ao longo dos ensinos clínicos. Isso permitiu-me compreender como eram geridas as dotações de enfermeiros face às necessidades de cuidados; formação contínua dos enfermeiros nos serviços; cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados; promoção de ambientes de prática seguros e de qualidade; gestão de situações imprevistas; gestão eficiente dos recursos materiais e equipamentos.

No SU do HNM considero que desenvolvi muitas competências na gestão de prioridades, quando ocorria uma sala de emergência, três elementos destacados em plano no início do turno tinham de a assegurar, sendo normalmente destacado um enfermeiro do SO, o enfermeiro destacado para a sala de cirurgia e pequena cirurgia e um enfermeiro da triagem. Quando a sala de emergência era ativada os enfermeiros tinham de dirigir-se logo à mesma, mas por vezes estavam a prestar cuidados importantes, a determinado doente que lhes estava atribuído no seu posto de trabalho. Isto obrigava que os mesmos tivessem de

priorizar a sala de emergência deixando o seu posto de trabalho de modo a responder com prontidão à sala de emergência.

Segundo o Parecer nº 14/2018 da OE a necessidade de cuidados específicos emergentes não é padronizada e, portanto, não está sujeita a determinação de fluxos perfeitamente controláveis. Desse modo, a disponibilidade da equipa deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho.

Segundo um estudo realizado por Ferreira et al. (2020), esta situação gera um clima de imprevisibilidade e incerteza, requerendo dos enfermeiros conhecimento, concentração, rapidez de raciocínio e rapidez na realização do processo de tomada de decisão, pois a qualquer momento são ativados para a prestação de cuidados na sala de emergência onde podem permanecer grande parte do turno, ficando a restante equipa sobrecarregada.

Esta situação fez-me desenvolver competências de gestão e organização mental do meu trabalho, pois com o decorrer do estágio comecei a compreender e dar resposta às necessidades dos doentes de outro modo, organizando melhor os cuidados de prestava com o intuito que os mesmos não se acumulassem com o propósito de que se surgisse uma emergência conseguisse dar resposta à mesma sem ficar com situações pendentes por solucionar.

Na UCIP do HNM tive oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, ganhando maior autonomia e competência para a gestão dos mesmos, desenvolvi competências na gestão do ambiente, consegui compreender a importância de manter a unidade do utente arrumada, mantendo-o abafado atendendo à sua privacidade e dignidade como pessoa, manter os fios fora do chão e livres para que numa situação de emergência os mesmos não dificultem a atuação, ativar e definir os limites dos alarmes dos monitores de monitorização cardíaca e ventilação, diminuir a luminosidade da unidade para diminuir os estímulos e evitar sempre que possível ruído desnecessário. Desenvolvi ainda competências na gestão que requer o transporte da PSC, desde o momento da preparação até à efetivação do transporte.

No SU do CHUP foi onde pude acompanhar mais de perto o papel que um enfermeiro coordenador desempenha na gestão de um SU. Cada equipa de enfermagem tem designado um enfermeiro coordenador, selecionado pelo enfermeiro chefe para colaborar na gestão do SU, sendo definido o enfermeiro coordenador para o respetivo turno aquando da elaboração do plano de trabalho. Têm por suas funções: tomar decisões de acordo com os valores e filosofia da instituição; estabelecer prioridades na resolução de problemas; gerir

situações imprevistas e/ou problemáticas na gestão dos cuidados; inteirar-se da situação do serviço; gerir os recursos humanos disponíveis; gerir conflitos; elaborar o plano de distribuição de enfermeiros gerir a realização de transferência de utentes para outras instituições; gerir as faltas/necessidades de material; zelar pela adequação dos equipamentos e recursos materiais (CHUP, n.d.).

Pelo que pude constatar o coordenador de equipa assume um papel de grande relevo na gestão do SU dado que tem influência na gestão de vagas dentro do SU e na gestão dos enfermeiros, movendo enfermeiros para reforçar áreas que mais necessitam.

A oportunidade de ter como Enfermeira Tutora uma coordenadora de serviço foi extremamente proveitosa pois pude verificar e desenvolver uma visão mais abrangente tendo em consideração a visão da gestão e a visão da prestação de cuidados. Na coordenação presenciei a chamada de elementos para substituir elementos em falta; mobilização de recursos humanos dentro do SU com o intuito de reforçar áreas com maior carga de trabalho; distribuição de enfermeiros através da realização do plano de trabalho de turno; gestão de utentes em equipa multidisciplinar; controlo de estupefacientes; pedidos de material e resolução de situações inesperadas. Na prestação pude compreender que se assumia como um elemento de referência, sendo consultada por outros colegas que solicitavam opiniões, era um elemento dinamizador e que prestava cuidados de excelência procurando dar o exemplo.

Estas experiências de aprendizagem relacionadas com a gestão de cuidados e gestão de serviços junto de EEEMC foram determinantes para que me tornasse mais resiliente e desenvolvesse capacidades de gestão e organização, permitindo-me superar as adversidades que surgiam com sucesso.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 109º, o enfermeiro procura durante o seu exercício a excelência dos cuidados. Posto isto, assume o dever de manter a atualização contínua dos conhecimentos, não esquecendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Nesta linha de pensamento, a formação contínua assume-se não só como um dever para a profissão, bem como, uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com o intuito da melhoria contínua nos cuidados prestados. De acordo com o Artigo 109.º do REPE o Enfermeiro tem o dever da “atualização contínua dos seus conhecimentos ..., sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” p. 86.

O enfermeiro especialista surge como um elemento de referência no seio da equipa, pelas competências humanas e científicas que detém, permitindo-lhe uma intervenção mais adequada possível junto da pessoa, família e equipa multidisciplinar (Regulamento nº 429/2018). Durante a minha prática, procurei desenvolver o autoconhecimento, de modo a reconhecer as minhas emoções, medos e receios de forma a estabelecer limites, particularmente em situações de maior pressão com a pessoa, família alvo dos meus cuidados e equipa.

Através do autoconhecimento e reconhecimento como enfermeiro, compreendi a necessidade de desenvolver novas aprendizagens e conhecimentos, tendo realizado este mestrado, que contribuiu para a construção do meu percurso profissional e pessoal. De modo a desenvolver ainda mais o autoconhecimento e assertividade, ao longo dos estágios, procurei oportunidades para desenvolver as minhas capacidades e apresentei uma postura de interesse, proativa e assertiva. No autoconhecimento foi essencial o trabalho pessoal e reflexivo através da elaboração de reflexões segundo o Ciclo de Gibbs, projeto de autoformação e relatório, estudo de caso e relatórios de estágio. Onde ao refletir sobre a minha prática e tendo por base a evidência científica, identifiquei pontos a melhorar e desenvolvi/atualizei conhecimentos.

A atualização dos conhecimentos baseados na mais recente evidência científica pelo enfermeiro especialista tem como pressuposto a fundamentação da sua intervenção e tomada de decisão de uma forma válida, atual e pertinente. Este também deve agir como agente facilitador nos processos de aprendizagem no contexto de trabalho, através da formação e incentivo desta, conforme as necessidades formativas do serviço (Regulamento nº 140/2019).

Ao longo dos ensinamentos clínicos considero que fui de encontro aos objetivos, dos mesmos, consegui identificar as minhas limitações em tempo oportuno nunca pondo em causa a pessoa que necessitava de cuidados, fui sempre muito honesto e quando tinha dúvidas sobre alguns aspetos, procurava esclarecê-los sendo isso essencial para o meu desenvolvimento. Procurava informação científica, relia os apontamentos necessários e protocolos e foi deste modo que nas situações futuras, estava capacitado para dar uma resposta mais efetiva.

Considero que desenvolvi muitas competências ao longo dos ensinamentos clínicos, evoluindo, devido às situações que iam surgindo. A nível de experiências práticas tive uma grande variedade de situações que obrigaram a processos de tomada de decisão constantes, exigindo um raciocínio crítico, rapidez, eficiência e eficácia nas intervenções realizadas.

Procurei e consegui a realização de momentos de “debriefing” com as enfermeiras de referência, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Procurei também colaborar, envolver-me nas equipas e pude prestar cuidados não só aos utentes que me estavam atribuídos como também a utentes que não me estavam atribuídos, mas que contribuiriam para experienciar novas situações, diferentes e benéficas para o meu processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Nessas situações procurava sempre o consentimento do utente para que pudesse assistir/participar em determinado procedimento de modo a respeitar o utente, havendo reciprocidade pelos utentes na maioria das situações. Na realização dos ensinamentos clínicos a adoção de uma postura proativa contribui muito para o desenvolvimento de aprendizagens pois permite sair de um campo de ação mais limitado, indo para um mais alargado proporcionando outras visões, experiências, métodos de trabalho, conhecimentos e habilidades.

Procurei fundamentar as intervenções realizadas, recorrendo a bibliografia recente e fidedigna, dado que o envolvimento de diversas fontes de evidência é o que torna possível compreender os fenómenos que ocorrem no contexto real/prático.

Outro método que adotei para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências foi frequentar o simpósio de enfermagem intitulado “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: da rua até à reabilitação na comunidade” no Instituto Superior de Saúde de Amares, onde foram abordados vários tópicos, da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar, Enfermagem no Serviço de Urgência, Enfermagem Intensiva e a Enfermagem na Comunidade. Foi um simpósio enriquecedor, onde foram abordados temas relacionados com a PSC, sendo realizado um percurso desde o atendimento pré-hospitalar até à reabilitação na comunidade. Esta formação foi uma mais-valia pois permitiu-me compreender a realidade do INEM e o papel que o enfermeiro desempenha nestes contextos. Permitiu-me ainda rever conteúdos lecionados e atualizar/relembrar conhecimentos que já detinha. O desenvolvimento de aprendizagens profissionais depende muito de cada enfermeiro, pois o mesmo só é possível com o investimento pessoal aliado à experiência prática. Como já citado anteriormente a competência só se consegue com a agregação dos vários saberes.

Tendo em consideração o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, considero que as consegui desenvolver com sucesso através das experiências ao longo dos ensinamentos clínicos e análises à luz da evidência científica.

3. TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Este capítulo retrata parte do percurso realizado com o intuito de tornar-me enfermeiro especialista, demonstra um percurso de aquisição de competências no cuidar da PSC em diferentes contextos, permitindo-me compreender as diferenças, desafios, especificidade e adaptação necessária para desenvolver competências específicas.

As Competências Específicas de acordo com o Regulamento nº 140/2019 são as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

O desenvolvimento de competências só é possível com a saída da zona de conforto, contacto com outras realidades, atualização contínua de conhecimentos acompanhando a evolução da evidência científica, reflexão das nossas práticas introspectivamente, mas também através da criação de momento de debriefing nas equipas. O debriefing enquadra-se na aprendizagem através da experiência do cuidar da PSC, este representa uma oportunidade única para discutir e analisar experiências, dar sentido ao que aconteceu e integrar aprendizagens para melhorar o desempenho das equipas (Brazil & Williams, 2021).

Seguidamente abordo como fui desenvolvendo os meus ensinamentos clínicos, o meu conhecimento, habilidades e adquirindo as competências necessárias para tornar-me enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar da PSC.

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

A PSC necessita de cuidados altamente qualificados, o EEEMC é a pessoa que detém as competências necessárias para prestar os melhores cuidados perante estas situações à pessoa, família/cuidador. O enfermeiro tem de atender à diversidade e complexidade das mais variadas situações vivenciadas pela pessoa acometida por doença aguda e respetiva família/cuidador. O enfermeiro especialista é a aquele que responde eficazmente através da mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar

promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/2018). Urge assim a necessidade de desenvolver conhecimento com a finalidade de adquirir novas competências tendo por base a procura constante do conhecimento teórico para uma resposta cada vez mais especializada perante as situações práticas.

Com o propósito de adquirir a competência enunciada neste capítulo também atendi às seguintes unidades de competência, procurei prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; 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 (Regulamento nº 429/2018).

No meio extra-hospitalar, mais concretamente na ambulância de SIV, fomos ativados para uma suspeita de síndrome coronário agudo (SCA), que se confirmou. A ativação foi realizada para uma vítima do sexo masculino com dor retrosternal e no hemitórax esquerdo com irradiação para o membro superior esquerdo com uma hora de evolução. O Senhor referia que se encontrava a trabalhar e sentiu um aperto no hemitórax esquerdo, sem fator de alívio. Inicialmente procedi a uma avaliação segundo a abordagem ABCDE; foi executado um Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, este é exame fulcral na avaliação do SCA, devendo efetuar-se durante a abordagem inicial, nos primeiros 10 minutos de contacto com o doente, quer seja em ambiente pré-hospitalar ou intra-hospitalar (INEM, 2020).

