

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA:**

**a particularidade dos distúrbios do ritmo e condução  
cardíaca**

**Paulo Jorge Baptista Silva**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem S.  
José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica e/ou Falência Orgânica**

**Funchal,**

**2022**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA:**

**a particularidade dos distúrbios do ritmo e condução  
cardíaca**

**Paulo Jorge Baptista Silva**

**Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem S.  
José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica e/ou Falência Orgânica**

**Funchal,**

**2022**

*...porque pensa, porque duvida, porque questiona, porque relaciona/compara o que vê ou faz na prática com a teoria, torna-se num profissional reflexivo ...*

## **AGRADECIMENTOS**

O ato de agradecer sempre explicitar o reconhe nesta jornada de desenvolvimento profissional.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, agradeço pela garantia da excelência na transmissão de conhecimentos e competências, promovendo sempre uma base sólida para o desenvolvimento da aprendizagem.

A quem me orientou de um modo célere e incisivo, garantindo que me mantinha no caminho certo durante todo o processo. Um muito obrigado à Professora Doutora Merícia Bettencourt pela orientação deste relatório.

Aos professores, tutores e colegas, agradeço por todo o companheirismo e partilha de conhecimentos e experiências. Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de viagem, Sandra Vale e Pedro Rodrigues, por terem sido a minha família longe de casa.

Agradeço ainda à minha família, pelo tempo que não pude despende para estar com os mesmos, por toda a compreensão, apoio e força.

Por fim, e quiçá a mais importante, à pessoa que tem estado ao meu lado e me apoia em todas as decisões que tenho tomado. Pela paciência de aguentar aqueles dias longe de casa, por tudo o que não conseguimos fazer, pelo stress e pelo cansaço. Agradeço à minha namorada, companheira e amiga, Jéssica Gouveia, obrigada por fazeres parte da minha vida!

## RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, decorrido no ano letivo 2021/2022, sendo que a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Expõe o percurso de aprendizagem ao longo do Mestrado, focando-se na realização de três ensinamentos clínicos: ECI – Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Santa Maria, ECII – Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça e ECIII, de carácter opcional, na Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários e Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no sentido de aprofundar a abordagem à pessoa com distúrbios do ritmo e condução cardíaca.

Este relatório tem como objetivo principal evidenciar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como as competências esperadas para a obtenção do grau de Mestre. Esta evidência é realizada através da exposição, descrição e análise crítico-reflexiva acerca das atividades e oportunidades de aprendizagem vividas nos ensinamentos clínicos.

Organiza-se em três principais capítulos, um primeiro onde é realizado um enquadramento à temática escolhida a aprofundar (os distúrbios do ritmo e condução cardíaca), um segundo capítulo onde é enfatizada a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, tanto comuns do enfermeiro especialista (Regulamento 140/2019) como específicas da pessoa em situação crítica (Regulamento 429/2018) e, por fim, um capítulo onde é descrito o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, previstas no Decreto-Lei 65/2018.

Para a realização do presente relatório foi utilizada uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva acerca das experiências vividas durante os ensinamentos clínicos, visando sempre o desenvolvimento das competências acima descritas.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, pessoa em situação crítica, distúrbios do ritmo e condução cardíaca, desenvolvimento de competências, Mestre.

## **ABSTRACT**

This report was developed in the ambit of the 5th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, branch of Critical Situation and/or Organic Failure Nursing, of the "*Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny*" college, during the academic year of 2021/2022. It's presentation and public discussion vises the achievement of a Master's degree in Medical-Surgical Nursing.

It exposes the course of learning during the Master's degree, focusing on the realization of three clinical practices: internship I – Emergency Service in *Santa Maria Hospital*, internship II – Intensive Care Service of the *Dr. Nélio Mendonça Hospital* and internship III, of optional character, in the Hemodynamics Unit, Coronary Intensive Treatment Unit and Cardio-Thoracic Intensive Care Unit of the *Dr. Nélio Mendonça Hospital*, in order to profound competencies in the approach towards patients with cardiac rhythm and conduction disorders.

This report has it main objective to evidence the acquirement and development of common and specific skills in nursing care towards patients in need of critical care, as well as the skills expected for the achievement of the Master's degree. This evidence is realized through the exposure, description and critical-reflexive analysis of the activities and learning opportunities lived during the clinical practices.

It is organized in three chapters. In the first one is made a framework of the theme chosen to develop (cardiac rhythm and conduction disorders). The second chapter emphasizes the acquisition and development of specialized nursing skills, common to all specialized nurses (Statute no. 140/2019) as well as specific skills of critical care nurses (Statute no. 429/2018). Lastly, the third chapter describes the development of Master's skills in Medical-Surgical Nursing, foreseen in the Decree-law 74/2006.

For the realization of this report a descriptive, analytical and reflective methodology was used, focusing on the experiences lived during the clinical practices, always aiming towards the development of the skills described above.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, critical care, cardiac rhythm and conduction disorders, skills development, Master

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAV – Bloqueio Auriculo-Ventricular

BPS – *Behavioural Pain Scale*

DECI – Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis

CDI – Cardiodesfibrilhador Implantável

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa-Norte

CRT – *Cardiac Resynchronization Therapy*

DGS – Direção-Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESC – *European Society of Cardiology*

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

EV - Endovenoso

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSM – Hospital Santa Maria

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PPCIRA – Plano de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem

SEMICYUC – Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SESARAM – Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STEMI – *ST-Elevation Myocardial Infarction*

SU – Serviço de Urgência

TAVI – *Tanscatheter Aortic Valve Implantation*

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System*

TSV – Taquicardia Supraventricular

TV – Taquicardia Ventricular

UCICT - Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-torácicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UPP – Úlceras por Pressão

UTIC – Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I - OS DISTÚRBIOS DO RITMO E DA CONDUÇÃO CARDÍACA....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. Contextos de Desenvolvimento de Competências: .....</b>	<b>31</b>
2.1.1. Ensino Clínico I – Urgência: SU do HSM.....	32
2.1.2. Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalentes: UCIP do HNM.....	35
2.1.3. Ensino Clínico III – Opção Clínica: Unidade de Hemodinâmica, UTIC e UCICT do HNM .....	37
<b>2.2. Análise crítica do desenvolvimento de competências especializadas .....</b>	<b>40</b>
2.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	40
2.2.1.a) <i>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....</i>	<i>41</i>
2.2.1.b) <i>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....</i>	<i>43</i>
2.2.1.c) <i>Domínio da Gestão dos Cuidados .....</i>	<i>48</i>
2.2.1.d) <i>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....</i>	<i>52</i>
2.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica .....	53
2.2.2. a) <i>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....</i>	<i>54</i>
2.2.2. b) <i>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;.....</i>	<i>75</i>
2.2.2. c) <i>Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. ...</i>	<i>79</i>
<b>CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>83</b>

<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>90</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Condições associadas ao distúrbio do nódulo sinusal.....	18
Figura 2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	30

## **INTRODUÇÃO**

A saúde, enquanto ciência, tem vindo a apresentar ao longo dos anos uma evolução exponencial, acompanhando toda a evolução tecnológica e científica atual. Por este motivo, tem sido requerido aos profissionais, uma busca constante pelo aprofundamento de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados cada vez mais diferenciados e de qualidade. Isto deve-se ao facto de o número de doenças com início súbito, de doenças crónicas que agudizam, o número e a complexidade dos acidentes, os casos de violência urbana e catástrofes naturais têm vindo também a apresentar uma tendência crescente. Estas são situações em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte se não forem implementadas, num curto espaço de tempo, medidas de suporte de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assume-se assim como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português (OE, 2015). A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), defende que os cuidados de saúde e, por sua vez, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Desta forma, o enfermeiro especialista é aquele a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados tanto dentro da sua área de especialidade, como comuns a todos os ramos de especialidade. A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, segundo a OE (2018), tem como alvo a pessoa em situação crítica. Esta é 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. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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. Estes exigem então observação, colheita e procura contínua e sistemática de dados de modo a conhecer a pessoa/família, prever e detetar

precocemente complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região, sendo uma em cada três mortes devido a doenças cardiovasculares. Os dados sobre Portugal revelam como maior fator de risco modificáveis a obesidade, seguido do consumo de tabaco e álcool. Aliado ao envelhecimento da população (com a maior incidência de mortes a partir dos cinquenta anos), observa-se um problema de saúde pública em diversos países (DGS, 2017; OCDE, 2021). Por este motivo, os profissionais de saúde necessitam de desenvolver competências nesta área, tendo esta um grande impacto na saúde da população. Estas patologias cardiovasculares têm um impacto negativo no sistema de condução cardíaco, levando à sua disfunção. Filho, Pyntiá & Schmidt (2003) definiram o termo Distúrbios do Ritmo Cardíaco como a designação mais apropriada para o comumente definido por arritmias, visto que arritmia significa ausência de ritmo, o que não corresponde à realidade para quase a totalidade destes distúrbios. No entanto, Maltez & Moura (2016) alicerçam o termo arritmias cardíacos, englobando neste termo os distúrbios da formação de impulso elétrico, distúrbios na condução ou a combinação de ambos. Na verdade, atualmente, ambos os termos ainda são largamente utilizados como sinónimos por entre a comunidade científica e principais entidades na área de cardiologia. Apesar de existirem alterações cuja gravidade não caracterizam uma emergência, muitos distúrbios do ritmo cardíaco exigem uma abordagem imediata, em contexto de cuidados de urgência, por provocar uma diminuição do débito cardíaco efetivo. Como enfermeiro a desenvolver atividade num serviço de urgência polivalente, e por prestar cuidados a utente com distúrbios do ritmo cardíaco de forma regular, torna-se então relevante desenvolver competências nesta área, através dos ensinamentos clínicos e de várias metodologias que me ajudaram no processo de autoformação.

No âmbito da frequência do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2021/2022, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), é então de extrema pertinência desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, como percurso de desenvolvimento profissional para tornar-me enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica e, após discussão pública, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O presente relatório tem como objetivo então descrever aquele que foi o meu processo de aprendizagem durante os ensinamentos clínicos, através do desenvolvimento de diversas atividades que permitem desenvolver diversas competências no cuidado especializado ao doente crítico e/ou falência orgânica em contextos específicos que prestam cuidados a este tipo de doentes, nomeadamente em contexto de Urgência, Cuidados Intensivos e unidades específicas de cardiologia (Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários e Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos).