Pela avaliação realizada no local, apresentava sinais de isquemia aguda (...). O ECG foi enviado ao CODU confirmando-se um Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com supradesnivelamento do segmento “ST”. Foi administrado no local da ocorrência terapêutica conforme protocolo do SCA. Foi dada indicação para proceder-se ao transporte para o CHUP e sucedeu-se, sem intercorrências. Na admissão hospitalar, como estava tudo devidamente preparado e articulado, o doente foi transportado diretamente para o Serviço de Hemodinâmica. Atendendo à preparação do serviço recetor e cuidados prestados no meio extra-hospitalar, não existiu perdas de tempo e o tratamento efetivou-se de forma célere. Vários estudos demonstraram que o uso pré-hospitalar de ECG de 12 derivações permite

uma redução do tempo desde a admissão até ao início da terapêutica de reperfusão em até uma hora (INEM, 2020).

No meio VMER, fomos ativados para uma ocorrência, tratando-se de uma pessoa do sexo masculino, 43 anos, vítima de trauma após queda de aproximadamente três metros de altura sobre a parte superior de um portão, ficando suspenso pela perna direita após encravamento da mesma sobre uma peça metálica pontiaguda. Aquando da nossa chegada apresentou alteração do estado de consciência com necessidade de extração rápida. Tinha como antecedentes pessoais de vírus da imunodeficiência humana e toxicodependência, a nível medicamentoso encontrava-se sob programa de metadona, informação esta que só tivemos acesso no SU do CHUP. No momento da nossa chegada, o local encontrava-se cercado por polícia, pois a vítima tinha assaltado uma pessoa. A primeira questão que verificamos foi se havia segurança para avançarmos, verificando-se a mesma.

O Senhor encontrava-se obnubilado, mas na posição e altura em que se encontrava era impossível a prestação dos cuidados requeridos. Dada a instabilidade da vítima não podíamos aguardar a chegada de uma equipa específica para cortar o ferro, assim sendo em decisão multidisciplinar foi optada pela extração rápida para o plano duro. De acordo com o INEM (2012), a extração rápida de uma vítima só pode ser efetuada quando o exame primário revela lesões críticas que colocam a vida em perigo; quando a zona do acidente é insegura e claramente perigosa para a vítima e para a equipa ou quando a vítima tem de ser extraída rapidamente para permitir o acesso a outra vítima mais grave.

Foi também assegurada a antecipação de focos de instabilidade dado que a vítima provavelmente entraria em paragem cardiorrespiratória se permanece como estava, dado que no momento antes da extração a via aérea ficou comprometida.

No chão e em segurança procedeu-se novamente à avaliação segundo a abordagem ABCDE, estabelecida pela *American College of Surgeons*, segundo Smith e Bowden (2017), recomendada para a abordagem de doentes em contexto de urgência/emergência:

A - Sem alterações. Via aérea permeabilizada.

B - Taquipneico em ar ambiente FR: 26c/min. SPO2: 88%. Sem sinais de deformidades torácicas ou feridas incisais. Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com roncos dispersos. Simetria bilateral torácica.

C - Hemodinamicamente estável. Pulso radial regular e forte. Taquicárdico, FC: 167bpm. Pele suada e palidez. Tempo de preenchimento capilar <2segundos. TA: 165/80 mmHg. Hemorragia no membro inferior direito de moderada quantidade que se controlou com penso compressivo.

D - Consciente e orientado a nível temporal, espacial e pessoal. Estado de consciência: Alerta. *Glasgow Coma Scale* (GCS): 15 (O4; V5; M6). Pupilas isocóricas e isoreativas. Sem alterações neurológicas aparentes, mobiliza os quatro membros. Glicemia capilar: 111mg./dl.

E - Normotérmico. Temperatura: 36,0°C. Tórax, abdómen e região pélvica sem sinais de lesões. Esfacelo na perna direita com ~20cm, com exposição muscular e lesão de vasos sanguíneos.

Tratava-se de uma vítima crítica dada a iminência de falência de uma ou mais funções vitais, risco iminente de falência cardíaca. Apresentava *National Early Warning Score* (NEWS): 15, ou seja, risco clínico alto, estando indicada monitorização contínua dos sinais vitais. (FR: 26c./min. – 3 pontos); (SPO2: 88% - 3 pontos); (Respiração com oxigénio suplementar – 2); (temperatura 36.0°C. – 1 pontos); (Pressão Arterial Sistólica (PAS): 165 – 0 pontos); (FC: 167bpm – 3 pontos) e (Consciência com resposta à dor – 3 pontos). A escala NEWS consiste na atribuição de pontos para cada parâmetro fisiológico, tendo por base o nível de instabilidade associado. Os parâmetros em que se baseia são os descritos anteriormente e quando a pessoa necessita de aporte de oxigénio são acrescidos na escala dois pontos (Royal College Of Physicians, 2012). De acordo com Luís (2014) esta escala foi desenvolvida para detetar a deterioração da situação clínica dos doentes, estando traduzida e validada para a população portuguesa. De acordo com o mesmo autor, se pontuação News de 0, baixo risco clínico; NEWS de 1-4, baixo risco clínico; NEWS 5-6 ou obtiver um parâmetro fisiológico com pontuação 3, médio risco clínico; NEWS 7 ou mais, alto risco clínico. A utilização desta escala permitiu identificar/detetar o alto risco de degradação clínica desta pessoa melhorando a segurança e o nível de cuidados de acordo com as suas necessidades.

Após a avaliação foi colocada imobilização axial completa e estabilizadores de cabeça. Iniciou-se Oxigénio por máscara facial revertendo a baixa SPO2. Foi estabelecido acesso venoso periférico sendo administrado de imediato analgesia. Foi administrado desde o local até ao SU do CHUP: Ondasentrom; Fentanilo; Cetamina; Cloreto de Sódio 0,9% aquecido (evitar alterações na cascata da coagulação relacionadas com a hipotermia).

Na reavaliação realizada antes do transporte já no interior da célula sanitária, apresentava melhoria dos parâmetros vitais sendo transportado para o SU do CHUP com acompanhamento da equipa VMER, pude ir no interior da célula sanitária com o médico e gerir a avaliação da dor e analgesia administrada, avaliando e reavaliando o seu efeito terapêutico. O transporte decorreu sem intercorrências, a vítima apresentou uma evolução

clínica favorável. Na chegada ao Hospital apresentava melhoria da dor, sendo admitida diretamente na Sala de Emergência que já tinha sido previamente informada da receção desta pessoa. Nesta situação foi possível identificar focos de instabilidade, responder de forma pronta e antecipatória aos mesmos, gerir de forma diferenciada a dor, bem como executar cuidados de alta complexidade à PSC, através, da demonstração de conhecimentos e habilidades e gestão de protocolos terapêuticos.

Dando continuidade ao percurso por mim realizado e sempre com a finalidade de desenvolver competências, pude cuidar da PSC na Sala de Emergência, esta área permite a ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo fulcral para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico. É uma área de grande especificidade que possibilita a abordagem, tratamento e observação de doentes críticos classificados de emergentes ou, nalguns casos, muito urgentes que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais, colocando a vida em risco (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Nas primeiras ocorrências nas salas de emergência em que tive oportunidade de colaborar, consegui ter uma perceção real e mais concreta sobre o modo de funcionamento e distribuição da equipa de enfermagem na abordagem à PSC. Os enfermeiros que asseguram a sala de emergência são designados como coordenadores funcionais de turno, devendo ser enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Artigo 21.º, do Despacho nº 10319/2014). De acordo com o Parecer nº 14/2018 da OE dada a exigência normativa o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades do doente em contexto de emergência no contexto de prática clínica na sala de emergência/reanimação.

Na sala de emergência cada enfermeiro encontra-se afeto a um posto, tendo cada um várias funções, nomeadamente, A - via aérea/ventilação/respiração, em que o enfermeiro colabora nos procedimentos invasivos que visam assegurar a proteção da via aérea; B - circulação, cabe ao enfermeiro o despiste de possíveis sinais de hemorragia, garante acessos venosos, e colhe sangue para análise; C- circulante, possui como função os registos, assegura o fornecimento de material necessário, zela pelo espólio e valores e presta esclarecimentos aos familiares/acompanhante (SESARAM, 2011).

A nível de Sala de Emergência no SU do HNM, uma das situações que vivenciei, tratava-se de uma pessoa vítima de trauma, trazida pelos bombeiros e Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR). A pessoa foi admitida no Serviço de Urgência e ativada a Via

Verde do Trauma, sendo acolhido de imediato na sala de emergência. Tratava-se do Senhor J., 28 anos de idade, sexo masculino, trazido em maca com colar cervical, estabilizadores de cabeça e imobilização axial por ter caído de uma altura aproximada de 20 metros a rolar, tendo embatido violentamente com a região abdominal contra o tronco de uma árvore.

A abordagem da pessoa vítima de trauma deve seguir uma abordagem sistemática e metódica, ou seja, uma Avaliação Primária (XABCDE) e uma Avaliação Secundária por segmentos (NAEMT, 2021). A avaliação primária permite identificar e corrigir situações que colocam a vida da pessoa em risco. Os componentes desta avaliação estão listados por ordem de prioridade, em trauma, ao habitual A - Tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical; B - Ventilação; C - Circulação; D - Disfunção neurológica; E - Exposição/ambiente, junta-se como a primeira prioridade o X - Hemorragia Exsanguinante, pois na pessoa vítima de trauma a hemorragia deve ser rapidamente detetada e controlada, uma vez que é a causa mais comum de morte evitável decorrente da lesão traumática. Após a estabilização da vítima pode-se realizar a avaliação secundária, de modo a identificar lesões da cabeça aos pés ou problemas que não foram encontrados antes, avaliar os sinais vitais e recolher informações que permitam conhecer o histórico da pessoa (NAEMT, 2021).

Aquando da admissão na SE no momento da avaliação, apresentava-se com um score 15 segundo a GCS, eupneico em ar ambiente, traçado ECG regular, taquicárdico e normotenso. Pude iniciar monitorização cardíaca estabelecer acessos periféricos, gerir a administração de analgesia (realizada Morfina por dor com intensidade 9/10 segundo a escala numérica da dor no quadrante superior esquerdo do abdómen). No exame físico apresentava um hematoma no quadrante superior esquerdo do abdómen. Foi realizado de imediato o *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) à região torácica e abdominal para despiste de lesões graves agudas, sendo imediatamente detetada uma hemorragia no baço.

O trauma é definido como um evento lesivo que surge quando há libertação de formas específicas de energia física ou quando há barreiras ao fluxo normal de energia. (NAEMT, 2021). O corpo humano tolera a transferência de energia até certo limite, quando este é ultrapassado, ocorre o trauma. É considerado uma doença pois existe um agente que causa a mesma, neste caso a energia, um hospedeiro onde reside o agente, por exemplo uma pessoa e um ambiente adequado onde o agente e o hospedeiro se encontram, os chamados fatores físicos e sociais, formando assim a tríade epidemiológica. O trauma pode ser classificado de acordo com a sua cinemática (mecanismo de lesão) como fechado ou penetrante. O trauma fechado diz respeito a acidentes com veículos automóveis, motociclos,

atropelamentos e quedas; já o trauma penetrante tem como exemplo as armas brancas e armas de fogo ou pela penetração de objetos no corpo. O trauma fechado pode provocar lesões por compressão que resultam no esmagamento dos órgãos do abdómen e lesões por cisalhamento que criam rutura de órgãos sólidos ou rutura de vasos sanguíneos (NAEMT, 2021). A situação do Senhor J. tratou-se de um trauma fechado resultante de uma queda com rolamento posterior, e o embate violento contra a árvore devido às ao embate, resultou na lesão do baço provocando a hemorragia.

A pessoa vítima de trauma necessita uma resposta adequada e atempada, integrado nesta resposta, o Enfermeiro Especialista com as suas competências consegue posicionar-se num patamar que lhe permite uma resposta mais adequada e organizada (com estabelecimento de prioridades), fundamentada no conhecimento científico, uso de um pensamento sistematizado e crítico, possibilitando a redução da mortalidade e morbilidade da pessoa vítima de trauma.

A abordagem realizada a esta vítima de trauma na sala de emergência foi diferenciada por toda a equipa envolvida, a metodologia do processo de enfermagem está sempre presente não descritivamente, mas no pensamento dos profissionais, pois está sempre implícito o raciocínio de avaliar, diagnosticar, planejar intervenções, implementar intervenções e avaliar os resultados obtidos. Nesta situação colaborei na admissão, avaliação, monitorização e vigilância durante a realização de exames complementares de diagnóstico e posterior transferência intra-hospitalar.

Tive oportunidade de fazer uma gestão diferenciada da dor através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológica para o alívio da dor (posicionamento), observar, colaborar e gerir protocolos terapêuticos complexos, com monitorização dos efeitos terapêuticos desejados e identificação das intercorrências/complicações mais frequentes, ganhando maior autonomia e competência para a gestão dos mesmos.

Pude ainda assegurar o transporte seguro da PSC, para a realização da TAC e posterior transferência ao Bloco Operatório. Antes de se proceder a transferência foi contactado os respetivos serviços a informar que se procederia ao transporte. Segundo as recomendações para o transporte de doentes críticos do Colégio de Medicina Intensiva e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), na coordenação do transporte é necessária a confirmação prévia que a área para onde o doente vai ser transportado, está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada.

O acompanhamento foi realizado de acordo com as recomendações, respetivamente

por um médico e um enfermeiro (preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica) dado que o doente apresentava risco de instabilidade fisiológica, podendo necessitar de intervenção emergente ou urgente Colégio de Medicina Intensiva e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023).

Após a realização das TAC's o cliente começou a ficar obnubilado, pálido, diaforético, taquipneico, taquicardíaco e hipotenso; Foram logo implementadas medidas para reverter a situação e avaliados os resultados, foi conseguida a estabilização e procedeu-se à transferência para o Bloco Operatório. A estabilização só foi conseguida devido à adequada preparação do transporte e porque tínhamos levado equipamento e fármacos que pudessem eventualmente ser necessários como preconizado pelas recomendações para o transporte de doentes críticos supracitadas.

A planificação de intervenções que visam dar resposta e atender à especificidade de cada situação, permitiu-me sistematizar o meu pensamento e raciocínio. A priorização dos cuidados de enfermagem atendendo a cada situação e sua especificidade faz parte do cuidado especializado, segundo o Regulamento nº 429/2018, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica “Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”, esta é uma intervenção complexa mas de fulcral importância dado que o doente crítico habitualmente apresenta elevada dependência de fármacos, monitorização e equipamentos médicos. A priorização de cuidados também está muito associada à antecipação de focos de instabilidade, num SU a priorização de cuidados é uma constante, pois muitas das vezes os recursos humanos são escassos e as pessoas a necessitar de cuidados são muitas. No cuidar da PSC muitas vezes é preciso decidir qual a intervenção que a mesma mais necessita para a sua estabilização de modo a priorizá-la, sendo necessária uma grande capacidade de tomada de decisão para uma correta priorização. De acordo com Teixeira e Vieira (2020) o Enfermeiro Especialista como detentor de conhecimentos segundo a mais recente evidência científica é quem mais está preparado para identificar eventos críticos atempadamente e intervir assumindo um papel fulcral na priorização dos cuidados.

Considero que as experiências vivenciadas no SU, permitiram-me adquirir e consolidar conhecimentos que são fundamentais no processo de desenvolvimento e aquisição de competências. A atuação de enfermagem na sala de emergência diferencia-se muito tendo em conta o conhecimento e abordagem do enfermeiro. Nota-se que o EEEMC se assume como uma pessoa que detém maiores conhecimentos e competências conseguindo

marcar a diferença. Muitas das vezes existem intervenções interdependentes e um enfermeiro com conhecimentos consegue demonstrar e inclusive liderar a equipa multidisciplinar perante esses contextos, sendo respeitado, por ser reconhecido como o elemento mais capaz perante determinada situação a dar a melhor resposta para o doente. Segundo a OE é competência do Enfermeiro Especialista otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, gerindo os recursos de acordo com as situações e o contexto, visando otimizar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

É essencial na deteção de sinais fisiológicos e manifestações de dor por parte da pessoa pois é uma área para a qual por vezes não existe muita sensibilidade da parte de quem prescreve a terapêutica e com uma comunicação assertiva e de complementaridade conseguimos fazer mais pela pessoa que necessita de cuidados.

O EEEMC faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento nº 429/2018). O enfermeiro devido à proximidade constante com o doente, é o profissional de saúde que está mais desperto para a deteção da dor e aquele capaz de adotar as intervenções mais adequadas a cada doente para alívio da mesma. Devido à sua proximidade ao doente consegue avaliar a dor, planear, implementar intervenções e posteriormente reavaliar, compreendendo assim quais as medidas mais efetivas no alívio da dor para cada doente, tornando os cuidados de enfermagem mais equitativos e individualizados.

A dor é considerada uma das situações mais incómodas e desesperantes que afetam a vida das pessoas. De acordo com a CIPE (2019) Dor pertence ao eixo do Foco, tendo por sua descrição “Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus 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”.

Em 2020 foi redefinido o conceito de dor por uma equipa da International Association for the Study of Pain com o intuito de uma melhor avaliação e gestão da pessoa com dor. Sendo assim consideraram a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja, et al. 2020).

A dor na PSC é comum, sendo a sua gestão um desafio, a pessoa em situação de urgência/emergência é submetida a muitos cuidados, procedimentos invasivos e não

invasivos. A dor provocada pelos cuidados deve-se a pequenas “agressões” que isoladamente não provocam dor, mas devido ao efeito de acumulação produzem dores insuportáveis. Como tal, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais fisiológicos de dor e adequar as rotinas dos serviços de modo a minimizar a dor. Algumas das estratégias que adotei nos ensinos clínicos passavam por agrupar os cuidados, respeitar o repouso do doente, reduzir o ruído e evitar técnicas desnecessárias atendendo ao princípio da beneficência e não-maleficência.

O enfermeiro tem de estar desperto para os pormenores e evidências de dor, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016), a avaliação da dor deve ser executada em todos os turnos no início dos mesmos e sempre que se justifique recorrendo a instrumentos de avaliação como Behavioral Pain Scale (BPS) em doentes que não comunicam ou aplicando a escala visual numérica em doentes que comunicam. De acordo com a fonte supracitada, a avaliação da dor deve ser realizada antes de procedimentos dolorosos, durante a realização do procedimento, imediatamente após o procedimento, 15 minutos após o procedimento. A reavaliação da dor deve ser realizada 30 minutos após a intervenção farmacológica analgésica ou intervenção não farmacológica. Assim sendo é fundamental a monitorização da dor para o seu controlo atempado e tratamento a fim de se conseguir uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº 429/2018).

A gestão da dor na PSC implica vigilância e monitorização, permitindo assim um controlo e tratamento da mesma a fim de evitar a sua agudização. Desta forma, o uso de escalas de monitorização da dor, baseadas em indicadores de dor, tem como objetivo identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementando intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia (Teixeira & Durão, 2016).

A PSC devido à sua especificidade e complexidade torna difícil a avaliação da dor, nas pessoas que não podem comunicar a avaliação da dor tem de ser subjetiva através da observação de sinais indicadores fisiológicos e comportamentais de dor (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

Os instrumentos de avaliação da dor que mais utilizei ao longo dos ensinos clínicos, tanto no meio extra-hospitalar como intra-hospitalar foram: no doente consciente capaz de responder, a escala qualitativa verbal e a numérica; no doente com alterações de consciência a BPS, sendo as escalas que também estavam preconizadas nos serviços.

Na Sala de Emergência experienciei vários procedimentos de Entubação Endotraqueal (EOT), nos quais foi possível implementar várias medidas não farmacológicas

no alívio da dor associado à EOT, como a utilização de tubos endotraqueais resistentes a dobras; não devem ser tóxicos ou irritantes para os tecidos e devem adaptar-se ao formato da via aérea superior, com calibre e comprimento adequados ao doente de forma a prevenir lesões traumáticas da mucosa traqueal; monitorização da pressão do cuff do tubo endotraqueal; desmame ventilatório (diminuição do tempo de ventilação mecânica e diminuição da pneumonia associada à ventilação mecânica); utilização de sistemas de humidificação (devido à existência do tubo endotraqueal as vias aéreas superiores não podem atuar com os mecanismos fisiológicos de filtração e aquecimento) (Caetano, et al., 2013). São outros exemplos de medidas não farmacológicas para alívio da dor e que adotei ao longo dos ensinamentos clínicos: aplicação de creme massajando a pele para aliviar a dor, provocando relaxamento; posicionamento corporal adequado; toque terapêutico; aplicação de frio/calor, reduzindo a inflamação; orientação para a realidade, de forma a promover a consciencialização da pessoa sobre a sua identidade pessoal, tempo e espaço; facilitar a presença de um familiar; promover um ambiente seguro e confortável, através da redução da intensidade da luz e alarmes; promover a melhoria do padrão de sono, facilitar a regulação dos ciclos regulares de sono/vigília, permitindo o descanso por períodos sem interferências (Gélinas, et al., 2012).

As intervenções interdependentes no alívio da dor, correspondem sobretudo às medidas farmacológicas, dado que a prescrição de terapêutica medicamentosa é um ato médico, no entanto, a sua administração e gestão compete ao enfermeiro, uma vez que exige uma avaliação contínua das respostas da pessoa à administração medicamentosa e por sua vez, a constante adequação da mesma.

O Enfermeiro Especialista tem um olhar diferente e mais desperto na deteção de sinais fisiológicos de dor, sendo esta uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Ou seja, o mesmo assume-se como um elemento essencial na deteção de sinais fisiológicos e manifestações de dor por parte da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica. Segundo Batalha (2016), a dor deve ser avaliada e registada uma vez por turno em todos os doentes e sempre que sejam observados sinais sugestivos de dor, como alterações comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais. De acordo com o mesmo autor uma avaliação correta e exata da dor permite um maior conforto, rápida recuperação e previne efeitos prejudiciais da dor.

Na minha prática procedi à avaliação/monitorização da dor, atendendo à intensidade da dor, procurando compreender a evolução/duração (início da dor?; frequência, dor contínua ou intermitente?, localização (a melhor forma é pedir ao utente para tocar onde

lhe dói); qualidade (como descreve a dor, tipo moínha, pontada,...), sintomas associados e circunstâncias (fatores que agudizam ou diminuem a dor) (Batalha, 2016).

O alívio da dor não é algo que seja fácil e igual para todas as pessoas que necessitam de cuidados, o Enfermeiro tem de estar desperto, tem de avaliar, planificar, atuar e reavaliar, só assim conseguirá prestar cuidados equitativos. Existe sempre algo que podemos fazer, basta estarmos atentos e com disponibilidade para compreender como ir de encontro às necessidades do utente. Partilho uma experiência relevante relacionada com a dor e que marcou neste ensino clínico, respeita à situação clínica do Senhor J. de 64 anos, que tinha sido internado no Serviço de Cirurgia por um quadro de oclusão intestinal, sendo-lhe diagnosticada uma neoplasia maligna do cólon descendente, foi submetido a intervenção cirúrgica e no pós-cirúrgico foi admitido no SMI, desenvolvendo isquemia da ileostomia, indo novamente ao BO onde foi confirmada a isquemia e submetido a nova intervenção cirúrgica. Foi readmitido no SMI no pós-operatório, tendo sido conseguida a sua estabilização e passados dois dias foi transferido para o Serviço de Cirurgia.

Apresentou no internamento alteração do estado de consciência, hipotensão e dispneia com dessaturação acentuada, a nova TAC revelou um quadro de hipoperfusão intestinal e um pneumoperitoneu, decidindo a equipa de cirurgia e intensivos a não adoção de medidas invasivas. Entretanto começou a apresentar-se inquieto, agitado e a tentar verbalizar, dirigi-me ao senhor a tentar compreender o que dizia, mas o discurso era pouco perceptível, tinha sinais fisiológicos evidentes de dor tais como, taquicardia, polipneia, agitação, inquietação, sudorese e referia em tom baixo e pouco perceptível que tinha dor. Fui consultar a prescrição terapêutica de modo a verificar se tinha prescrita analgesia, mas não tinha. Solicitei à Enfermeira de referência para falarmos com a equipa médica porque apesar de o doente não ser candidato a medidas invasivas tinha o direito de não ter dor e de ser feito tudo para que tivesse um fim de vida digno. Após o diálogo foi dada orientação para administração de analgesia que surtiu efeito, ficando o doente mais calmo e sereno. Entretanto percebi que o doente tinha sede, apresentando o lábio secos, tendo-os humedecido dando-lhe saciedade e tendo morrido algum tempo depois sem sinais de dor. Este momento marcou-me muito, pois tenho noção que aquela pequena ação que tive fez toda a diferença no fim de vida deste Senhor tornando o meu cuidado mais humanizado e proporcionando um fim de vida sereno e confortável.

Uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) é assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de

saúde/doença e/ou falência orgânica. Na situação descrita anteriormente atendi às várias vertentes deste processo. Procedi ao contacto da pessoa significativa (esposa), informei do estado de saúde do seu esposo, transmitindo a informação de forma assertiva, procurando facilitar a “dignificação da morte” e dos processos de luto. Permiti que viesse visitar o senhor ao Hospital, embora não tivesse ocorrido, uma vez que não tinha como se deslocar até ao mesmo. Deste modo, demonstrei conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” através das intervenções supracitadas, promovendo o alívio da dor recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas como o posicionamento, promoção de um ambiente adequado, privacidade, redução da luminosidade e ruído.

Durante os meus estágios estive desperto para estes aspetos e considero que desenvolvi muito o meu “olho clínico” para a deteção da dor. Também pude aplicar instrumentos de avaliação da dor que não utilizo habitualmente, como a aplicação da BPS. Implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Reconheço que poderei utilizar muitas destas aprendizagens no meu contexto de prática diário e até mesmo incentivar a restante equipa para uma maior utilização de instrumentos de avaliação, adoção de medidas não farmacológicas e estar mais alerta para a deteção precoce da pessoa a vivenciar dor a fim de evitar a sua agudização.

Na SE do SU do CHUP um dos principais protocolos terapêuticos complexos que tive oportunidade de colaborar e gerir foi o da “Via Verde do AVC”, este protocolo era utilizado em utentes com diagnóstico de AVC tendo por finalidade evitar a morte e diminuir/evitar a incapacidade permanente (DGS, 2017). Uma das situações que vivenciei tratava-se de um senhor, sexo masculino, 70 anos, trazido pelos bombeiros do domicílio após início de hemiparesia à direita, desvio da comissura labial e disartria (de acordo com a escala Cincinnati, apresentava três indicadores positivos para AVC). O CODU procedeu a ativação da Via Verde AVC no meio pré-hospitalar, articulando com o CHUP, permitindo a equipa da sala de emergência e da via verde do AVC estar preparada para a receção deste utente.

Os cuidados agudos no AVC têm de integrar o Sistema Integrado de Emergência Médica, a equipa do SU, laboratório clínico, radiologistas e neurorradiologistas. Só com a colaboração e integração de todos estes elementos é possível aumentar o uso da trombólise, diminuição dos dias de internamento hospitalar, diminuição de comorbilidades associadas e da mortalidade intra-hospitalar (AHA, 2016).

De acordo com o INE (2020), os AVC causaram o maior número de óbitos em 2018 (11 235), representando 9,9% da mortalidade, o que reflete uma ligeira melhoria em relação a 2017 (11 270 óbitos, a que correspondia uma percentagem do total de 10,2%). A redução

das mortes por AVC nos últimos anos (de 13,9% em 2008 para 9,9% em 2018) tem sido a que maior impacto teve no decréscimo das mortes causadas por doenças do aparelho circulatório. O AVC é uma emergência médica, sendo atualmente a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. A cada hora três portugueses sofrem um AVC, um deles não sobrevive, e metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021).

O AVC trata-se de um evento súbito, caracterizado pela perda rápida da função neurológica, causada pela interrupção súbita do fornecimento de sangue ao cérebro. Os AVC's hemorrágicos são menos comuns do que os isquémicos, ocorrendo em 13% dos casos, enquanto os AVC's isquémicos são responsáveis por 87% dos casos (AHS, 2016).

De acordo com a fonte supracitada a irrigação sanguínea do cérebro pode ser interrompida devido a um fenómeno isquémico (obstrução de uma artéria) ou a um fenómeno hemorrágico (rompimento de uma artéria) (AHA, 2016).

O sucesso do tratamento do AVC depende muito do tempo, daí o tão conhecido e utilizado conceito “tempo é cérebro”, quanto mais cedo o doente chegar ao local de tratamento definitivo maior será a probabilidade de sucesso (DGS, 2017). A cada hora perdida no AVC isquémico o cérebro perde 120 milhões de neurónios, por isso o tratamento do AVC deve ser considerado uma emergência. Existem várias razões para o surgimento de atrasos intra-hospitalares, nomeadamente, a não identificação do AVC aquando da realização da triagem (não sendo ativada a via verde do AVC), transporte intra-hospitalar deficitário, demora na avaliação médica, demora na realização de exames complementares de diagnóstico, incerteza quanto à administração de trombólise (AHA, 2016). O SU do CHUP de modo a minimizar estes atrasos, tem estipulado que a partir do momento de admissão na Sala de Emergência até estar a realizar Tomografia Axial Computadorizada no máximo poderá demorar 20 minutos.

O tratamento da pessoa com AVC na sala de emergência deve seguir uma abordagem à ABCDE. Na situação que vivenciei após a admissão na SE, verificamos:

A – Via aérea: encontrava-se permeabilizada. Se não tivesse podia ter executado aspiração/extração de corpos estranhos (sangue; vômito; prótese dentária; dentes partidos, entre outros); colocação de adjuvante orofaríngeo ou nasofaríngeo (não indicado o último se suspeita de TCE); oxigenoterapia (se $SPO_2 < 94\%$); entubação orotraqueal (se $GCS < 8$) (AHA, 2019). A indicação de suporte ventilatório e a proteção da via aérea deve ser cuidadosamente avaliada, principalmente em clientes com depressão do estado de consciência e sintomas neurológicos sugestivos de acidente vascular cerebral isquémico do

tronco cerebral, dado o risco de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60$ mmHg ou $pCO_2 > 50$ mmHg) e risco de aspiração, que terá por consequência o agravamento da perfusão cerebral (AHA, 2019).

B – Ventilação/Respiração: O Senhor apresentava-se taquipneico em ar ambiente. Frequência Respiratória (FR) de 24 c/min. e uma baixa SPO₂: 88%. A expansão pulmonar era simétrica. À auscultação ventilava bilateralmente em ambos os ápices e bases pulmonares. Murmúrio vesicular presente. Dado a baixa saturação estabeleci oxigenoterapia por cânula nasal a 4L/min. surtindo o efeito esperado, revertendo a taquipneia e a SPO₂, passando a uma FR a variar entre 17 e 18 c./min. com uma SPO₂ de 97-99%. A suplementação de oxigénio só deve ser realizada, se necessário, para manter SPO₂ em níveis iguais ou superiores a 94% (AHA, 2019).

C – Circulação: Iniciei monitorização cardíaca e pressão arterial; estabeleci acessos venosos periféricos; realizei colheita de produtos sanguíneos. No que concerne aos valores de PA, não se deve reduzir a PA no AVC isquémico agudo, exceto quando os níveis estiverem extremamente altos ($PAS > 220$ mmHg e $PAD > 120$ mmHg). Nestes casos, a redução da TA deve ser 15% dos valores iniciais da pressão arterial nas primeiras 24h; está indicado o uso de medicação anti hipertensora em utentes com indicação para tratamento trombótico, com $PAS > 185$ mmHg e $PAD > 110$ mmHg, antes do início do tratamento; a PAM deve ser mantida acima dos 90mmHg, o que se verificava nesta situação, a PAM encontrava-se em 100-105 mmHg (AHA, 2019).

D – Disfunção Neurológica: Monitorização do estado de consciência segundo a GCS, à minha avaliação, senhor apresentava um *score* segundo a GCS: 12 (Ocular: 4; Verbal: 2 e Motora: 6); Pupilas isocóricas e isoreativas; no exame neurológico sumário: apresentava hemiparesia à direita, desvio da comissura labial à esquerda e disartria, sintomatologia com 01:30h de evolução, encontrando-se assim dentro das 3h de tempo útil para realização de fibrinólise no caso de se confirmar a presença de AVC isquémico. Avaliei a glicemia capilar, sendo o valor de 145 mg/dL é fundamental prevenir e tratar causas adicionais da hipo/hiperglicemia, visando manter a glicemia entre os 140 e os 180 mg/dL (AHA, 2019).

E - Exposição: Removi a roupa do cliente, bens e valores com consequente realização de espólio, coloquei a bata hospitalar.

Após a abordagem na sala de emergência, transferimos imediatamente a pessoa para a realização de TAC Crânio, cumprindo os tempos estipulados. Identificou-se um AVC isquémico com obstrução por um trombo, tendo prescrição médica para início de

administração do Ativador de Plasmogénio Tecidular Recombinante (Alteplase). Na Sala de Emergência existe uma mala de trombólise preparada com o material necessário para a administração de Alteplase, que acompanha todos os utentes com suspeita de AVC até ao local onde é realizada a TAC, pois assim se confirmar o diagnóstico é iniciada a administração de fibrinólise mesmo no Serviço de Imagiologia com intuito de não atrasar mais o início do tratamento como recomendado pela AHA (2019). Foi iniciada administração de alteplase, durante a mesma é fundamental a monitorização (FC; PA; temperatura; dor; FR; SPO2 e glicemia), para deteção precoce de possíveis complicações e antecipação de focos de instabilidade, neste sentido foram monitorizados os sinais vitais a cada 15 minutos nas primeiras duas horas do início do tratamento, a cada 30 minutos nas seguintes seis horas e a cada hora nas restantes 16 horas (AHA, 2019).

Durante a administração do alteplase, monitorizei apertadamente os sinais de alerta inerentes a esta administração, tais como a temperatura corporal (evitar hipertermia), observação de hemorragia ativa (epistáxis, gengivorragias, gastrointestinais, hematúria, intracraniana e superficial – nos locais de inserção de dispositivos invasivos) e sinais de reação alérgica (AHA, 2019).

Após reavaliação neurológica aos 45 minutos de perfusão mantinha o défice neurológica, reunindo critérios para tratamento mecânico endovascular (trombectomia), procedendo assim à transferência do utente para a unidade de neurorradiologia e realização desse procedimento. Considero que esta experiência permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos especializados que são fundamentais no processo de desenvolvimento e aquisição de competências, tais como a prevenção de complicações, estabelecimento de protocolos terapêuticos complexos, monitorizando e avaliando os resultados das respostas aos problemas identificados.

Seguidamente relato uma situação por mim vivenciada que me permitiu adquirir competências em cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto de Cuidados Intensivos.

Tratava-se de um Senhor que foi admitido na SE do SU do Hospital Dr. Nélcio Mendoça trazido pela EMIR após ter sido atropelado por um automóvel. Na admissão na sala de emergência encontrava-se num GCS: 15. Antecedente pessoal de epilepsia. Após estabilização na sala de emergência, foi submetido a intervenção cirúrgica por rutura hepática, hérnia diafragmática esquerda por migração do estômago para o hemitórax esquerdo, que foi reduzida e ainda foi submetido a colostomia do sigmoide. A nível

ortopédico apresentava uma fratura na região femoral e ferida suturada ao nível do braço esquerdo com tala gessada.

No pós-cirúrgico imediato o cliente foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, encontrando-se em choque hipovolémico hemorrágico. Necessitando de muitos cuidados para a sua estabilização, nesta situação antecipei focos instabilidade, administrei protocolos terapêuticos complexos como o protocolo de transfusão maciça, gestão da administração de Noradrenalina, monitorização da pressão arterial invasiva e transmissão de más notícias. Perante esta situação desenvolvi competências na priorização dos cuidados, na gestão dos cuidados à PSC, na deteção de focos de instabilidade, gestão da dor e posteriormente pude cuidar da família e prepará-la gradualmente para a transmissão de más notícias dado o mau prognóstico.

No período em que decorreu o ensino clínico as visitas eram limitadas, cada doente podia receber uma visita, sendo sempre abertas exceções nas situações de agravamento súbito do estado do doente e mau prognóstico. O contacto com a família e pessoas significativas, tem benefícios para o doente fazendo parte da prática diária das UCI's. Ter um familiar internado em UCI é uma situação extremamente stressante para as famílias e pode provocar trauma residual e sofrimento emocional (Rhoads & Amass, 2019). A família sofre pelo sentimento de impotência face ao quadro clínico do seu familiar (Nascimento et al., 2015).