Este trabalho organiza-se então segundo as normas orientadoras de trabalhos académicos da ESESJC, tendo por base as normas da American Psychological Association dividindo-se em dois grandes capítulos. Inicialmente, o primeiro capítulo aborda uma contextualização acerca da temática dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca, utilizando alguma da evidência científica e *guidelines* mais recentes para compilar algum do conhecimento existente na área, desde a prevenção, diagnóstico e tratamento. Um segundo capítulo irá integrar uma análise do desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica, contextualizando a orgânica e funcionamento dos locais de estágio acima descritos, com a análise e reflexão do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, comuns e específicas (integradas nos regulamentos 140/2019 e 429/2018, respetivamente) e ainda das competências de mestre, ao longo do percurso académico percorrido durante o mestrado.

## **CAPÍTULO I - OS DISTÚRBIOS DO RITMO E DA CONDUÇÃO CARDÍACA**

O coração humano bate, em condições de repouso, cerca de 100.000 vezes por dia, 2,5 bilhões de vezes durante uma vida normal, feito este conseguido através das células do sistema de condução cardíaco. Estas incluem os nódulos geradores de impulso elétrico (nódulo sino-auricular e auriculoventricular), bem como as células propagadoras de impulso do sistema de His-Purkinje, tendo as primeiras uma velocidade de condução mais inferior que as segundas (Park & Fishman, 2011; Pereira & Jung, 2020).

O *pacemaker* fisiológico dominante, onde tem origem o impulso elétrico, localiza-se no denominado nódulo sino-auricular. Este é uma estrutura intramural, de forma curva (semelhante a uma vírgula), localizada na junção da aurícula direita e a veia cava superior. Este possui uma arquitetura tecidular com componentes centrais e periféricos, compostos por distintos canais de iões. As células centrais e periféricas têm diferentes características de potencial de ação e propriedades de condução. Estudos têm demonstrado que estas diferenças são essenciais para manter uma normal automaticidade cardíaca e condução de impulsos (Park & Fishman, 2011; Pereira & Jung, 2020).

A automaticidade cardíaca deve-se a uma despolarização diastólica espontânea, que resulta na despolarização da membrana para um limiar de potencial, gerando um potencial de ação rítmico. Atualmente, o paradigma defendido para a automaticidade do nódulo sino-auricular é descrito como dois principais mecanismos de ação: o diferencial da voltagem da membrana, resultado do desequilíbrio nas entradas e saídas de iões como o potássio, sódio e cálcio das células cardíacas, bem como a libertação espontânea e rítmica e iões de cálcio do retículo sarcoplasmático.

Após a despolarização do nódulo sino-auricular, os impulsos rapidamente se transmitem através do miocárdio auricular, garantindo uma contração síncrona de ambas as câmaras auriculares. Este impulso sofre então um atraso no nódulo auriculoventricular, que é o último ponto de comunicação entre as aurículas e os ventrículos. Este nódulo é uma estrutura heterogénea e complexa, composta pelo nódulo e células de transição, localizado no triângulo de Koch. Diversas funções deste nódulo são essenciais para o bom funcionamento da condução cardíaca: primariamente, funciona como *pacemaker* secundário em caso de falha do nódulo sino-auricular; a sua condução lenta permite tempo adequado para a contração auricular encher os ventrículos e ainda salvaguarda a rápida estimulação ventricular em casos de distúrbios da condução supraventriculares (Park & Fishman, 2017).

Após a passagem pelo nódulo auriculoventricular, o impulso elétrico volta a ganhar velocidade, entrando no sistema de condução ventricular. Durante o ritmo sinusal, o miocárdio ventricular é unicamente ativado pelo sistema de condução ventricular. Este engloba o feixe de His (ramos direito e esquerdo) e a rede distal de fibras de Purkinje. Esta é responsável por uma contração ventricular desde o apex até à base e ainda sincronia ventricular, quer intra como interventricular. Esta atividade elétrica coordenada é essencial para manter débitos cardíacos adequados (Park & Fishman, 2017).

A disfunção do sistema de condução cardíaco acontece primariamente devido a situações adquiridas como o enfarte agudo do miocárdio, degenerações relacionadas com a idade, complicações de procedimentos e toxicidade de fármacos e drogas. Estes podem ser divididos dependendo da sua etiologia, descritos como doenças da automaticidade, doenças por bloqueio da condução, doenças de condução acessória, doenças do desenvolvimento do sistema de condução cardíaco e ainda doenças da condução cardíaca associada a distúrbios neuromusculares (Park & Fishman, 2017). Apesar dos distúrbios na condução cardíaca provocarem alterações no ritmo cardíaco, nem todos os distúrbios do ritmo cardíaco têm como causa primária as doenças do sistema de condução cardíaco descritas anteriormente.

O termo Distúrbios do Ritmo e Condução Cardíaca é a designação mais apropriada para o termo arritmias, comumente usado, tendo em conta que que arritmia significa ausência de ritmo, o que não corresponde à realidade para a quase totalidade desses distúrbios (Filho, Pyntiá & Schmidt, 2003). No entanto, Maltez & Moura (2016) alicerçam o termo arritmias cardíacas, englobando neste termo os distúrbios da formação de impulso elétrico, distúrbios na condução ou a combinação de ambos. Na verdade, atualmente, ambos os termos ainda são largamente utilizados como sinónimos por entre a comunidade científica e principais entidades na área de cardiologia. Estes distúrbios, do ponto de vista clínico, podem caracterizar desde situações assintomáticas até outras de extrema gravidade como, por exemplo, a paragem cardíaca. Isto implica então que possam existir, dentro deste contexto, casos que não necessitem de tratamento e, também, distúrbios que exigem tratamento imediato, devido ao risco de evolução para uma situação mais crítica. Regra geral, as situações que exigem cuidados imediatos com risco elevado de paragem cardiorrespiratória são duas: as taquicardias ventriculares sustentadas e bloqueios auriculoventriculares de alto grau (segundo grau Mobitz II e terceiro grau), levando a situações de taquicardia ou bradicardia extrema. Em ambos os casos, a principal complicação decorrente de um distúrbio do ritmo cardíaco decorre da diminuição do débito cardíaco efetivo, com sintomas sistémicos como alteração do nível de consciência, dor pré cordial, dispneia em repouso e sinais de

choque cardiogénico. Desta forma, é passível de dividir as disritmias cardíacas em dois grandes grupos, tendo como foco o facto de estas levarem a um aumento ou diminuição da frequência cardíaca em relação ao normal, dividindo-se assim em bradidisritmias e taquidisritmias.

Segundo Assumpção e Moreira (2018) a bradicardia é definida como a redução na frequência cardíaca abaixo dos 60 batimentos por minuto (bpm), com ritmo regular ou irregular, e por vezes por causar prejuízo à capacidade do organismo de manter um débito cardíaco suficiente para suprir as necessidades. Os distúrbios da função sinusal referem-se a um conjunto de distúrbios, tanto na geração como na condução do estímulo elétrico do nódulo sinusal, caracterizando a incapacidade cardíaca de desempenhar a sua função intrínseca de *pacemaker* cardíaco. Segundo a *European Society of Cardiology* (ESC) (2021), a disfunção do nódulo sinusal, engloba um largo espectro de disfunções sinoauriculares, desde bradicardias sinusais, bloqueios sino-auriculares e disfunção do nódulo sinusal devido a síndrome bradicardia-taquicardia.

Mais prevalente nos idosos, esta é uma situação associada ao envelhecimento, apesar de poder ser identificada em todas as faixas etárias. Esta pode se manifestar através de bradicardias inapropriadas (frequências cardíacas incompatíveis com a atividade realizada pelo doente), pausas ou bloqueios sinoauriculares, acompanhadas de frequências cardíacas lentas. Muitas vezes pode estar associada ainda a bloqueios auriculoventriculares ou a taquidisritmias auriculares como a fibrilhação ou flutter auricular, caracterizando a síndrome taquicardia-bradicardia, indicando doença difusa e instabilidade importante do sistema de condução cardíaco (Assumpção & Moreira, 2018). Estas podem ser secundárias a causas intrínsecas, ou seja, relacionadas com o próprio nódulo sinusal, ou extrínsecas, por alterações de fatores externos sobre o nódulo sinusal. Estas causas intrínsecas e extrínsecas apresentam-se no quadro abaixo (quadro 1).

**Figura 1 - Condições associadas ao distúrbio do nódulo sinusal**

<b>Intrínsecas</b>	Idade	<b>Extrínsecas</b>	Hipotermia
	Hipertensão		Distúrbios eletrolíticos
	Insuficiência Cardíaca		Hipotiroidismo
	Doença Reumática		Distúrbios Sistema Nervoso Autónomo
	Miocardiopatias		Hiperbilirrubinémia
	Pericardite		Intoxicações:
	Cardiopatias Congénitas		- Digitálicos
	Doenças do Colágeno		- $\beta$ -bloquadores
	Amiloidose		- Bloqueadores dos canais de cálcio
	Trauma cirúrgico		- Metildopa
	Tumores cardíacos		- Reserpina
	Irradiação		- Carbonato de lítio
	- Cimetidina		
	- Fenotiazinas		

O quadro clínico destes pacientes pode se apresentar como uma situação assintomática, apenas com evidência eletrocardiográfica de algum grau de disfunção sinusal, até pacientes com sintomatologia exuberante, com necessidade de intervenção imediata. Os sintomas mais comuns são tonturas, vertigens, pré-síncope, síncope, palpitações, cansaço fácil, intolerância ao exercício e fadiga. Frequentemente, a manutenção em repouso e monitorização cardíaca são suficientes para manter a estabilidade do utente enquanto aguarda o tratamento definitivo. Contudo, caso os sintomas sejam relevantes, o uso de fármacos simpaticomiméticos, como a atropina (0,5mg EV, repetida de 3 a 5 min até a um máximo de 3mg ou seis doses), adrenalina (2 a 10  $\mu$ g/min), dopamina (2 a 20  $\mu$ g/kg/min), podem ser utilizados (ACLS, 2017).

Já os Distúrbios da Condução Auriculoventricular são provocados pelo atraso ou falha na condução do estímulo elétrico entre as aurículas e os ventrículos, caracterizando os bloqueios auriculoventriculares (BAV), que podem ser assintomáticos ou causar sintomas

de baixo débito cerebral e sistémico, como tonturas, pré-síncope, síncope, cansaço, dispneia, edema e palpitações, devido à bradicardia (Assumpção & Moreira, 2018).

Segundo os mesmos autores, os bloqueios auriculoventriculares são divididos em primeiro grau, segundo grau (Mobitz tipo I, Mobitz tipo II) e terceiro grau. Podem também ser classificados quanto à sua localização eletrofisiológica em supra, intra ou infra-hissianos, os dois últimos com maior gravidade. Quanto à sua origem podem ser do tipo congénito ou adquirido. Quanto à duração, podem ser permanentes ou transitórios e dependendo da sua etiologia. Segundo a ESC (2021), bloqueios de primeiro grau raramente têm necessidade de tratamento. Especial atenção deverá ser dada então aos bloqueios auriculoventriculares de segundo grau Mobitz tipo II e de terceiro grau, devido à sintomatologia de baixo débito causada pela bradicardia. Estes devem ser avaliados para a implantação de *pacemaker* definitivo e caso não possa ser realizado com brevidade, a utilização de *pacemaker* temporário deve ser realizada.