Tive oportunidade de vivenciar processos de agravamento súbito de doentes nos quais permiti a visita de familiares para que os mesmos pudessem contactar com as pessoas significativas, constatei que são momentos difíceis de lidar requerendo uma grande capacidade do enfermeiro e exigindo um cuidado especializado, por vezes as pessoas significativas chegam a requerer do enfermeiro mais cuidado que o próprio doente.

No cuidar da família consegui ir de encontro à política da unidade, seguia os cuidados preconizados, realizando o acolhimento à família, prestava informações sobre o serviço de modo a minimizar o impacto da pessoa quando contactasse com o seu familiar, explicando o que iria encontrar e para que servissem os materiais e equipamentos, dado o elevado número de equipamentos, terapêuticas e alarmes tanto visuais como sonoros.

Posteriormente acompanhava a família no momento da visita, demonstrando disponibilidade, respondendo ao que era questionado e dando espaço e tempo para a pessoa conseguir assimilar todos os sentimentos e emoções. Segundo um estudo realizado por Alsharari (2019) a necessidade considerada mais importante pela família foi a segurança, informação, proximidade, conforto e suporte. De acordo com o mesmo autor é fulcral a

adoção pelos profissionais de saúde de uma comunicação eficaz com o intuito de melhorar o atendimento e apoio às pessoas significativas da PSC. Através das medidas implementadas considero que consegui estabelecer uma relação de empatia com os familiares proporcionando um atendimento que fosse de encontro às suas necessidades.

Ao longo do ensino clínico atendia à mnemónica “VALUE” preconizada pela Society for Critical Care Medicine (Rhoads & Amass, 2019), que permitia ser um fio condutor para orientar a comunicação com a família da PSC. A utilização desta mnemónica na comunicação com a família demonstrou a diminuição da ocorrência ansiedade, stress e depressão de acordo com a fonte supracitada. A mnemónica “VALUE” corresponde a 5 etapas na comunicação, nomeadamente, V – valorização dos comentários executados pela família; A – reconhecer as emoções da família; L – escutar; U – compreender o doente como uma pessoa; E – demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de questões (Rhoads & Amass, 2019). Com esta mnemónica conseguia tornar a minha abordagem à família mais organizada, adaptada e humanizada, facilitando a criação de empatia com a família.

Durante a minha prática considerei o cliente e a família como uma unidade única de cuidados; tranquilizei a família explicando as medidas terapêuticas e cuidados prestados; identificava-me (nome e profissão); abria espaço à comunicação (empatia, tom calmo e gestos serenos); dava atenção às emoções dos familiares e encorajava a ligação física/telefónica com alguém significativo.

Tive oportunidades de transmitir más notícias em todos os contextos de prática e estas oportunidades proporcionaram-me o desenvolvimento de habilidades e despertaram-me a atenção para a importância que os detalhes têm nestas situações e o quão marcantes podem ser para a pessoa que recebe a má notícia. É uma tarefa difícil e muito delicada, não existindo uma forma linear para a transmissão de uma má notícia, no entanto existe um modelo que uniformiza aspetos essenciais a ter em consideração na transmissão de más notícias à família/cuidadores a vivenciar uma situação de perda. Baseie-me na abordagem “SPIKES”, Protocolo de Buckman, constituído pelas etapas: 1 – Setting (conseguir o ambiente correto); 2 – Perception (descobrir o que o utente já sabe); 3 – Invitation (descobrir o que o doente quer saber); 4 – Knowledge (partilhar a informação, se o utente o desejar); 5 – Emphaty (responder às emoções); 6 – Summary (fazer a síntese/plano de seguimento) (Cardoso, 2019).

Vivi duas situações completamente opostas no extra-hospitalar, numa delas após suspensão das manobras de reanimação reunimos os familiares, adequamos o ambiente e procedeu-se à transmissão da má notícia segundo a abordagem “SPIKES”, a primeira ação

na preparação para a transmissão da má notícia foi a preparação do ambiente, colocamos as cadeiras da sala, afastamos objetos que serviam de barreira à comunicação e seguimos as etapas da abordagem “SPIKES” fazendo toda a diferença, sendo muito mais efetiva a transmissão da má notícia, tendo sido aceite com maior receptividade pela pessoa significativa.

Numa outra situação de morte após PCR, no âmbito extra-hospitalar e após suspensão das manobras de reanimação, adequamos o ambiente, de modo a proceder à transmissão de más notícias com os filhos que aguardavam no exterior sendo que um deles reagiu com aceitação e o outro com frustração, levantando-se ficando agressivo e em negação dizendo que não acreditava e que tinha de ver a mãe. O corpo foi colocado com dignidade e arrumado todo o material, pois seria um momento marcante para o filho e deste modo foi possível dignificar aquele processo de morte, sendo isso fundamental no início de um processo de luto.

Perante estas situações pude compreender que o processo de transmissão de más notícias não é linear, tendo de estar preparado para qualquer reação por parte da família/pessoa significativa. O protocolo dá-nos um fio condutor, mas temos de adaptá-lo a cada situação, sendo fundamental ter em atenção a postura, tom de voz, serenidade, coerência, uniformização e segurança na transmissão da informação. No fim de ambas as situações realizei debriefing com a enfermeira de referência, analisando cada etapa do protocolo e comparando com o que foi feito, sendo um momento de reflexão, interiorização e preparação para situações futuras.

Tendo em consideração as experiências, análise e reflexão realizada, adquiri e desenvolvi competências no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

O EEEMC tem de possuir habilidades e competências com o intuito de responder eficaz e eficientemente a uma situação de emergência, exceção ou catástrofe. O mesmo é responsável por conceber, planejar e gerir uma resposta de forma pronta e sistematizada, atendendo sempre à preservação de vestígios indicativos/sugestivos da prática de crime (Regulamento nº 429/2018).

Segundo o Regulamento nº 429/2018, uma situação de emergência requer assistência à vítima de forma imediata, a mesma é consequência de uma agressão sofrida por

um indivíduo por parte de um qualquer fator, causando-lhe perda de saúde, bruscamente ou violentamente, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.

A situação de exceção de acordo com o mesmo regulamento ocorre quando de verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação, coordenação e gestão criteriosa de recursos humanos e técnicos disponíveis.

A situação de catástrofe conforme a Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2, corresponde a “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.3).

Durante os ensinamentos clínicos não houve nenhuma situação de catástrofe, mas pude lidar com situações de emergência e exceção. As situações de emergência decorreram sobretudo no âmbito extra-hospitalar e na sala de emergência, tais como, situações da pessoa em PCR, EAM, Sépsis, Trauma ou AVC que necessitavam de assistência de forma imediata. A situação de exceção foi devido à pandemia pelo SARS-CoV-2 pois aquando da passagem pela UCI a mesma verificava um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, tendo sido criada inclusive uma unidade dedicada à pessoa com infeção por SARS-CoV-2 e tendo havido a necessidade de mobilizar recursos humanos e técnicos para a UCI. A mais-valia de ter experienciado esta situação foi desenvolver capacidades de gestão dos cuidados em situações adversas, definir prioridades de atuação e compreender a organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos que uma situação destas requer.

A fim de desenvolver competências na área catástrofe procurei ao longo dos ensinamentos clínicos consultar os planos de emergência e catástrofe; conhecer as ações a desenvolver quando ocorre um dessas situações e perceber como decorreu a implementação do plano perante situações de emergência, exceção e catástrofe.

Pude consultar o plano de emergência, exceção e catástrofe do SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este corresponde a um conjunto de normas e procedimentos de consulta simplificada, destinadas a minimizar os efeitos de um acidente grave, calamidade ou catástrofe que ocorra na Região Autónoma da Madeira. Sempre que possa estar esgotada a capacidade de resposta disponível ou ocorra uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência/emergência, deve ser consultado o plano e ativado.

Numa situação de catástrofe, o responsável pelo Serviço de Urgência (chefe de equipa) tem de deter conhecimento, sobre: equipamento disponível; número de camas de enfermaria disponíveis; capacidade de emergência; capacidade do bloco operatório e capacidade do SMI. Perante o alerta, de ocorrência de uma catástrofe, o mesmo chega ao SU através de comunicação via rádio ou telefone de emergência da Proteção Civil, Bombeiros ou Forças de Segurança, todavia, pode ocorrer apenas aquando da chegada das primeiras vítimas ao Hospital (Serviço Regional de Proteção Civil, 2020).

Em caso de catástrofe deve ser ativado o Plano de Emergência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com o intuito de organizar as respostas mais adequadas aos problemas que vão surgindo durante o desenrolar da crise, devendo ser definido o nível de alerta. Existem 3 níveis de alerta o verde, amarelo e vermelho, sendo que cada um tem definidas atividades, número de profissionais de saúde necessários e respetivas funções (SESARAM, 2019). Compreendi e conheci os planos/princípios de atuação em situações de catástrofe, adquirindo bases, assim se o plano fosse ativado estava preparado a dar uma resposta mais adequada.

Solicitei e consegui visualizar os kits de catástrofe que estão acondicionados na sala de emergência e compreender o modo de implementação dos mesmos bem como as ações a desenvolver em situação de emergência, exceção ou catástrofe. Através do diálogo com a enfermeira de referência e enfermeiro chefe de equipa, pude compreender, refletir e escutar as vivências dos mesmos e adaptação do serviço a situações de exceção e catástrofe que ambos já vivenciariam naquele serviço. No SU do CHUP pude dialogar com enfermeiros especialistas da equipa e enfermeiros coordenadores que expuseram as suas experiências pessoais durante situações de emergência, exceção e catástrofe, sendo de igual modo um momento muito enriquecedor para todas as partes, tendo gerado momento de debate e aprendizagem.

O Plano de Resposta a Multivítimas do CHUP visa dar resposta a situações em que as solicitações ultrapassam a capacidade instalada, ou seja, situações definidas como multivítimas ou catástrofe, dependendo da dimensão e necessidade de recursos (CHUP, 2017). O Plano é constituído por três níveis, sendo o primeiro resolvido pelo SU (corresponde a um aumento de procura), o nível 2 (situação multivítimas comunicada pelo INEM) com recurso a chamamento de pessoas em Serviço no Hospital e o nível 3 (situação de catástrofe comunicada pelo INEM) com recurso a ajuda externa, nomeadamente profissionais que não estejam de serviço.

Numa situação de catástrofe, o enfermeiro coordenador é responsável por colocar em prática Plano de Emergência em Catástrofe de acordo com os cartões de ação existentes em cada kit e disponibilizar equipamento de proteção existente na arrecadação.

No SU do CHUP consegui visualizar os kits de catástrofe (dois); kit de ébola e kit para acidentes químicos. Cada kit contém no interior cartões de ação com as diferentes funções que os vários elementos da equipa multidisciplinar devem desempenhar. Conforme minha solicitação a coordenadora principal do SU mostrou-me onde estavam e o modo de implementação dos mesmos bem como as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe.

O Plano de Resposta a Multivítimas engloba seis fases, nomeadamente: pré-hospitalar, onde é realizada a primeira triagem pelo INEM; receção no SU, onde é realizada a admissão/registo dos doentes e alocação, sendo o mesmo reestruturado e dividido em quatro áreas (vermelha, amarela, verde e falecidos/expectantes); tratamento medidas *life-saving*, controlo de danos e gestão do risco clínico; resolução, retorno à normalidade; reflexão, debriefing obrigatório com os profissionais de saúde envolvidos; auditoria, onde é efetuado um relatório de análise ao evento (CHUP, 2017). Embora, não tendo vivenciado nenhuma situação de catástrofe, compreendi como os serviços se reorganizavam a fim de dar resposta a uma situação dessas o que permitiu-me desenvolver competências no planeamento da resposta a uma situação de catástrofe, percebendo que a difusão do plano de emergência, exceção e catástrofe pela equipa é crucial na preparação dos profissionais, bem como a realização de treino/exercícios de ativação dos planos mencionados. Nesta área já participei no curso Medical Response To Major Incidents, ministrado pelo Madeira International Disaster Training Centre em 2019, tendo sido uma mais-valia para compreender como se organizam as várias entidades (Proteção Civil, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Bombeiros, Polícia, Militares, Seguranças, Gestores, Administrativos da área da Saúde) perante uma situação de catástrofe com a finalidade de proporcionar uma resposta integrada. Pude compreender com maior especificidade como é realizada essa gestão sobretudo a nível hospitalar.