Em situações de emergência, o cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica incide nos sinais e sintomas geralmente presentes em situações de baixa perfusão, indicando uma maior gravidade e alertando para a pronta atuação. Nestas situações, a monitorização, garantia de acesso venoso, além da fácil disponibilidade a medicamentos e utilização de *pacemakers* provisórios (transtorácico e transvenoso) é imprescindível (Assumpção & Moreira, 2018). Exceto nas condições em que o fator causal é reversível, o tratamento definitivo deste tipo de situações é a estimulação cardíaca artificial, através da utilização de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis. Quando a frequência cardíaca é menor que 60 batimentos por minuto, as condições clínicas e os sintomas devem ser questionados e identificar e tratar as causas subjacentes. A abordagem ABCDE, largamente utilizada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, deverá incidir então em:

- Manter vias aéreas patentes (suporte respiratório se necessário);
- Administrar O<sub>2</sub> se a saturação for menor que 94% ou apresentar dispneia;
- Monitorizar o ritmo, frequência cardíaca e pressão arterial;
- Estabelecer acesso venoso;
- Obter ECG de 12 derivações (se o equipamento estiver acessível. Nunca atrasar a terapia.);

Analisar o ritmo do paciente, exame físico e histórico com foco no problema, pesquisar e tratar fatores contribuintes. Se a bradicardia é persistente, observar se está a causar sinais de baixa perfusão:

- Hipotensão;

- Alteração do nível de consciência;
- Sinais de choque (congestão pulmonar, tonturas, baixa perfusão periférica, pele fria, sudorese);
- Sintomas de isquemia miocárdica (precordialgia);
- Insuficiência cardíaca aguda (dispneia, congestão fraqueza, fadiga).

Poderá não haver outra razão para os sintomas do paciente, além da bradicardia. Deve então ser verificada a adequação da perfusão periférica. O paciente deve ser monitorizado e observado. Porém, em caso de evidência de hipoperfusão, as seguintes condutas devem ser tomadas: Estimulação por *pacemaker* transcutâneo (não atrasar a estimulação) e iniciar com a administração de atropina 0,5 mg EV, podendo ser repetida a cada 3 a 5 minutos até 3 mg ou seis doses. Se a atropina e/ou a estimulação for ineficaz, adrenalina (2 a 10 µg / min) ou dopamina (2 a 20 µg / kg por minuto) podem ser consideradas (ACLS, 2017).

Já em relação às taquicardias, estas podem ser agrupadas segundo a sua etiologia, sendo distinguidas quanto à localização da sua origem. Por este motivo, estas podem ser denominadas de taquicardias supraventriculares (TSV) ou taquicardias ventriculares (TV). Segundo Scuotto et al (2018), o eletrocardiograma é a principal ferramenta diagnóstica, classificando as taquicardias em QRS estreito (<120ms) e QRS largo (>120ms). Todas as taquicardias de QRS estreito são, por definição, supraventriculares, enquanto as de QRS largo podem ter origem supraventricular ou ventricular. A regularidade é ainda outro aspeto importante na definição das taquicardias, sendo esta definida como uma variação inferior a 10% entre os intervalos R-R.

As taquicardias de QRS estreito, ou seja, supraventriculares, são distúrbios do ritmo cardíaco que se caracterizam por apresentar uma frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto (bpm) e complexos QRS com duração inferior a 120ms. Elas originam-se em qualquer estrutura cardíaca situada acima da bifurcação do feixe de His, ativando os ventrículos pelo sistema de His-Purkinje (ESC, 2019). De entre as principais TSV com intervalo R-R regular são as taquicardias por reentrada nodal auriculoventricular, taquicardia por reentrada auriculoventricular na Síndrome de Wolff-Parkinson-White e a taquicardia auricular. O principal distúrbio do ritmo e condução cardíaco que evolui com irregularidade entre os intervalos R-R é a fibrilhação auricular. No entanto, o flutter auricular, a taquicardia auricular com condução auriculoventricular variável e a taquicardia auricular multifocal podem, igualmente, apresentar tais irregularidades (Scuotto et al, 2018).

As TSV sintomáticas são emergências médicas que requerem atenção imediata pelo risco de deterioração hemodinâmica relacionada com o quadro clínico. Os principais sintomas que os pacientes com TSV apresentam são palpitações, dor precordial, tonturas, fadiga e dispneia. Os sinais de baixo débito e síncope são raros neste grupo de distúrbios do ritmo e condução cardíaca. As taquidisritmias potencialmente causadoras de instabilidade hemodinâmica são aquelas nas quais a frequência cardíaca encontra-se superior a 150 bpm. No entanto, em pacientes que apresentam cardiopatia estrutural, especialmente naqueles com valvulopatia (estenose aórtica e mitral importantes) ou com disfunção ventricular importante ( $FE \leq 35\%$ ), frequências cardíacas mais baixas podem ser mal toleradas e evoluir com sinais de instabilidade (Scuotto et al, 2018). Seguindo as principais diretrizes, são destacados os seguintes marcadores de instabilidade hemodinâmica: hipotensão arterial, angina *pectoris*, choque cardiogénico, alteração aguda do estado mental e sinais de insuficiência cardíaca. Pacientes com taquicardias de QRS estreito e que apresentem qualquer um dos critérios acima, devem ser submetidos a cardioversão elétrica sincronizada em caráter de emergência (ACLS, 2017). Quando não existe instabilidade hemodinâmica, o tratamento das TSV passa por duas medidas principais: a realização de manobras vagais (massagem do seio carotídeo ou manobra de Valsava) e a cardioversão química, como tratamento medicamentoso. De realçar ainda que os pacientes que apresentem flutter e fibrilhação auricular, o tratamento deve incidir ainda na prevenção de eventos tromboembólicos, pois esta está associada a uma probabilidade maior de mortalidade por cardioembolia, com um aumento de cinco vezes maior de acidente vascular cerebral (Palmegiani & Lorga, 2015; ESC, 2020)

As taquicardias ventriculares (TV) são definidas como a sequência de três ou mais batimentos de origem ventricular, com frequência entre os 100 e 250 batimentos por minuto. Podem ainda ser classificadas de acordo com a sua apresentação eletrofisiológica, em sustentada e não sustentada, monomórfica ou polimórfica, paroxística ou incessante e endocárdica ou epicárdica (Darrieux & Scanavacca, 2018). Segundo a ESC (2019), as TV têm, por regra, QRS largos ( $>120\text{ms}$ ). Ainda assim, taquicardias ventriculares com origem num ponto septal alto, podem ativar precocemente o sistema de His, resultando numa taquicardia com QRS relativamente curtos (110-140ms). As taquicardias ventriculares são definidas clinicamente como sustentadas quando tem duração maior que 30 segundos, ou promovem instabilidade hemodinâmica e requerem interrupção imediata. A tempestade elétrica (TE) é definida como a ocorrência de três ou mais episódios separados de TV sustentada em um período de 24 horas, cada um necessitando de terapia para interrupção. As TV sustentadas são incessantes quando se mantêm sustentadas a despeito de intervenções

repetidas para sua interrupção. As TVs quase sempre estão associadas à presença de cardiopatia estrutural. Quando não há evidência de cardiopatia estrutural (cerca de 15% dos casos), um amplo espectro de possibilidades se abre, devendo-se avaliar a presença de alterações do intervalo QT, a história familiar, o uso de fármacos, bem como o aspeto morfológico da taquicardia, o que pode sugerir a origem destas. O reconhecimento destas taquicardias no Eletrocardiograma (ECG) é de fundamental importância na formulação das hipóteses diagnósticas e no planeamento terapêutico (Darrieux & Scanavacca, 2018).

Segundo as *guidelines* da *European Society of Cardiology* (2015), o tratamento de emergência para as taquicardias ventriculares em utentes com instabilidade hemodinâmica é a cardioversão elétrica. Se esta não puder ser realizada, a cardioversão química deverá ser tentada, sendo a amiodarona administrada por via endovenosa a droga de eleição. O diagnóstico eletrocardiográfico e etiológico é fundamental para a decisão das estratégias de tratamento emergenciais e de longo prazo, que incluem desde o tratamento clínico (amiodarona, betabloqueadores, sedação, controle de eletrólitos, correção de fatores precipitantes, etc.) até intervenções específicas, como programação de dispositivos eletrónicos (cardiodesfibriladores implantáveis ou cardioressincronizadores), intervenções eletrofisiológicas (ablação endocárdica e/ou epicárdica) e intervenções específicas de bloqueio simpático (denervação renal, simpatectomia).

No que diz respeito à doença isquémica cardíaca, o desenvolvimento de distúrbios do ritmo e condução cardíaca têm um papel preponderante no *outcome* dos utentes no sentido que, a paragem cardíaca súbita é causada principalmente por distúrbios no ritmo cardíaco ventriculares fatais, sendo esta uma das principais complicações em situações de isquémia cardíaca como, por exemplo, o enfarte agudo do miocárdio. De entre os mecanismos mais implicados no surgimento destes distúrbios são a rotura de placa esclerótica e a oclusão de uma artéria coronária, com fibrilhação ventricular associada em 60% dos casos. O segundo mecanismo de paragem cardíaca em utentes com síndrome coronário agudo incide no aparecimento de taquicardias ventriculares sustentadas, resultantes do distúrbio de condução elétrica na zona de isquémia, levando a bloqueios unidireccionais e áreas de condução lenta (Santos Medina et al, 2020). Por este motivo não se pode também dissociar as doenças cardíacas isquémicas dos distúrbios do ritmo e condução cardíaco, tanto como causa como consequência das mesmas. O tratamento de eleição para estas situações, segundo Rodrigues et al. (2021), passa pela realização de angioplastia coronária ou intervenção coronária percutânea, definido como o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias. Realizada através de cateter balão, com o objetivo de aumentar o fluxo de sangue para o

coração. Após a desobstrução da artéria coronária, através de angioplastia com balão, procede-se ao implante de uma prótese endovascular conhecida como “stent”. Para além do risco de arritmia associado ao enfarte agudo do miocárdio, o desenvolvimento de arritmias é ainda um dos riscos conhecidos deste procedimento, sendo que o procedimento diagnóstico e terapêutico para os casos de isquémia coronária, não pode ser dissociado da intervenção de enfermagem na área dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca.

Esta problemática tem uma relevância para a enfermagem, pois os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento deste tipo de disfunções cardíacas. Segundo Jesus et al. (2021), ECG é um dos métodos mais seguros para avaliar a funcionalidade do coração, permitindo identificar doenças cardiovasculares, alterações do fluxo coronário, como também anormalidade do ritmo e da condução cardíaca. Por este motivo, torna-se indispensável que o enfermeiro possua conhecimentos, teóricos e práticos para a sua interpretação, no sentido de proporcionar uma assistência de qualidade imediata, através da identificação precoce de problemas do sistema cardiovascular e prevenção de complicações associadas. O enfermeiro é o profissional responsável pelo planeamento e execução do cuidado contínuo e integral ao paciente, implicando em uma assistência de enfermagem com qualidade. Para isso faz-se também necessário que o enfermeiro tenha conhecimento nas realizações das técnicas do ECG, bem como capacidade de identificar previamente, com menor espaço de tempo possível, alterações cardiológicas que podem causar danos à saúde do paciente e, conseqüentemente, diminuir várias complicações decorrentes de disritmias, anginas, insuficiência cardíaca, além de distúrbios metabólicos e inflamatórios do coração. Já em relação ao tratamento, a OE (2022) remete para quatro grupos fundamentais de intervenção, tendo os enfermeiros um papel a desempenhar em cada um. Estes passam por:

- Estilo de vida saudável;
- Terapêutica farmacológica;
- Ablação por radiofrequência;
- Colocação de Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis (DECI);

Através destas medidas, podemos observar que o enfermeiro tem um leque vasto de intervenções no que diz respeito ao doente com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, com um papel tão importante tanto a nível preventivo, como diagnóstico e terapêutico. Torna-se assim importante desenvolver competências nesta área, aprofundando conhecimentos acerca dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca.

A nível estatístico, esta problemática acaba por ter um relevo importante para os profissionais de saúde, pelo que, segundo a DGS (2017), a OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. A Região Autónoma da Madeira segue esta tendência, sendo as doenças cardiovasculares (incluindo distúrbios do ritmo e condução cardíaca) uma grande causa de mortalidade e morbilidade. Segundo dados fornecidos pela Unidade de Hemodinâmica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, em 2021, 264 pessoas realizaram uma implantação de DECI sendo que destes, 182 foram primeiras implantações (137 pacemakers, 22 CDI, 23 CRT-D). Isto faz com que exista um número significativo de utentes com distúrbios do ritmo e condução cardíaca que recorram ao serviço de urgência, tanto com patologia de novo, como por agravamento. Isto leva a que, como enfermeiro a desempenhar funções em urgência, necessite de desenvolver e aprofundar um conjunto de competências nesta área, no que diz respeito à intervenção especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

**CAPÍTULO II- DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA**

Segundo Dias, M. (2006), a noção de competência tem vindo progressivamente substituir a de qualificação. Assim, o termo competência, apesar da sua natureza subjetiva, dificuldades na sua avaliação e diversidade de significados, insere-se numa matriz conceptual abrangente, com frequência utilizado para designar competência profissional, conhecimentos, aptidões, capacidades, atitudes, ou como equivalente a saber-fazer e tarefa. A imprecisão do termo e do seu quadro conceptual derivam, precisamente, da sua utilização em diferentes contextos, diferentes áreas sociais e profissionais, adquirindo em cada uma delas, uma terminologia muito própria do discurso interno específico em cada uma dessas áreas.

A questão da definição de competência tem sido analisada de diferentes ângulos, a partir de objetivos diversos e bom base quadros de referência distintos. No entanto, diversos autores convergem para a noção de que a competência é um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência proveniente da ação adquirida ao longo do tempo, de forma empírica, não sistematizada, e que se manifesta em situações concretas de trabalho. Para Le Boterf (1994), competência foi definida como uma construção que resulta da combinação pertinente entre diversos recursos. Implicam um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se articulam com o saber-fazer. Desta forma, a competência engloba:

- Saber mobilizar - em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação (mas não necessariamente). Ser competente significa saber aplicá-las quando necessário e em circunstâncias apropriadas;
- Saber integrar - existe uma multiplicidade de conhecimentos e de saber-fazer. Para se ser competente é preciso saber organizar, seleccionar e integrar o que pode ser útil para se executar uma atividade profissional, resolver uma disfunção ou levar um projeto a bom termo;
- Saber transferir - toda a competência digna desse nome é transferível ou adaptável, não se limitando à execução de uma tarefa única e repetitiva. Ser competente pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera.

Na sua perspetiva, o autor enfoca o facto de que competência se refere sempre à pessoa, pois não existem competências sem indivíduos. Estas são determinadas como construções únicas e singulares embora indissociáveis da socialização.

Assim, Le Boterf considera quatro tipos de saberes gerais para a compreensão das competências dos profissionais:

- Saber ser: capacidade de adaptação ao trabalho, organização pessoal, autonomia, responsabilidade e sensibilidade em relação à sua prática;
- Saber estar: capacidade de relação, comunicação, trabalho em equipa, cooperação, respeito pelas normas, valores próprios e dos outros;
- Saber fazer: conjunto de capacidades que permitem a resolução de situações, senso de organização de tarefas, de utilização dos instrumentos de trabalho, documentação e rapidez de atuação aliada à eficácia;
- Saber saber: o saber do conhecimento, o aprender a conhecer os métodos de aquisição de conhecimentos; conjugação dos vários tipos de conhecimento (conhecimentos gerais, científicos e técnicos).

Já Benner (2001), defende que a complexidade e responsabilidade inerentes aos cuidados de enfermagem atuais requerem um processo contínuo de desenvolvimento profissional, o que leva à necessidade de distinção entre um enfermeiro novato e perito. Esta adaptou o modelo de Dreyfus para a aquisição de competências à enfermagem, pois este tem em conta o desenvolvimento profissional englobando a experiência e a formação profissional. Este modelo, de aquisição e desenvolvimento de competências, contempla cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Esta passagem pelos níveis de competência reflete mudanças em três aspetos. Primariamente é a passagem da confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe da situação e, finalmente, é a passagem de mero observador a executante.

Em relação aos níveis de competência, quando aplicados ao desenvolvimento de competências em enfermagem, Benner (2001) defende que no estadio 1 (iniciado), este não possui experiência perante as situações com que é confrontado na prática, sendo as suas competências apenas aquelas que resultam do seu percurso como estudante. Isto faz com que a sua atuação se centre no cumprimento de normas e regras, não estabelecendo prioridades nem individualizando a sua intervenção.

No estadio dois (iniciado avançado), o enfermeiro já possui uma intervenção aceitável, uma vez que já foi confrontado com diversas situações reais, das quais é capaz de identificar fatores significativos que se repetem. Estes aspetos são considerados, no modelo de Dreyfus, como características globais que requerem experiência anterior em situações reais para o seu reconhecimento.

O enfermeiro competente (estadio três) é tipificado como aquele que desenvolve funções por uma duração de pelo menos dois a três anos, desenvolvendo uma intervenção de acordo com objetivos que pretende atingir a médio e longo prazo. Este profissional realiza um planeamento das suas intervenções, fazendo uma análise consciente e reflexiva das situações, determinando algumas prioridades. Contudo, a flexibilidade e velocidade de tomada de decisão e ação ainda requerem um maior desenvolvimento.

No estadio quatro, o enfermeiro proficiente tem uma visão global das situações e não apenas fragmentada. Este possui a capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais são os acontecimentos típicos a acontecer em determinada situação. Esta compreensão desenvolve o processo de tomada de decisão, antecipando focos de instabilidade previsíveis de acontecer. Contudo, perante uma situação fora do comum e complexa, este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos.

O último estadio (perito), é descrito como o enfermeiro que possui uma vasta experiência, compreendendo intuitivamente cada situação de uma forma global. Este não se rege por protocolos, regras, máximas ou diretrizes mas sim focaliza-se na individualidade de cada situação e no aspeto predominante do problema. É um profissional com flexibilidade e adaptabilidade elevada. O reconhecimento deste profissional não é difícil pela sua postura e forma de agir perante situações complexas.

Segundo Dias (2006) o termo competência traduz então a capacidade para concretizar de forma eficaz os saberes na realização de uma tarefa, como resultado da experiência profissional, observada a partir da análise de funções e validada pelo desempenho profissional. Desta forma a formação, incluindo a formação em enfermagem, deve estar sempre virada para a produção de saberes e competências. Como relatório integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é de pertinência realizar um enquadramento da profissão da enfermagem em Portugal.

O enquadramento legal da enfermagem em Portugal, remonta à década de 90, com a emanação do Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Segundo o mesmo, a enfermagem é definida como profissão, sendo requerido para a obtenção de título de enfermeiro o reconhecimento de “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (OE, 1996) e para o enfermeiro especialista, o título profissional que lhe reconhece competência para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, na sua área de especialidade.

Como podemos observar, a formação e o desenvolvimento profissional em enfermagem estão orientados para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Desta forma, a OE, como entidade reguladora da profissão, desenvolveu um conjunto de regulamentos que definem todo o conjunto de competências para os diversos títulos na profissão de enfermagem. Como relatório enquadrado no desenvolvimento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, são de realçar os regulamentos 140/2019 e 429/2018 que definem o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, respetivamente.

Através destes regulamentos, a OE (2019) define que a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos específicos das várias áreas de especialidade, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto de cuidados. Deste modo, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem um conjunto de aspetos transversais à enfermagem como a educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e a disseminação de investigação em enfermagem, relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem. Incidindo nestes aspetos, o regulamento agrupa então as competências a desenvolver em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O conjunto de competências encontra-se no quadro abaixo (quadro 2).

**Figura 2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua
	Garante um ambiente terapêutico e seguro
Competências do domínio da gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados
Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Quanto à Enfermagem Médico-Cirúrgica, a OE (2018) definiu um conjunto de competências específicas para esta área de especialização. Como área de especialização com uma vasta abrangência, bem como a necessidade para cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, este último regulamento distinguiu diferentes áreas de intervenção no sentido de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e do contexto de intervenção. Deste modo emergem quatro áreas dentro da Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo elas a área da enfermagem à pessoa em situação crítica, a área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, a área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória e a área da enfermagem à pessoa em situação crónica.

Como estudante incidindo o seu percurso de desenvolvimento profissional na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a OE (2018) refere que esta tem como alvo a pessoa em situação crítica. Esta é 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” (OE, 2018). Deste modo os cuidados de enfermagem prestados a este tipo de pessoa/famílias são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a recuperação total. Os cuidados de enfermagem à pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem então “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” (OE, 2018). Assim sendo, as competências específicas que este tipo de profissionais necessitam desenvolver e adquirir passam por: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A existência destes regulamentos traça, a nível nacional, o perfil profissional do enfermeiro especialista, definindo-o dentro da profissão segundo um perfil de competências. Este aspeto molda o processo formativo em enfermagem, tendo como objetivo final a aquisição e o desenvolvimento de competências bem estruturadas, sendo este o cerne de todo este relatório: o processo de aquisição de competências específicas, desenvolvendo as diversas áreas do saber, mobilizando, integrando e transferindo conhecimentos e experiências prévias em cada contexto de aprendizagem.