A nível da UCIP do HNM perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, é procedida a transferência de doentes para outros serviços com o intuito de preparar a unidade para receber possíveis vítimas do incidente. Permanecem na unidade os doentes críticos com necessidade de suporte ventilatório invasivo e os outros doentes são transferidos para os serviços mais adequados às suas necessidades. Na minha passagem neste ensino clínico estava a ser vivenciada uma situação de exceção dado que decorreu em plena

pandemia causada pelo SARS-CoV-2, obrigando à criação de uma unidade especial para receção destes doentes com circuitos muito específicos e bem delineados. Pude realizar nesta unidade alguns turnos o que foi benéfico e permitiu-me compreender a reestruturação necessária para organizar uma unidade desta dimensão, bem como os desafios acrescidos para os profissionais de saúde. Dado o acréscimo de trabalho e elevado grau de cuidados que estes doentes necessitavam, era notória a importância que o EEEMC detinha no seio destas equipas, essencialmente na prestação de cuidados especializados/diferenciados, organização da unidade, pedidos de material, organização de circuitos, cumprimento dos mesmos e prestação de cuidados especializados/diferenciados. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, é uma das unidades de competência do EEEMCPSC gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e pude verificar a efetivação desta competência no contexto prático, pois nesta unidade assumiam-se com líderes, distribuindo funções aos colegas e supervisionando o cumprimento das mesmas de modo a maximizar a eficiência da equipa. O EEEMCPSC era um elemento que procurava a resolução das situações mais difíceis e a quem outros elementos procuravam como referência.

Outro aspeto causado pela situação de exceção foi a restrição total de visitas devido ao risco de transmissão da infeção. As estratégias adotadas para contornar esta situação passavam por permitir o contacto do doente com as pessoas significativas através de outras vias, como telefónica e por videochamada. Em situações de exceção o EEEMCPSC demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência, dado o prolongar-se da situação de exceção foi necessário a adaptação de estratégias que permitissem o contacto dos doentes com as pessoas significativa.

A unidade de competência assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento 429/2018), numa das situações relatadas do socorro a um senhor que tinha procedido a um assalto foi salvaguardada a preservação de vestígios. Para efetuar a recolha dos pertences da vítima foram utilizadas sempre luvas, de forma a preservar possíveis impressões digitais e colocados em sacos de papel conforme preconizado (Gomes, 2018).

Nesta vertente a fim de desenvolver competências foram importantes os conteúdos lecionados nas aulas do curso de MEMC e ter frequentado o seminário “Aspetos Forenses em Emergência Extra-hospitalar”, pois permitiu-me estar alerta para determinados aspetos e agir adequadamente no contexto prático.

Considero que desenvolvi competências na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe tendo em consideração as experiências vivenciadas, reflexões realizadas

e compreensão dos planos e implementação dos mesmos. Na minha prática procurarei estar disponível para difundir os planos de emergência e catástrofe nas equipas e colaborar na revisão/construção dos mesmos.

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica

No que concerne à terceira competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, “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 adequada”. Este deve considerar sempre o risco de infeção, uma vez que a manutenção da vida da PSC e/ou falência orgânica requer uma diferenciação dos cuidados com recurso a medidas invasivas, diagnóstico e terapêuticas em situações complexas. Perante estas situações deve proceder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e da resistência aos antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018).

As infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas das complicações mais comuns inerentes à hospitalização e um problema cada vez mais valorizado a nível mundial devido às resistências aos antimicrobianos, que acarretam com grandes repercussões a nível das unidades de saúde, utentes e comunidade (DGS, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) as infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas um problema de saúde pública devido ao prolongamento dos internamentos, elevados custos em saúde, aumento de indicadores de morbilidade e mortalidade bem como o uso desmesurado de antimicrobianos que gera um aumento das resistências.

As IACS resultam predominantemente devido à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e infeções por microrganismos resistentes, sendo estes o maior foco de atenção na atualidade devido aos perigos que acarretam. Segundo a DGS (2017), se as resistências aos antimicrobianos não forem contidas até o ano 2050 é estimado que por ano morrerão mais de dez milhões de pessoas.

As resistências aos antimicrobianos surgem devido à grande capacidade que as bactérias adquirem em se opor à ação dos antimicrobianos. Conforme refere o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021), as bactérias resistentes muitas das vezes já existem na natureza em baixa escala, o que despoleta as resistências, em muitas das ocasiões

é o uso excessivo de antibioterapia causando a transformação de populações bacterianas sensíveis em populações resistentes.

Um terço das IACS são evitáveis, surgindo a necessidade da adoção de estratégias de prevenção das mesmas através do envolvimento das estruturas organizacionais e equipa multidisciplinar. (SESARAM, 2019). A European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) em 2018 afirmou que um em cada três utentes recebe pelo menos um antimicrobiano em cada dia, muitos dos quais desnecessários, contribuindo para a resistência antimicrobiana. De acordo com a mesma fonte, estima-se que 33000 das mortes na Europa por ano são consequência de uma infeção por bactérias resistentes a antimicrobianos, sendo imperativo a criação de medidas implementadas para a prevenção e controlo da infeção tal como para a resistência antimicrobiana.

Em 2013 procedeu-se à fusão de dois programas, criando assim o conhecido Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de forma a potenciar os resultados e ganhos em saúde (Despacho nº 2902/2013).

O Programa de Prevenção e Controlo De Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017), tem por finalidade: desenvolver a estratégia de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como a resistência das bactérias aos antimicrobianos; promover os mecanismos de notificação das infeções associadas aos cuidados de saúde, nos termos definidos pela Comissão Europeia e em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e promover a criação de estratégias multisectoriais de prevenção e controlo, não só das infeções associadas aos cuidados de saúde mas, também, no que se refere à resistência das bactérias aos antimicrobianos.

O enfermeiro especialista deve liderar o desenvolvimento de procedimentos que perspetivem um controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção das IACS e resistência aos antimicrobianos. Como tal, deve demonstrar conhecimentos na área e ser um elemento de referência na equipa, sendo o elemento ideal para intermediar a ligação do PPCIRA com o serviço. Deve estabelecer procedimentos e circuitos na prevenção e controlo da infeção mediante as vias de transmissão, salvaguardar o cumprimento de boas práticas como as precauções básicas do controlo de infeção, tal como a sua monitorização, registo e avaliação das medidas implementadas (Regulamento nº 429/2018).

Ao longo da minha prática procurei garantir e assegurar cuidados de qualidade, prevenindo a infeção, cumprindo com as precauções básicas do controlo de infeção (PBCI) e evitando as transmissões cruzadas.

No estágio em SU vivenciei situações em que profissionais de saúde não utilizavam o EPI, na abordagem da PSC em sala de emergência, comprometendo assim o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, a segurança. Facto que aludi para esse aspeto sempre que tive oportunidade e discuti com a minha enfermeira de referência, havendo recetividade à melhoria. Transversalmente ao longo das práticas reforcei a adoção de medidas e iniciativas com o intuito de mudar atitudes no que concerne à prevenção da infeção, tais como, a higienização das mãos (tendo em atenção os cinco momentos da higienização das mãos), correta utilização dos EPI (adequando às situações, tais como risco de exposição a fluídos, isolamentos), os princípios de assepsia (na realização de procedimentos), alocação dos doentes (procurando isolar as pessoas com indicação para isolamento) e circuitos dos resíduos, materiais e roupa.

Segundo a OMS (2020), os EPI permitem a adequada proteção dos profissionais de saúde, bem como dos doentes e visitantes. De acordo com a mesma fonte, os profissionais de saúde devem receber formação com regularidade em práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente, na avaliação dos riscos, precauções básicas do controlo de infeção, o que se verifica.

Durante os ensinamentos clínicos procedi à sensibilização das visitas para o cumprimento das normas preventivas da transmissão de infeção, nomeadamente, na entrada tinham de utilizar por vezes EPI. Tive oportunidade de explicar o porquê da restrição de determinadas visitas relacionando com o controlo da infeção por SARS-CoV-2, havendo recetividade da maioria das famílias com quem pude contactar. A comunicação eficaz com a família permite diminuir o seu sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (Shajani & Snell, 2019). Procurava atender a cada situação com equidade pois a mudança do estado de saúde de um dos membros do sistema familiar, por doença, produz modificações nos outros membros da família (Shajani & Snell, 2019). A minha intervenção permitiu que as famílias compreendessem e respeitassem as restrições inerentes ao risco de infeção, cumprindo com a utilização do EPI.

No que concerne aos SU considero que devia haver um maior investimento nas medidas de controlo de infeção e estabelecimento de circuitos. Analisei que existiam muitas áreas de preparação de terapêutica com muitos objetos e folhas, dificultando uma adequada desinfecção de locais extremamente importantes. Os carros de punção eram abertos indo contra as indicações de prevenção e controlo de infeção. Pois o material que lá está fica exposto ao meio envolvente, havendo grande risco de contaminação, de modo a minimizar esta situação, era prática comum ser solicitado aos auxiliares a higienização mais frequente

do carro e eu tinha uma atenção redobrada quanto a esse aspeto. No que concerne aos circuitos, existe habitualmente muitos utentes no SU, excedendo em muito a sua capacidade, tendo em consideração isto procurava isolar os doentes com necessidade de isolamento e aloca-los nos sítios mais adequados tendo em consideração as vagas existentes.

A falta de distanciamento de doentes também advém da sobrelotação, ou seja, isso ocorre quando há uma procura elevada do SU e os recursos tanto físicos como humanos são insuficientes para dar a resposta mais adequada (Pines & Griffey, 2015).

A nível de serviço de urgência, frequentemente devido à sobrelotação de doentes e estrutura dos serviços, o distanciamento entre doentes não era respeitado, tais como os seus isolamentos, criando assim um maior risco de infeção cruzada. Para minimizar a ocorrência de infeção cruzada procurava a prestação de cuidados de saúde sustentados nas PBCI.

A primeira consiste na colocação de doentes, tentava alocar os doentes infetados mais distanciados dos outros ou sempre que houvesse disponibilidade eram colocados em isolamento. Conforme a DGS (2017), os doentes com maior risco de infeção cruzada devem ser alocados em locais que reduzam esse risco, também devem ser evitadas deslocações não essenciais desse mesmo doente para minimizar os riscos de transmissão de infeção. Quando necessário a realização dessa transferência a outro serviço como por exemplo ao serviço de imagiologia, procurava contactar o serviço a informar o tipo de isolamento para que pudessem adotar as estratégias mais adequadas.

A segunda PBCI de acordo com a DGS (2013), corresponde à higiene das mãos, uma das medidas mais básicas e fulcrais na transmissão de agentes infecciosos entre doentes. Para evitar a infeção cruzada apliquei ao longo dos ensinamentos clínicos as seguintes medidas preconizadas pela fonte anteriormente mencionada, as unhas devem-se encontrar-se curtas, limpas e sem verniz; inexistência de adornos; na existência de alguma ferida a mesma deve estar coberta por penso impermeável; as fardas não devem ser de manga comprida, com o intuito dos antebraços ficarem expostos e serem facilmente higienizados.

Ainda de acordo com a DGS (2017), os momentos de higienização das mãos têm de estar bem assentes nos profissionais de saúde, bem como têm de ser cumpridos: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos limpos/assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após contactar com o doente ou com a sua unidade; após a remoção de EPI; a higienização das mãos deve ser executada com recurso a soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) com emoliente da pele, devendo estar disponíveis em local próximo de cada doente (ambiente do doente/ambiente envolvente deste); quando as mãos estiverem visivelmente sujas devem ser lavadas com água e sabão.

A etiqueta respiratória é a terceira PBCI, a mesma engloba um conjunto de medidas com o objetivo de conter as secreções respiratórias a fim de minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou gotículas. Na fase em que realizei a maioria dos ensinamentos clínicos pude intervir/implementar esta PBCI pois como ainda decorria a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, o Enfermeiro detinha um papel primordial na promoção de medidas promotoras de etiqueta respiratória junto dos doentes e profissionais de saúde. As medidas preconizadas, pela DGS (2017), passam por: cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir; utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente; em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas, e a consequente contaminação das mãos; higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias; evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz. Estas medidas permitiam prevenir a transmissão da infeção, prevenindo a infeção cruzada.

Pude ainda implementar as restantes PBCI, descontaminação do equipamento clínico, pois quando inadequadamente descontaminado pode contribuir para a transmissão cruzada (DGS, 2017). No controlo ambiental o enfermeiro tem de assegurar um ambiente de prática clínica seguro, supervisionando e reportando situações que devam ser melhoradas.