## **2.1. Contextos de desenvolvimento de competências**

Todo o desenvolvimento de competências envolve um processo de aprendizagem que associa o desenvolvimento de conhecimentos científicos, com a experiência prática em contextos de prática reais. Como tal, o plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, estipula a realização de três ensinamentos clínicos, tendo sido a escolha dos contextos de estágio uma parte importante no processo de desenvolvimento de competências. A OE (2018), através da sua definição de doente crítico e dos cuidados prestados ao mesmo, foi o principal guia na procura da realização de ensinamentos clínicos em contextos de prática que prestassem cuidados

a este tipo de doentes. Por este motivo, os ensinamentos clínicos foram realizados em contexto de Urgência, Cuidados Intensivos e o estágio de opção realizado entre unidades que prestam regularmente cuidados ao doente crítico com distúrbios do ritmo e condução cardíaca.

Desta forma, irei realizar uma breve caracterização dos contextos de prática onde tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos desenvolvidos ao longo do mestrado, no sentido da aquisição e desenvolvimento de novas competências especializadas em enfermagem.

### 2.1.1. Ensino Clínico I – Urgência: SU do HSM

O Ensino Clínico I: Urgência Polivalente é o primeiro ensino clínico integrado no V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Neste ensino clínico pretende-se desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família em contexto de urgência/emergência, sendo desenvolvido então em serviços de urgência polivalente.

Durante o ensino clínico é previsto que o aluno seja capaz de realizar o planeamento, execução/implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de serviço de urgência; o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade em contexto de serviço de urgência e a reflexão e análise crítica do desempenho clínico.

O presente ensino clínico foi então desenvolvido nos meses de novembro e dezembro de 2021, no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Santa Maria, integrado no Centro Hospitalar Lisboa-Norte (CHLN). O CHLN surgiu ao abrigo do Decreto-lei nº 23/2008, resultando então na fusão do Hospital Santa Maria (HSM) e do Hospital Pulido Valente, numa única Entidade Pública Empresarial, como parte integrante do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Através da definição da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de Responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de Rede de Urgência, o Serviço de Urgência (SU) do HSM é, quanto aos níveis de responsabilidade e localização, um Serviço de Urgência Polivalente (Ministério da Saúde, 2014), sendo então um serviço com um nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, garantindo uma resposta adequada de todas as valências médicas em contexto de urgência/emergência. A sua área de influência direta dá resposta a 310.000 utentes,

traduzindo-se numa média de 500 utentes admitidos por dia em todas as suas valências médicas e cirúrgicas.

O Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Santa Maria possui um circuito de doentes que segue as prioridades do Protocolo de Manchester. A nível físico, o serviço está organizado de modo que os utentes sejam agrupados pelas cores existentes na triagem de Manchester, existindo assim uma zona para utentes de pulseira azul e verde (desativada por motivos de contingência COVID), uma zona de amarelos, uma zona de laranjas e duas salas de reanimação onde são encaminhados diretamente os utentes que necessitam de cuidado emergente (pulseira vermelha). As salas de reanimação têm a capacidade para três doentes emergentes, sendo as unidades preparadas para meios de monitorização invasiva, ventilação invasiva e suporte avançado de vida. As restantes áreas (laranja, amarelo, verde/azul), de uma forma geral, englobam uma sala de espera, os gabinetes médicos e a sala de tratamento de enfermagem. Para além destes espaços o serviço ainda contempla uma Sala de Observação (SO) onde ficam os utentes que necessitam de monitorização contínua devido à sua situação clínica, bem como utentes que ficam a aguardar vaga nos serviços de internamento, o serviço contempla um gabinete cirúrgico, com uma sala de pequena cirurgia bem como uma área ortopédica com duas salas.

A nível do circuito do utente, à chegada, o utente aguarda pela triagem na sala de espera e, após a mesma, é encaminhado para a sala de espera da zona coincidente com a cor da triagem de Manchester. Nesse local é observado pelo médico num dos gabinetes médicos. Regra geral, existem três gabinetes médicos em cada zona, dois reservados para a medicina interna, outro reservado para as restantes especialidades médicas que necessitem de observar os doentes. Este facto permite ao utente permanecer grande parte do tempo no serviço na mesma zona. Após a avaliação médica o utente é encaminhado para a sala de tratamento onde é realizada a intervenção por parte da enfermagem. Após esta primeira intervenção o utente é encaminhado a realizar os meios complementares de diagnóstico. De realçar que o serviço de urgência possui sala de raio-x, eletrocardiografia, de colheita de análises e de colheita de zaragatoa Sars-Cov 2. Após este circuito o utente regressa à zona inicial, onde aguarda reavaliação clínica, para posterior alta clínica ou internamento.

De uma forma global, o circuito e encaminhamento dos utentes é simples e intuitivo, seguindo as cores do protocolo de triagem. Contudo, o espaço físico por vezes se torna insuficiente para a afluência de utentes existente, sendo que a sobrelotação foi um dos principais problemas verificados no serviço.

A nível da triagem, o protocolo instituído é o protocolo de triagem de Manchester, sendo este o protocolo standard aplicado nos serviços de urgência. A nível de protocolos terapêuticos, são instituídas as diversas vias verdes legisladas no país: as vias verdes AVC (Acidente Vascular Cerebral), Coronária, Sepsis e Trauma. A aplicação destas vias verdes no serviço segue as orientações da Direção-Geral de Saúde para a sua aplicação, estando expostas em poster nas salas de reaminação, onde são admitidas todas as vias verdes. Para além destas, o único protocolo implementado no serviço diz respeito ao controlo da glicémia capilar dos utentes, existindo um protocolo de administração de insulina ou glucose hipertónica no sentido da resolução de hiper ou hipoglicémia. Os restantes cuidados são prestados tendo em conta as normas de boas práticas, sem existir qualquer documento ou protocolo específico para o serviço, bem como dependentes da prescrição médica.

Quanto à capacidade de resposta para situações multivítimas/catástrofe, à semelhança dos restantes protocolos, o serviço não tem qualquer documento disponível com a organização do serviço para fazer face a estas situações. Apesar de não existir um documento específico para isso, o serviço está preparado para responder a situações de catástrofe, com zonas específicas do serviço que ficam para receber utentes P1, P2 e P3, bem como uma sala equipada com kits de catástrofe.

A nível da organização da equipa de enfermagem, estes trabalham por posto de trabalho, sendo que a nível da gestão existe em cada turno um chefe de equipa, um coordenador que gere a equipa do SO e um coordenador que gere o covidário. Dentro da equipa de enfermagem, existem enfermeiros especialistas das diversas áreas (médico-cirúrgica, reabilitação, saúde comunitária), sendo que estes elementos acabam por ficar regularmente com tarefas de coordenação da equipa, devido às competências dos enfermeiros especialistas nas áreas de liderança e coordenação. Devido ao baixo rácio de enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica no serviço, os existentes têm um papel de extrema relevância em dois grandes campos: em primeiro lugar, a nível da gestão do serviço, sendo os especialistas os chefes de equipa e coordenadores; por outro lado, asseguram a prestação de cuidados ao doente crítico, havendo sempre a tentativa de existir um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica alocado às salas de reanimação ou à zona laranja.

### 2.1.2. Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalentes: UCIP do HNM

Este ensino clínico, apesar de a nível temporal ter sido realizado de uma forma contínua, está inserido em duas Unidades Curriculares do mestrado, o “Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente” e o Módulo 1 – ECIII – Cuidados Intensivos Polivalente”. Tendo em conta que ambos os EC (Ensino Clínico) envolvem uma prática em contexto de cuidados intensivos, esta prática foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital Dr. Nélio Mendonça, sendo esta integrante do Serviço de Medicina Intensiva. Esta prática desenvolveu-se entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022, perfazendo um total de 154 horas de contacto em contexto de prática clínica. A Unidade Curricular (UC) “Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalentes” pressupõe um total de 149 horas, sendo que destas 98 horas estão programadas para tempo de contacto (88 horas de prática clínica e 10 horas de orientação tutorial) e 51 horas como trabalho autónomo do aluno. Já o “Módulo 1 – ECIII – Cuidados Intensivos Polivalente” define um total de 108 horas totais, sendo destas 71 horas de tempo de contacto (66 horas de prática clínica e 5 horas de orientação tutorial) e ainda 37 horas de trabalho autónomo do aluno.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélio Mendonça, o único na Região Autónoma da Madeira, é o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais. Como único na região, este serviço dá resposta a toda a população da RAM. A unidade principal localiza-se no Andar Técnico do Hospital Dr. Nélio Mendonça e é composta por dois setores distintos: uma zona de apoio (gabinetes, copa, armazéns, vestiários, etc) e uma zona técnica. Esta última é essencialmente constituída por uma sala aberta com 7 camas e uma outra de isolamento comportando 1 cama. Ainda possui uma outra unidade anexa ao Serviço de Urgência que é utilizada quando a lotação da unidade anteriormente referida é ultrapassada, com uma lotação de 7 camas. De realçar ainda, devido à pandemia COVID, a criação de uma unidade com capacidade para prestar cuidados ao doente crítico com infeção por SARS COV 2, com necessidades de isolamento e proteção específicas, tendo esta também uma lotação de 8 camas. Todas as unidades dos doentes estão equipadas com tecnologia sofisticada (Recomendações da *European Society of Intensive Care Medicine*) o que permite vigiar e tratar o doente de acordo com as suas necessidades.

Este serviço tem como missão melhorar o bem-estar e saúde dos utentes em estado crítico através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, da

promoção de investigação básica e clínica e de contribuir para a formação de médicos e enfermeiros, na área do “intensivismo”. Como tal, este visa ser reconhecido interna e externamente como um serviço de referência através da modernidade da estrutura física e organizacional, do reforço da competência das suas equipas de profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos. O Serviço de Medicina Intensiva tem como valores que norteiam as suas atividades:

- Desempenho norteado pela competência técnico-científica;
- Compromisso com a melhoria contínua;
- Transparência e responsabilidade;
- Integridade, honestidade, verdade e diálogo;
- Justiça e respeito pela diversidade e direitos humanos a todos os níveis;
- Respeito pela confidencialidade e privacidade;
- Orientação para os resultados.