Tive oportunidade de consultar e ler documentação do serviço nomeadamente vários procedimentos, o que me permitiu executar cuidados de acordo com os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção. Tive como referência ao longo da minha prática, os feixes de intervenção enunciados pela DGS, que têm como objetivo a prevenção das IACS associadas a determinados dispositivos invasivos como o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central; “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação e “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (DGS, 2022).

Segundo a DGS (2022), os feixes de intervenção têm por finalidade a garantir que os doentes recebem os melhores tratamentos e cuidados de acordo com a melhor evidência existente. Os feixes, não são intervenções que possam ser realizadas isoladamente, mas sim um conjunto de intervenções que têm de ser implementadas concomitantemente para que o sucesso/finalidade seja alcançado/a (DGS, 2022).

Ao longo dos ensinamentos clínicos pude cuidar da pessoa submetida a intubação endotraqueal, verifiquei que é notório que os serviços estão cada vez mais alertas e sensibilizados para a prevenção da pneumonia associada à intubação traqueal (PAI). A PAI

é a infeção mais comum nos Serviços de Medicina Intensiva, tendo por consequências o aumento do tempo sob ventilação mecânica invasiva, consumo de antibióticos, duração de internamento no SMI e hospitalar, aumento da morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022).

No cuidar da pessoa sob intubação endotraqueal adotei as seguintes intervenções preventivas da PAI em consonância com a restante equipa: utilização de uma sedação ligeira; realização diária de tentativas de ventilação espontânea e avaliação da possibilidade de extubação; manutenção da cabeceira a 30°; realização de higiene oral pelo menos três vezes por dia; manutenção da pressão no cuff entre 20 e 30 cm H₂O, com monitorização dessa pressão três vezes por dia (DGS, 2022). Pude executar estes cuidados e vigilância, pois os mesmos eram todos executados conforme o feixe de intervenções da DGS, evitando deste modo a PAI.

Procurei ter sempre em consideração as medidas de controlo da infeção e considero ter conseguido ir de encontro ao que planeei, houve situações em que discordei de determinadas situações e através do debriefing cheguei a conclusões e reflexões importantes, como a necessidade da adequação dos carros de punção, maior atenção à utilização de EPI's nas situações de emergência, importância da implementação de mais formações nos serviços para divulgação aos membros das equipas de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos dos serviços.

O EEEMC assume um papel importante no controlo da infeção, tem competência e conhecimentos que o diferenciam no seio das equipas e cabe ao mesmo intervir para que as equipas vão de encontro às PBCI e feixes de intervenção, aumentando a cultura de segurança para o doente.

No capítulo seguinte irei abordar como adquiri e desenvolvi as competências de mestre ao longo deste percurso.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Segundo a OE (2019), o grau de mestre é conferido ao profissional detentor de conhecimento especializado desenvolvido no domínio da sua área de intervenção. Este deve ser capaz de demonstrar um julgamento clínico e uma tomada de decisão de elevado nível, pressupondo a avaliação das necessidades em saúde e atuação em todos os níveis de prevenção.

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo as especialidades serem desdobradas em áreas de especialização. O MEMC na área da PSC é atribuído a quem seja detentor de conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os; permitam e constituam uma base de desenvolvimentos em contexto de investigação; aplique os conhecimentos e tenha capacidade de compreensão e resolução de problemas e em situações não familiares; tenha capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas emitindo juízos em situações de informação limitada, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; seja capaz de comunicar as suas conclusões e raciocínios de uma forma clara; e desenvolva competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Ao longo do mestrado procurei desde início delinear um percurso que me permitisse desenvolver conhecimentos e habilidades que me proporcionasse desenvolver/aprimorar e adquirir novas competências. Os conhecimentos obtidos no nível do 1.º ciclo foram cruciais e a base para que os pudesse continuar a desenvolver e aprofundar. Construí um percurso no cuidar da PSC, no contexto extra-hospitalar e intra-hospitalar o que me permitiu agregar muito conhecimento, adquirir uma visão mais alargada da PSC e compreender os cuidados prestados em cada contexto.

A passagem pelo meio extra-hospitalar (no meio VMER e SIV), Sala de Emergência, Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva proporcionou-me o contacto, com uma variedade de situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, gerando desafios na aplicação de conhecimentos, estimulando-me na resolução de problemas e situações não familiares. Para que isso fosse possível foi fundamental as aulas teóricas assistidas, horas de estudo individual, procura de evidência

científica e o desenvolvimento do meu pensamento crítico com a finalidade de dar respostas adequadas e atempadas às novas situações que surgiam, tendo tudo isto culminado no desenvolvimento de conhecimento, habilidades e competências especializadas.

Desafiei-me e saí da zona de conforto, o contacto com outras realidades, métodos de trabalho, equipas diferenciadas contribui-o para que desenvolvesse o meu sentido crítico, percecionasse o papel que o EEEMC tem tanto na equipa de enfermagem como multidisciplinar e desenvolve-se o meu “olho clínico” tornando-me mais capaz de detetar precocemente focos de instabilidade ou prever situações que estão na iminência de ocorrer.

Desenvolvi capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, prestei cuidados holísticos e equitativos à pessoa, cuidador e família. Perante situações complexas adaptei-me às mesmas desenvolvendo estratégias visando resolução das mesmas. A prática de enfermagem requer a associação constante entre o conhecimento teórico e a prática, exigindo a sua aplicação e adaptação à prática tendo em consideração as situações excecionais.

A criação de momentos de reunião/*debriefing* no seio das equipas é fundamental, foram vários os momentos em que os promovi e as reflexões sobre as intervenções, implicações, responsabilidades éticas e sociais, resultando desses momentos conclusões. Esses momentos provocam o espírito de querer fazer mais e melhor, incitam as equipas a procurar fundamentação para as intervenções que realizam e tornam a prática de enfermagem mais segura com qualidade e de excelência.

Considero que a realização dos ensinamentos clínicos, preparou-me para conseguir dar uma resposta mais adequada no meu dia-a-dia, aumentou a minha capacidade de tomada de decisão, autonomia na execução de intervenções direcionadas às mais variadas situações, desenvolvi o meu raciocínio crítico e capacidade de reflexão, essenciais para uma prestação de cuidados segura e fundamentada.

Ao longo do curso para a obtenção do grau de mestre, realizei vários trabalhos escritos ao longo das aulas teóricas, um estudo de caso fundamentado sobre um doente crítico vítima de trauma, o mesmo permitiu-me rever/refletir/comparar o que diz a evidência científica com aquilo que foi executado e através da reflexão compreender os aspetos a melhorar, a fim de adoptá-los numa próxima ocasião, para que os cuidados sejam cada vez prestados com maior qualidade e excelência. A realização das reflexões segundo a metodologia do ciclo de Gibbs permitiram identificar as emoções que sentia perante as situações e refletir sobre a ação, permitindo integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, refletindo sobre as implicações éticas e sociais. O projeto de autoformação

desenvolvido no ensino clínico de opção e relatórios realizados ao longo da prática, permitiram-me planear, delinear um percurso e posteriormente refletir sobre as atividades desenvolvidas, acompanhado por uma análise teórica e interpretação crítica sobre as mesmas. Ainda pude comunicar o resultado dos mesmos através de apresentações a enfermeiros, professores e colegas, permitindo-me deste modo desenvolver capacidades para comunicar as minhas conclusões, raciocínios e conhecimentos tanto a especialistas como não especialistas.

O cuidar da PSC requer cuidados muito minuciosos, complexos, muitas das vezes em contextos menos favoráveis e o EEMCPSC tem de se adaptar às circunstâncias. Isso só é possível se detiver um conhecimento sólido para ser capaz de prestar cuidados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato de vida, bem como, responder às suas necessidades, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

A integração de um enfermeiro numa equipa é exigente, requerendo estudo, empenho em inteirar-se sobre as dinâmicas do serviço, pesquisa sobre as situações mais comuns e que surgem no dia a dia para estar preparado a dar uma melhor resposta turno após turno. Cada vez mais a evolução científica é rápida, sendo atualmente publicados novos estudos diariamente, por isso tenho procurado me atualizar constantemente, recorrendo à mais recente evidência científica, para conseguir prestar cuidados seguros e de qualidade.

Ao longo do meu exercício profissional tenho procurado sempre novos desafios que contribuam para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A realização da Pós-graduação em Emergência e Cuidados Intensivos, permitiu-me adquirir uma base de conhecimentos, que pude aprofundar e desenvolver ao longo do mestrado. A prática realizada durante a Pós-Graduação no contexto regional proporcionou-me compreender a realidade do meio extra-hospitalar da Região Autónoma da Madeira (RAM) e a passagem no mestrado no INEM, permitiu-me ter a perceção dos principais princípios neste meio a nível nacional e compreender que a base do extra-hospitalar na RAM e INEM é muito semelhante.

Procurei ainda a realização de outros cursos relacionados com a PSC, tais como, SBV-DAE, o Medical Response to Major Incidents (MRMI), o Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) e o Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS). Ainda frequentei o seminário “Aspetos Forenses em Emergência Extra-hospitalar” e o simpósio de enfermagem intitulado “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: da rua até à reabilitação na comunidade”. Considero que só deste modo consigo tornar-me a cada dia um enfermeiro mais competente

e capaz de prestar cuidados fundamentados, seguros e de qualidade. Pois todas estas formações foram cruciais para desenvolver competências de aprendizagem que me permitirão uma aprendizagem autónoma e contínua ao longo da vida (Decreto-Lei nº 65/2018).

Adotei uma postura proativa nos contextos de ensino clínico, procurei o máximo de oportunidades possíveis, assisti e colaborei na realização de procedimentos com as equipas de enfermagem e multidisciplinares, quando os serviços estavam com menor carga de trabalho na área onde estava alocado, procurava oportunidades junto de outros colegas. Só deste modo é possível marcar a diferença na vida de várias pessoas com as quais contactamos através da prestação de cuidados holísticos, equitativos e humanísticos. Enquanto futuro EEEMC e Mestre considero que compreendi o papel que estes enfermeiros têm nas suas equipas e sei agora as atitudes que tenho de adotar, para ser reconhecido como um elemento de referência no serviço onde trabalho. Será necessário evidenciar competências, sustentadas na evidência científica mais atual, ter um cuidado diferenciado na abordagem da PSC, fomentar a reflexão em equipa, antecipar focos de instabilidade, aplicar e desenvolver protocolos terapêuticos complexos, cuidar da pessoa, família/cuidador, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.

Neste mestrado desenvolvi-me a nível profissional e pessoal, foi uma aprendizagem constante que não termina com a realização desta etapa, pois o findar desta etapa é só o começo de uma aprendizagem contínua para o longo da vida. Foram experiências extremamente proveitosas e termino sendo um profissional diferente sentindo-me muito mais capacitado e preparado para cuidar da PSC, família/cuidador em contexto de urgência/emergência autonomamente.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório revelou-se um desafio, tendo sido uma experiência muito enriquecedora, enquanto futuro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. Considero que me proporcionou um crescimento notável a nível do saber saber, saber fazer, saber ser e saber estar.

Adquiri novos conhecimentos e desenvolvi competências quer a nível teórico como no contexto prático, através da assistência das aulas teóricas, trabalho autónomo, leitura de bibliografia científica, realização dos ensinamentos clínicos, estudo de caso, reflexões segundo a metodologia do ciclo de Gibbs, projeto autoformação e relatórios. As orientações com as professoras/es e enfermeiras/os de referência, permitiram-me consolidar todos os conhecimentos adquiridos e refletir sobre as situações experienciadas permitindo-me a solidificação de conhecimentos.

No que concerne aos objetivos delineados considero que os consegui concretizar com sucesso, ao evidenciar o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica; demonstrando o desenvolvimento do pensamento crítico na abordagem à PSC nos diferentes contextos da prática, evidenciando o desenvolvimento de competências de Mestre através da elaboração deste relatório de estágio.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel determinante no cuidar especializado da PSC, no extra-hospitalar como no intra-hospitalar os mesmos destacam-se como elementos com conhecimento e competências diferenciadas que lhe permitem assumir a coordenação de situações de urgência, emergência, exceção e catástrofe.

O meio extra-hospitalar permitiu-me desenvolver uma abordagem em tempo útil e sistematizada à PSC, atendendo à segurança, estabilização e transporte da PSC para o local mais adequado e capaz de proporcionar o tratamento definitivo. Pude compreender os cuidados prestados neste meio e a continuidade dada aos mesmos na SE. Em ambos os meios, é fundamental a identificação pronta de focos de instabilidade, visando uma resposta pronta e antecipatória aos mesmos, através de um criterioso estabelecimento de prioridades.