Como um serviço com uma especificidade enorme, este é um serviço com diversas normas e procedimentos protocolados, no sentido de garantir uma melhor qualidade dos cuidados prestados, sendo os mesmos revistos sistematicamente. A necessidade de proceder à revisão das normas e procedimentos em cuidados de enfermagem no SMI, decorre da imperatividade de permanentemente responder às solicitações exigidas pelos avanços técnico-científicos que caracterizam o exercício de enfermagem. As normas e procedimentos revistos pretendem responder a essas exigências. Estes protocolos permitem medir a qualidade dos cuidados e o desempenho profissional devido à existência de manuais que orientem as boas práticas de enfermagem. Estes protocolos assim promovem a melhoria da qualidade, a satisfação das necessidades dos utentes e o desenvolvimento do saber fazer, uniformizando procedimentos, orientando a atividade dos enfermeiros no Serviço de Medicina Intensiva. Estes protocolos são diversos e incluem procedimentos de administração de terapêuticas, monitorização de vários aspetos do utente e procedimentos de diversas técnicas de enfermagem e médicas.

Para além dos protocolos implementados, o serviço ainda possui diversos projetos que incluem a Qualidade e Risco Não Clínico, o Risco Clínico, Resultados de Enfermagem/CIPE, Dor e Ocorrências Adversas, o projeto do PPCIRA (Plano de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos) a Emergência Interna. Ainda destaco o projeto STOP Infecção Hospitalar, que incide nas infeções associadas aos cuidados de saúde (que é o âmbito do meu projeto individual), e que está inserido num projeto Europeu

suportado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Este projeto incide sobre as infeções dos locais cirúrgicos, do cateter venoso central, da pneumonia associada à intubação e a infeção do cateter urinário. Este é um serviço que apresenta condições favoráveis à prestação de cuidados seguros e de qualidade, tendo recursos físicos, materiais e humanos que permitem a vigilância e cuidados exigidos pelas necessidades apresentadas pelos utentes.

No serviço, o método de trabalho instituído é o método de enfermeiro responsável, sendo que o enfermeiro responsável pelo todo o processo de enfermagem é o que faz a admissão do utente no serviço. O serviço segue a dotação recomendada de um enfermeiro para um ou dois doentes, sendo que devido à necessidade de maior resposta ao maior número de utentes distribuídos pelas três unidades, o trabalho extraordinário acontece por rotina no serviço. Como método de enfermeiro responsável, os enfermeiros, em cada turno, ficam responsáveis pelo utente (ou utentes) que lhe é atribuído. Para além destes, existem enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, apenas responsáveis pela reabilitação física e respiratória dos utentes e um elemento delegado como chefe de equipa, que fica responsável pela organização e gestão da equipa de enfermagem.

A nível de organização da equipa, como o serviço está dividido em três unidades distintas, existe a preocupação de permanecer (quando existe rácio suficiente) pelo menos um enfermeiro especialista em EMC em cada uma das unidades. A nível da prestação de cuidados, não existe uma diferenciação notória de funções entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista em EMC. Contudo, no seio da equipa, os doentes que necessitam de um maior rigor e cuidado ficam a cargo dos enfermeiros especialistas, sendo estes uma referência para os colegas no cuidar do doente crítico. Para além disto, funções acrescidas de gestão e organização do serviço, costumam ser atribuídas aos enfermeiros especialistas.

### 2.1.3. Ensino Clínico III – Opção Clínica: Unidade de Hemodinâmica, UTIC e UCICT do HNM

A Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários (UTIC) e Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-torácicos (UCICT) são, a nível hospitalar no Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), os principais serviços prestadores de cuidados ao doente com distúrbios do ritmo e condução cardíaco, com risco ou estabelecimento de falência orgânica. Por este motivo foram os locais selecionados para realizar o ensino clínico na unidade curricular Ensino Clínico III – Estágio com Relatório, contando com um total de 145 horas de contato em prática clínica, em cada

um dos campos de estágio, no período compreendido entre os meses de março e maio de 2022.

A Unidade de Hemodinâmica, está localizada no piso -1 do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este serviço pode ser dividido fisicamente por três áreas: uma área de receção, uma área de trabalho e a área de apoio. Na área de receção encontram-se os serviços administrativos bem como uma área de espera para os utentes submetidos a procedimentos eletivos. A área de trabalho é composta por: uma zona de admissão de doentes (onde é realizada a preparação dos mesmos para os procedimentos), duas salas preparadas para a realização de procedimentos, uma sala de comandos e ainda uma sala de recobro. Já a área de apoio é composta por duas arrecadações de material e terapêutica, gabinete de apoio, vestiários e copa.

Esta unidade dá resposta a toda a população da Região Autónoma da Madeira, com um horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, sendo prolongado o horário de funcionamento às segundas e quintas-feiras, até às 18h, dias em que são realizadas as implantações de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis, na parte da tarde. As restantes horas contam com uma equipa de prevenção, sendo chamadas quando ativadas as Vias Verdes Coronárias ou do AVC, para a realização de cateterismo cardíaco urgente ou trombectomia.

Fazendo parte integrante da Unidade de Cardiologia, a maior parte dos procedimentos realizados na unidade têm por base a área da cardiologia, sendo os cateterismos cardíacos o principal procedimento realizado na unidade. A implantação de dispositivos eletrónicos implantáveis são também dos procedimentos mais realizados no serviço sendo que, segundo dados estatísticos da unidade, em 2021, foram realizados 212 procedimentos, sendo destes, 137 primeiras implantações. Para além destes procedimentos, são realizados ainda estudos eletrofisiológicos, ablações, implantação de TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*). Para além de procedimentos da área da cardiologia, outras especialidades médicas utilizam a unidade de hemodinâmica para procedimentos. Como exemplos, a Terapia da Dor, a Hemato-oncologia e a Nefrologia utilizam a unidade para procedimentos com angiografias de acessos vasculares para diálise, colocação de Implantofix® e radiofrequência localizada em casos de dor crónica.

Esta unidade específica conta com uma equipa multidisciplinar, para além de uma equipa de enfermagem fixa com cinco elementos, composta por equipa médica, técnicos de radiologia, técnicos de cardiopneumologia e assistentes operacionais. Em relação à equipa de enfermagem, esta trabalha com uma metodologia de posto de trabalho, ficando um

elemento responsável pela admissão e preparação dos doentes, um elemento em cada uma das duas salas de procedimentos e um elemento responsável pelo recobro dos utentes. Desde fevereiro de 2022, o serviço conta com um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ficando sobre este elemento a gestão do serviço, em articulação com o enfermeiro chefe da Unidade de Cardiologia. Por este motivo, o enfermeiro especialista nesta unidade, para além da prestação de cuidados aos doentes, tem ainda o papel acrescido da gestão da unidade.

Dentro da equipa multidisciplinar, a equipa de enfermagem é responsável pela admissão, preparação e recobro dos utentes. Em relação ao tempo intra-procedimento, a prestação de cuidados de enfermagem recai sobre a preparação do material para o mesmo, bem como a vigilância hemodinâmica dos utentes, intervindo no sentido da sua manutenção.

No que refere à Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC) e à Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádicos (UCICT) do Hospital Dr. Nélio Mendonça, ambas as unidades partilham um espaço comum e fazem parte integrante do Serviço de Cardiologia e Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, situados na ala nascente do 3º piso. Estas unidades, como unidades de internamento, têm um funcionamento permanente. Em relação à equipa de enfermagem, ambas as unidades funcionam com elementos de uma equipa comum do Serviço de Cardiologia e Cirurgia Cardiorádica, sendo de forma preferencial destacado elementos com maior experiência ou Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a prestação de cuidados, por motivos destes apresentarem um maior leque de competências específicas nesta área. Esta equipa de enfermagem é composta por dois enfermeiros em cada unidade, em todos os turnos, tendo uma metodologia de trabalho de enfermeiro responsável, à semelhança da utilizada nos outros serviços de internamento do hospital. Estes elementos são então responsáveis pela implementação de todos os cuidados de enfermagem aos doentes das unidades, utilizando o modelo de Nancy Roper, protocolado na instituição. Os elementos da equipa de enfermagem identificam, como principais problemas de enfermagem, os distúrbios do ritmo e da condução cardíaca, provocando alterações hemodinâmicas nos utentes, devido a alterações do débito cardíaco.

A nível físico, a UTIC conta com uma capacidade para 5 utentes, em quartos individuais. Já a UCICT tem uma capacidade para 3 utentes, com unidades preparadas com material necessário para cuidados intensivos, como monitorização hemodinâmica e ventilação mecânica invasiva. Ambas as unidades partilham a zona de trabalho de enfermagem. As restantes zonas de apoio são comuns a todo o serviço de cardiologia.

Estas unidades, à semelhança de todos os serviços do Hospital Dr. Nélio Mendonça, dão resposta a toda à população da Região Autónoma da Madeira (RAM), que necessitem de tratamento intensivo coronário ou cirurgia cardiotorácica.

## **2.2. Análise crítica do desenvolvimento de competências especializadas**

Este capítulo do presente relatório tem como objetivo fundamental traduzir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nos domínios técnico-científicos, humanos, éticos e relacionais. Através de uma análise crítica a todo este percurso, irei aliar toda a contextualização descrita anteriormente, articulando com a aplicação em contexto real dos conhecimentos teóricos desenvolvidos durante o mestrado, bem como das competências desenvolvidas através da experiência pessoal e profissional anterior. Segundo Oliveira (2010), as experiências só constituem aprendizagem quando refletidas e desconstruídas, pressupondo flexibilidade cognitiva para arquitetar possíveis cenários interpretativos. Este percurso irá ser regido pelas competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no ramo da enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

### **2.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

O Regulamento nº 140/2019, da OE, define o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, visando prover um enquadramento regulador para a certificação de competências, assegurando que este profissional possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas. Desta forma, a OE define as competências comuns como aquelas competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado nos âmbitos da formação, investigação e assessoria. Para tal, organiza as competências em quatro domínios:

- a) Responsabilidade profissional ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão de cuidados;

d) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Cada domínio engloba um conjunto de competências, sendo estas subdivididas em unidade de competência e critérios de avaliação, sendo estes últimos o conjunto de comportamentos entendidos como evidência do desempenho profissional competente. Esta parte do relatório objetiva então analisar crítico-reflexivamente o desenvolvimento destas competências comuns ao longo do mestrado.

*2.2.1.a. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

Em relação a este domínio, a OE (2019) apresenta duas competências comuns, incidindo no desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como garantir práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A saúde, englobando a prestação de cuidados de enfermagem, é uma área propensa a discussões éticas, legais e deontológicas, sendo os valores e princípios que devem orientar os cuidados de saúde uma das grandes temáticas quando se reflete acerca do enquadramento ético-legal da saúde. De forma a apresentar este enquadramento, o Código Deontológico do Enfermeiro pretende servir de base para o exercício da profissão, identificando os valores e princípios que regem a profissão (OE, 2009).

O desenvolvimento de uma prática profissional baseada nas dimensões ética, legal e deontológica já é algo que faz parte da minha prática diária. Contudo, como futuro enfermeiro especialista, a responsabilidade na garantia de uma prática profissional de excelência é acrescida.

A tomada de decisão em enfermagem, principalmente em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, é um processo complexo. A complexidade das situações de saúde e dos cuidados implementados, aliada ao facto da tomada de decisão ter de ser em contextos de incerteza, com informação escassa e ambígua, bem como em tempo útil, são fatores preponderantes na dificuldade em tomar decisões em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica (Jesus, 2004). O enfermeiro especialista deve então dotar-se de competências enquadradas em dimensões éticas, deontológicas e legais, que facilitem o processo de tomada de decisão.

Neste sentido, durante o ensino clínico no SU do HSM, procurei adotar uma postura assertiva para lidar com as diferentes situações, procurando também desenvolver o meu autoconhecimento, para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no

relacionamento com a pessoa, cliente ou equipa multidisciplinar. Neste sentido, procurei ter uma prática isenta de juízos de valor, com base no respeito pela multiculturalidade e espiritualidade de cada um, garantindo cuidados individualizados, com respeito pela privacidade e dignidade do utente. Esta garantia, no contexto de urgência/emergência por vezes é de extrema dificuldade, tendo por base o espaço físico, bem como o contexto onde são prestados os cuidados. Contudo, tentei sempre que possível garantir o máximo a privacidade e dignidade dos utentes.

A prática em contexto de urgência/emergência é sempre uma prática envolta de questões éticas e legais complexas, que faz com que os profissionais que lá trabalham, se deparem com situações complexas recorrentemente. Durante o ensino clínico no SU no HSM, um dos aspetos éticos e legais que mais me marcaram, por ser uma situação em que não tenho experiência em lidar, foi na manutenção do potencial dador de órgãos. Esta é uma situação que envolve aspetos legais da declaração da morte cerebral e da manutenção da homeostasia corporal de um potencial dador de órgãos. Sendo que demonstrar conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos é uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o facto de prestar cuidados a um potencial dador de órgãos, em colaboração com outro enfermeiro especialista, fez-me desenvolver esta competência, bem como diversas competências comuns aos enfermeiros especialistas, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal.

Durante o ensino clínico em contexto de cuidados intensivos polivalentes dei continuidade à implementação das habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos que são inerentes à prestação de cuidados de qualidade. Contudo, a prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos traz consigo um conjunto de aspetos éticos e legais específicos da área. Os cuidados intensivos, como cuidados de alta complexidade, que envolvem suporte vital dos diversos sistemas, mas também como unidade com recursos limitados, tem de ter uma gestão adequada e realista dos seus recursos. Esta gestão passa muito pelos critérios de admissão dos utentes, sendo a reversibilidade da situação crítica dos utentes um dos principais fatores a ter em conta. Porém, um *UCI Trial*, ou seja, permitir o internamento em cuidados intensivos durante 24/48h quando existe dúvidas da reversibilidade da situação pode ser tida em conta, dependendo da disponibilidade de recursos. Os cuidados intensivos, têm vindo a ter um papel cada vez mais central na dinâmica hospitalar, com um número cada vez maior de camas disponíveis.

Contudo, os recursos humanos não têm acompanhado este aumento, sendo cada vez mais difícil uma gestão eficiente dos mesmos.

Já na Unidade de Hemodinâmica, onde a maior carga de procedimentos é eletiva, valores como a dignidade e privacidade do doente, bem como a própria autonomia, na garantia de aspetos como o consentimento informado, são os que carecem de uma maior atenção. Já na UTIC/UCICT, como unidades de internamento que prestam cuidados de alta complexidade, que envolvem suporte vital dos diversos sistemas, mas também tendo as unidades recursos limitados, têm de ter uma gestão adequada e realista dos seus recursos. Outro aspeto a considerar, levando por vezes a dilemas éticos, que foi notória durante o EC, foi a escalada de medidas de suporte vital, em que é questionada a reversibilidade da situação e até que modo implementar medidas extremamente invasivas são benéficas para o utente.

Durante a prestação de cuidados em todos os contextos, procurei manter uma prática adequada, seguindo aqueles que são os princípios que regem a minha prática diária. Para tal, tentei manter sempre a segurança dos cuidados, prestando apenas cuidados dentro da minha competência, validando as dúvidas com os enfermeiros tutores quando surgiam. Desta maneira, assegurei que os cuidados prestados aos doentes eram validados e fundamentados, garantindo a sua segurança. Em relação à privacidade e dignidade dos utentes, as unidades estão preparadas para garantir as mesmas, existindo separação física entre os diversos utentes. Para além disto, os serviços possuem biombo que são utilizados aquando da realização de cuidados mais invasivos ou que requerem uma maior exposição dos utentes, quando a separação física entre utentes não é possível.

Por fim, a realização de uma prática reflexiva ao longo de todos os ensinamentos clínicos serviu de base para desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. Ao longo do estágio, tentei sempre manter uma postura profissional assertiva, dentro daqueles que eram as minhas competências e objetivos para os estágios, colaborando com a equipa dentro daquele que era o meu papel na equipa multidisciplinar.

#### *2.2.1.b. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Os cuidados de saúde são cuidados altamente dinâmicos, onde novas orientações e *guidelines*, são emanadas regularmente, baseadas na mais recente evidência científica. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde é então um dos aspetos de preocupação para qualquer entidade reguladora no âmbito da saúde. Por este motivo, a OE (2019) estipula que os enfermeiros reconhecidos como especialistas sejam capazes de

garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, desenvolver práticas de qualidade e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

O Ministério da Saúde, como principal coordenador do Sistema de Saúde Português, apresenta em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este plano, que apresenta o seu enquadramento no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Lei de Bases da Saúde, procura a implementação de medidas concernentes à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Para além disso, especificando a área de especialidade em reflexão, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Ordem dos Enfermeiros, desenvolveu um documento onde apresenta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), nas diversas áreas de atuação. No que concerne à área da enfermagem à pessoa em situação crítica, os padrões de qualidade incidem em aspetos como a satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e no autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e ainda na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Fundamentado nestes pressupostos, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados foram pilares essenciais na prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos. Tentei, desta forma, garantir os padrões de qualidade durante a prática de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nos diversos contextos de prática, procurando sempre a prestação de cuidados altamente eficazes, em tempo útil e de forma holística, aliando os conhecimentos e evidência científica aos cuidados. A antecipação dos focos de instabilidade foi outro aspeto que demonstra a garantia dos padrões de qualidade, no sentido da prevenção de complicações, atuando precocemente, através de intervenções de enfermagem preventivas. Atuei segundo *guidelines* e protocolos terapêuticos e interventivos nos diversos contextos, desde situações de vias verdes e paragem cardiorrespiratória (PCR) em contexto de urgência/emergência, como a gestão de protocolos terapêuticos complexos. A intervenção a nível da dor, bem como o controlo da infeção serão evidenciadas numa fase posterior, aquando da reflexão crítica acerca do desenvolvimento das competências específicas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica.

Em relação à segurança dos doentes, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 incide em cinco pilares: a cultura de segurança; a liderança e

governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

A cultura e segurança, bem como o pilar correspondente à liderança e governança envolvem uma responsabilidade maior a nível estratégico, incluindo aspetos como projetos de melhoria contínua institucionais ou projetos de formação contínua. Em relação aos projetos de melhoria contínua a maioria dos projetos implementados nos diferentes contextos por onde realizei os ensinamentos clínicos não eram projetos específicos de cada serviço, mas sim projetos gerais implementados a nível institucional, tendo o controlo e prevenção da infeção e resistência aos antimicrobianos um peso significativo nos projetos implementados a nível da UCIP, Unidade de Hemodinâmica, UTIC e UCICT do HNM. Já no SU do HSM, em discussão com o enfermeiro tutor, verifiquei que não existem projetos formais de melhoria contínua delineados. Contudo, a preocupação pela atualização de protocolos de atuação e terapêuticos segundo a evidência científica mais recente era uma realidade.

Quanto à formação contínua, foi outro dos aspetos que pretendi conhecer nos contextos de estágio onde desenvolvi a minha prática clínica. No SU do HSM não existe um projeto ou programa de formação delineado para o serviço. Este é um facto que se assemelha ao serviço de urgência do HNM onde exerço a profissão e, na minha opinião, acaba por ser uma lacuna grave em serviços com imensa especificidade e complexidade de cuidados. Nas restantes unidades onde desenvolvi estágios existe a preocupação com a mesma. Na UCIP do HNM, existe um elemento (Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) responsável pela formação em serviço, realizando o mesmo as formações ou delegando em colegas peritos nas áreas onde é determinado pela equipa existir necessidade formativa. Quanto à Unidade de Hemodinâmica, apesar de não existir um programa formulado, existe preocupação da equipa multidisciplinar bem como a disponibilidade da instituição para dispensar elementos da equipa multidisciplinar para a frequência de congressos específicos da área. Durante o mês que prestei cuidados na unidade, por duas vezes elementos da equipa frequentaram congressos em Portugal Continental. Sendo a enfermeira tutora também a responsável pela gestão do serviço, em discussão com a mesma, esta revelou interesse em desenvolver e implementar um programa de formação na unidade, sendo um dos seus objetivos. O mesmo ainda não estaria desenvolvido nem implementado devido ao pouco tempo de função da mesma na unidade. Já na UTIC/UCICT, existe um programa de formação contínua desenvolvido anualmente. Existe um enfermeiro responsável por este programa/projeto, também ele enfermeiro especialista, que anualmente realiza um diagnóstico das necessidades formativas junto da equipa de enfermagem acerca das

necessidades de formação do serviço, após o que delega e gere a realização das formações ao longo do ano.

De uma forma geral, este foi um aspeto que me debrucei com maior foco no último estágio, tentando procurar levar algum conhecimento novo para os contextos onde desenvolvi os ensinamentos clínicos. Tendo por base um trabalho desenvolvido na UC de Investigação, onde através de uma revisão sistemática da literatura, analisei as principais medidas não farmacológicas para a prevenção da ansiedade em doentes submetidos a cateterismo cardíaco e, após perceber com a prática que apesar do que já é feito este ainda é um problema com uma incidência enorme na Unidade de Hemodinâmica, desenvolvi uma ação formativa acerca da prevenção da ansiedade dos utentes durante o período pré e intra-procedimento. Por contingência do serviço e do tempo disponível para a realização de todas as atividades planeadas para o EC, outra ação de formação não foi possível realizar, contudo, em discussão com a enfermeira tutora, disponibilizei-me para a realização da mesma no período após o EC, se fosse da pertinência e interesse da equipa.