Na SE foi onde pude prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, fazer uma gestão diferenciada da dor, gerir protocolos terapêuticos complexos e desenvolver cuidados no transporte da PSC para outros serviços. A UCIP foi o serviço mais desafiante, dada a especificidade, e por se ter realizado

durante o período de pandemia, foi extremamente exigente, mas dos mais gratificantes. Permitiu-me ter uma noção mais abrangente da PSC e dos cuidados que requer, permitindo-me estruturar o pensamento crítico. Garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando complicações resultantes da sua implementação, monitorizei e avaliei as repostas aos problemas identificados e foi onde tive maior contacto com a família/cuidador da PSC, desenvolvendo uma relação terapêutica e demonstrando habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Regulamento nº 429/2018).

Considero que com a realização de todo este percurso retratado ao longo do relatório, desenvolvi e adquiri competências: no cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos de doença crítica; na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe; na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos. Considero ainda que desenvolvi um conhecimento especializado na minha área de intervenção e sou capaz de demonstrar um julgamento clínico e uma tomada de decisão de elevado nível evidenciando o desenvolvimento das competências de Mestre de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

A realização deste percurso preparou-me, aumentando a minha capacidade de tomada de decisão, autonomia na execução de intervenções direcionadas às mais variadas situações. Considero que desenvolvi o meu raciocínio crítico e capacidade de reflexão que são essenciais para uma prestação de cuidados mais segura com qualidade e de excelência.

No que concerne às dificuldades considero que a maior se deveu à complexidade que requer um bom planeamento e percurso que é necessário fazer para conseguir desenvolver competências com o intuito de prestar um cuidado especializado. Ao longo dos ensinamentos clínicos desenvolvi muita pesquisa esbocei rascunhos, tirei notas, li procedimentos, *guidelines*, visando preparar-me a cada turno e isso foi fundamental e permitiu o meu desenvolvimento. A outra dificuldade foi a gestão do tempo para a entrega deste relatório. Para superar as dificuldades que surgiram dediquei-me sempre, procurei fazer o relatório sempre que tinha disponibilidade de modo a ser benéfico para o meu processo de aprendizagem e permitir-me o desenvolvimento de competências, o que foi alcançado e proporciona-me uma enorme satisfação. Considero que findando este mestrado tornei-me mais resiliente e desenvolvi capacidades de gestão e organização o que me permitiu superar as adversidades com sucesso.

No que respeita a sugestões proponho a continuação desta metodologia de ensino, pois é interessante todo o processo envolvente na elaboração do relatório dado que permite

rever/refletir/comparar o que diz a evidência científica com aquilo que foi executado e só através da reflexão conseguimos compreender o que fazer diferente numa próxima ocasião para que os cuidados sejam cada vez prestados com maior qualidade, excelência e brio.

Realço o bom planeamento de todo este curso de mestrado, pois contribuí-o para que conseguisse obter conhecimentos, desenvolver vários trabalhos que serviram de guias orientadores para a minha prática clínica permitindo-me o desenvolvimento de competências, aumentar a minha capacidade de análise e reflexão, incentivou e estimulou em mim uma atitude proativa de aprendizagem.

Considero que todo o esforço e empenho dedicado à elaboração deste mestrado foi extremamente proveitoso e contribuí-o para o meu crescimento a nível profissional e pessoal, permitindo-me desenvolver a visão, postura, discernimento, determinação, inovação e atitude diferenciadora/potenciadora que deve adotar um Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, H., & Mekonnen, C. (2020). Knowledge, practice, and associated factors of nurses in pre-hospital emergency care at a tertiary care teaching hospital. *Open Access Emergency Medicine*, 2020(12), 459-469. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S290074>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência: RT-14/2019*. <https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference Adherence*, 13, 465-473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
- American Heart Association. (2016). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. <https://international.heart.org/pt/our-courses/curso-de-savc-para-profissionais-de-saude/>
- American Heart Association. (2019). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke*: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211?gclid=undefined>
- Andrade, C. (2016). *Ambiente da prática profissional de enfermagem: Impacte na qualidade dos cuidados de saúde*. Lisboa.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo: Versão 1*.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Brazil, V. & Williams, J. (2021). How to lead a hot debrief in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 33(5). <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13856>
- Caetano, C., Lopes, E., Dias, E. & Duarte, S. (2013). *Avaliação da dor no doente em situação crítica*. In 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior. <https://doczz.com.br/doc/12326/1%C2%BA-semin%C3%A1rio-de-enfermagem-em-cuidados-intensivos-da-beir...>
- Cardoso, R. M. (2019). *Competências clínicas de comunicação*. Universidade do Porto.
- Centro Hospitalar Universitário do Porto. (2019). *Relatório de governo societário 2019*. https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/bom_governo/Rel_Gover_Societario/Relatorio_GS_2019.pdf
- Centro Hospitalar Universitário do Porto. (2022). *Relatório & contas 2022*. https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/bom_governo/Relatorio_contas/Relatorio_e_Contas_2022.pdf
- Centro Hospitalar Universitário do Porto. (n.d.). *Funções do enfermeiro coordenador no serviço de urgência do centro hospitalar universitário do porto*. Author
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Revista Nursing*,
- Comissão Nacional da UNESCO. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*.
https://www.inesul.edu.br/site/documentos/declaracao_universal_bioetica.pdf
- Conselho de enfermagem & Mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. *Parecer n.º 05/2021: Dotações das equipas de VMER*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-vmer-anonimizado.pdf

Correia, M. C. B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: uma perspetiva histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2). <https://lusiadasscientificjournal.pt/index.php/ljsj/article/view/58>

Davidson, Judy E., Aslakson, Rebecca A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., Scruth, E. A., Harvey, M. A., Lewis-Newby, M., White, D. B., Swoboda, S., Cooke, C., Levy, M., Azoulay, E., Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult icu. *Critical care medicine*, 45(1), 103-128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Decreto-Lei nº 161/96. **Diário da República** I Série. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 01 set. 2023]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>.

Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 01 set. 2023]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.

Despacho nº 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11-08-2014). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457> >

Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** 2ª série. 28 (10-02-2015). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>>

Despacho nº 2902/2013. **Diário da República** 2ª Série. 38 (22/02/2013). Disponível em WWW: <<https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Despacho-n.-2902-2013.pdf>>

Direção Geral da Saúde - **Norma nº 021/2015**: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. 2015. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde - **Norma nº 001/2017**: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Dusek, B., Pearce, N., Harripaul, A., & Lloyd, M. (2015). Care Transitions. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(3), 233–239. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000097>

Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Deliberação do conselho de administração da entidade reguladora da saúde*. <https://www.ers.pt/media/3603/ers1192019-delibera%C3%A7%C3%A3o-final-vnc.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Direito à decisão*. https://www.ers.pt/media/bxijtkss/direitodecisao_vconsolidada_final.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Consentimento informado*. <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/consentimento-informado>

- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R. & Araújo, I. (2020). *Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem*. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/download/25819/18862>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>.
- Gomes, A. (2018). *Preservação de vestígios no pré-hospitalar: papel das equipas de emergência médica em cenários forenses*. https://www.researchgate.net/publication/327838756_Preservacao_de_vestigios_no_pre-hospitalar_papel_das_equipas_de_emergencia_medica_em_cenarios_forenses
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019). *Relatório grupo de trabalho serviços de urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GTUrg%C3%A4ncias.pdf>
- Heras La Calle, G., Cruz Martin, M., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9–13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema integrado de emergência médica*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual Suporte Avançado de Vida. Versão 2.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Relatório de Atividade do CODU. Atualização 2021*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *iTEAMS INEM – uma realidade cada vez mais presente no socorro em Portugal*. <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>

- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Causas de morte*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEdest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021). *Resistência aos antimicrobianos*.
<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/AreasTrabalho/ResistencAnti/Paginas/inicial.aspx>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63.
<http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** 1ª Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 01 set. 2023]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** Série I. 181(16/09/2015). Disponível em WWW: <
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1>
- Lennquist, S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters: a practical guide to all medical staff*. Springer.
- Lippi, G., Mattiuzzi, C., Bovo, C., & Favaloro, E. J. (2017b). Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical Biochemistry*, 50(10–11), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Lopes, P. S. (2021). *Cuidar à pessoa em situação crítica: Desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica* (Relatório

- de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/6482/1/RELATORIO%20FINAL%20-%20CUIDAR%20DA%20PESSOA%20EM%20SITUA%c3%87%c3%83O%20CRITICA.pdf>.
- Luís, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “views” e “news” em Portugal* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/4230>
- Macedo, M., Almeida, L., Assad, L., Rocha, R., Ribeiro, G., & Pereira, L. (2017). Patient identification through electronic wristband in an adult general intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 63–70. <https://doi.org/10.12707/riv16087>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Morais, C. M. F. (2013). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. Dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <http://repositorio.esenfc.pt/?url=RUKqgv>
- Nascimento, V. F., Maciel, M. M., Lemes, A. G., Borges, A. P., & Terças, A. C. P. (2015). Perceções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 92-99. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31002>
- National Association of Emergency Medical Technicians (2021). *Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado*. Jones & Bartlett Learning
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: guia de consulta rápida*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Nunes, L. (2003). Um olhar sobre o ombro. *Enfermagem em Portugal* (1881-1998). Lusociência.

- Nunes, L. (2016). *Atos profissionais em debate*. <http://hdl.handle.net/10400.26/19423>
- Önnheim, S., Johansson, A., Ivarsson, B., & Hagström, C. (2022). Self-perceived competence of ambulance nurses in the care of patients with mental illness: a questionnaire survey. *Nursing reports*, 12(1), 226–234. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010023>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Parecer n.º 15 / 2018: funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica n.º 04/2021*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer n.º 04/2021: Exercício profissional de Enfermeiros nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e nos Serviços de Urgência Básica (SUB)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- 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. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação: posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista: Procedimentos e orientações*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres*. <https://www.paho.org/en/documents/reporting-and-learning-systems-medication-errors-role-pharmacovigilance-centres>
- 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*. Author. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Paço, S. (2021). Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/40041/1/101666004.pdf>
- Pines, J., & Griffey, R. (2015). *What We Have Learned From a Decade of ED Crowding Research*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acem.12716>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento nº 101/2015. **Diário da República** II Série. 48, (10-03-2015). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>

Regulamento nº 226/2018. **Diário da República** 2.^a série. 74 (16/04/2018). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>>

Regulamento nº 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>>

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2.^a série. 135 (16/07/2018). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>>

Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** Série II. 184 (25/09/2019). Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** Série I-A. 2 (03/01/2001) 14-36. Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>>

Rhoads, S., & Amass, T. (2019). Communication at the End-of-Life in the Intensive Care Unit: A Review of Evidence-Based Best Practices. *Rhode Island medical journal*, 102(10), 30–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795531/>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/32544>

- Rio, G. C.-D. (2018). Evidence-based practice: Medical device-related pressure injury prevention. *American Nurse Today*, 13(10), 50–52. <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2018/10/ant10-Pressure-Injuries-918.pdf>
- Royal College of Physicians. (2012). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Royal College of Physicians. <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/national-early-warningscore-standardising-assessment-acute-illness-severity-nhs.pdf>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (2021). *Relatório de Atividades e de Gestão*. Author
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2011). *Regulamento do Serviço de Urgência: Documento de apoio no0021*. Author
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Plano estratégico 2017-2019*. Author
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Shikama, M., Nakagami, G., Noguchi, H., Mori, T., & Sanada, H. (2018). Development of Personalized Fitting Device With 3-Dimensional Solution for Prevention of NIV Oronasal Mask-Related Pressure Ulcers. *Respiratory care*, 63(8), 1024–1032. <https://doi.org/10.4187/respcare.05691>
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>
- Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>.
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

- Solas, R. (2015). *Diagnóstico e análise funcional da implementação do sistema pyxis no serviço de urgência do hospital do espírito santo évora EPE*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14845/1/ESSTFC585.pdf>
- Sweet, V., & Foley, A. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed.). Elsevier.
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 20-24).
https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_n_uma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Teixeira, J. M. F. (2016). *A pessoa em situação crítica com dor intervenção especializada em enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/16487>
- World Health Organization. (2014). *Reporting and learning systems for medication errors: the role of pharmacovigilance centres*. Autor
- World Health Organization. (2020). *Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages*.
[https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)