Em relação à comunicação, esta é uma área fundamental para a prática de enfermagem, tanto com os clientes como no seio da equipa multidisciplinar. Para o Ministério da Saúde (2021), a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, mas apresenta particular destaque nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados. De realçar então os momentos de passagem de turno, transferências ou altas dos clientes, ou ainda na escrita dos registos de enfermagem.

A Norma 001/2017 da DGS tem foco na comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e recomenda que seja normalizada a técnica ISBAR. Esta mnemónica diz respeito então a uma técnica de comunicação e passagem de dados referentes aos cuidados de saúde em que o “I” passa pela identificação dos intervenientes na comunicação bem como do doente (identificação), o “S” retrata a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde (situação atual/causa), o “B” envolve a descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, bem como diretivas antecipadas de vontade (antecedentes/anamnese), o “A” foca-se na transmissão de informações sobre o estado do doente, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas (avaliação) e o “R” passa pela descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente (recomendações).

Desta forma, em todas as práticas clínicas objetivei desenvolver competências na área da comunicação, especificando como atividade a aplicação da técnica ISBAR. Isto permitiu desenvolver competências na utilização desta técnica, utilizando-a agora de forma regular na prática de cuidados. Para além da técnica ISBAR, assegurei ainda a continuidade dos cuidados através de uma preocupação na realização de registos de enfermagem com rigor, pertinência e concisos, tendo em conta a instabilidade inerente ao estado de saúde da pessoa em situação crítica.

A prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente é outro dos aspetos na garantia de cuidados de qualidade e na melhoria contínua dos cuidados. Durante os ensinamentos clínicos, não existiu qualquer incidente de segurança a notificar. Contudo, a prevenção dos incidentes de segurança é um aspeto importante a ter em conta durante a prática de cuidados sendo que, promover ambientes seguros de cuidados é um dever do profissional. Através disto, intervenções que promovessem por exemplo a prevenção de quedas, úlceras por pressão (UPP), erros na administração de medicação, identificação inequívoca de doentes e prevenção e controlo da infeção, foram sempre alvo de preocupação.

Em relação à prevenção de quedas e de úlceras por pressão (UPP), na UCIP, UTIC e UCICT do HNM, existe uma norma de aplicação das escalas de Braden e Morse para avaliação regular do risco de quedas e de UPP, tendo durante os ensinamentos clínicos feito esta avaliação bem como o desenvolvimento de planos de cuidados que prevenissem este tipo de incidentes. Já no SU do HSM, este foi um aspeto mais refletido durante os turnos em Sala de Observação (SO), onde os utentes acabam por ficar durante um período maior. A prática em situações de emergência faz com que esta avaliação não seja realizada de forma tão planeada, mas deve ainda ser alvo de atenção por parte do enfermeiro. Situações em que existe alteração do estado de consciência dos utentes, como confusão e agitação, devem ser implementadas medidas preventivas de incidentes como elevação das grades laterais das camas, contenção química ou física dos utentes e uma monitorização mais rigorosa.

Quanto às práticas e ambientes seguros, a DGS (2022) propõe como metas para a qualidade dos cuidados uma maior humanização na prestação de cuidados, a integração da melhor evidência científica, a definição clara de percursos de cuidados e ainda a máxima segurança na prestação de cuidados, que inclui a elaboração de procedimentos, protocolos, registos, etc. Os cuidados à pessoa em situação crítica são delineados como 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. Esta necessidade para intervir de forma eficiente e em tempo útil na manutenção de

funções vitais faz com que ter a capacidade para humanizar cuidados seja um desafio. Este desafio foi mais complexo aquando da prestação de cuidados em situações de urgência/emergência, onde a priorização de cuidados acaba por ser uma competência útil. O facto de exercer funções num serviço de urgência fez com que, aquando do ensino clínico no SU do HSM, já tivesse alguma competência no sentido de tentar humanizar ao máximo os cuidados prestados neste tipo de situações.

A integração de evidência científica foi outro dos aspetos que tentei ter por base na minha prática de cuidados durante os ensinamentos clínicos, no sentido de prestar cuidados fundamentados em evidência e não apenas por repetição ou imitação. A prática reflexiva em conjunto com os enfermeiros tutores, bem como a realização de diversas reflexões críticas em todos os campos de estágio, fez ainda com que fosse possível criar uma ponte entre aquilo que era a prática diária dos serviços e aquela que era a evidência científica, tentando colmatar lacunas ou práticas desatualizadas nos serviços. Para tal, também tentei sempre procurar aquelas que eram as necessidades de formação dos serviços, tendo resultado na realização de uma ação formativa no estágio de opção, à equipa de enfermagem da Unidade de Hemodinâmica do HNM, como referido anteriormente.

Quando à aplicação e gestão de protocolos, bem como a prevenção e controlo de infeção, como competências específicas da enfermagem médico-cirúrgica, irão ser desenvolvidas posteriormente, apesar de aspetos inseridos na promoção de ambientes de cuidados seguros.

### *2.2.1.c. Domínio da gestão dos cuidados*

A gestão dos cuidados de enfermagem é algo intrínseco à própria prestação de cuidados. Dito isto, a gestão de cuidados faz parte da atividade diária de qualquer enfermeiro. Sendo enfermeiro há seis anos, com experiência profissional em serviço de urgência há três, a gestão de cuidados tem sido uma competência naturalmente desenvolvida ao longo do tempo. Contudo, no percurso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, as competências comuns do enfermeiro especialista remetem-nos para um patamar mais amplo, numa gestão que otimiza as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, bem como uma postura de liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, sempre com o objetivo da garantia da qualidade dos cuidados, quer prestados pelo menos quer delegados (OE, 2019). Esta gestão tem ainda uma maior relevância em contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no sentido de que estes cuidados, segundo a OE (2018), 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 e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Ao possuir estas competências, é provido de lógica o facto de os enfermeiros especialistas, nos diversos campos de estágio, terem atribuídas funções de gestão e coordenação da equipa de enfermagem, quer como chefes de equipa, coordenadores de projetos e elos de ligação.

No SU do HSM aproveitando a oportunidade de o enfermeiro tutor também ser chefe de equipa, acompanhei-o ao longo de um turno no sentido de conhecer melhor a gestão do serviço à sua responsabilidade. Neste serviço, o chefe de equipa divide responsabilidades delegando um coordenador de SO e um coordenador para a área COVID. Para além disto, é responsável pela distribuição dos enfermeiros por setores, tendo em conta as competências e experiência de cada elemento da equipa, não obstante de poder existir mobilização de elementos durante o turno, devido à dinâmica e imprevisibilidade de situações de um serviço de urgência. Outras responsabilidades incluem as funções de chefe de serviço nos turnos em que o mesmo não está presente, a gestão de recursos materiais e medicação.

A grande parte do ensino clínico neste serviço foi realizada na sala de reanimação, nunca existindo uma rotina na gestão dos cuidados. A nível de preparação da sala, tive sempre a preocupação com a gestão dos recursos materiais, repondo os mesmos quando necessário, no sentido de garantir sempre a sua disponibilidade, bem como a operacionalidade dos diversos aparelhos existentes na sala como monitores e desfibrilhadores.

A nível da gestão dos cuidados de enfermagem prestados, o facto de exercer funções num serviço de urgência polivalente, fez com que fosse mais fácil a integração de conhecimentos para a admissão e abordagem dos doentes na sala de reanimação, uma vez que as normas e orientações instituídas no HSM são semelhantes às implementadas no HNM. Contudo a maior afluência de utentes para as salas de reanimação, fez com que desenvolvesse competências na priorização e gestão dos cuidados ao doente.

Durante os cuidados, a abordagem ABCDE foi aquela largamente utilizada para os cuidados ao doente crítico, tendo desenvolvido uma prática cada vez mais autónoma ao longo do tempo, tendo também tido oportunidade de desenvolver responsabilidades como líder da equipa de enfermagem na sala de reanimação, em situações de trauma e PCR.

Para além da admissão e estabilização dos utentes, de modo a garantir uma continuidade de cuidados, participei ainda na elaboração dos registos clínicos, acerca dos

cuidados prestados aos utentes. À semelhança do desenvolvido na prática profissional, utilizar a mesma metodologia ABCDE para elaborar os registos clínicos auxilia a promover a fiabilidade e a sequência lógica do raciocínio clínico, tanto para quem elabora o registo, como para quem posteriormente os lê. Por fim, de modo a promover uma continuidade de cuidados segura, colaborei nas passagens de turno, bem como nas transferências dos utentes.

Tive a oportunidade de prestar cuidados ainda em contexto de SO, tendo diversos doentes atribuídos. Desta forma, a gestão de cuidados teve por base a gravidade da situação de saúde de cada utente e daquela que foi a minha avaliação dos mesmos, priorizando os cuidados mais urgentes.

Como o enfermeiro tutor tinha funções de chefe de equipa, isto fez com que fosse acompanhado por diversos enfermeiros ao longo da prática clínica. Cada profissional gere os seus cuidados de maneira individual e, apesar de poder ter sido uma dificuldade sentida no que concerne à adaptação à equipa, sinto que foi uma mais-valia no sentido de ter tido a oportunidade de observar e discutir diversos pontos de vista e integrar na prática aquilo que cada um tem de melhor.

Na UCIP do HNM a responsabilidade de chefes de equipa também é delegada em enfermeiros especialistas, que têm responsabilidades idênticas às descritas anteriormente. A distribuição dos enfermeiros é realizada através da aplicação do sistema de classificação de doentes, o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), atribuindo os doentes conforme a carga de cuidados necessários segundo este sistema. O rácio preconizado para serviços de cuidados intensivos é, preferencialmente, de um enfermeiro para cada utente. Contudo, devido a contingências na equipa disponível, a atribuição de dois utentes com um menor valor no sistema de TISS-28 é habitual.

A nível da gestão dos recursos materiais, tive a oportunidade de colaborar na preparação das unidades e testagem dos equipamentos, garantindo sempre que as unidades se encontravam preparadas para a admissão de utentes bem como as unidades dos utentes se encontravam repostas e funcionais. Ainda participei na arrumação da área de trabalho, garantindo a disponibilidade dos recursos materiais quando necessários, sem protelar a prestação de cuidados.

Já a nível da gestão de cuidados de enfermagem, a implementação do processo de enfermagem foi fundamental. Utilizei a abordagem ABCDE na mesma para a avaliação do utente, sendo esta a preconizada para a avaliação do doente crítico, independentemente do contexto, mas a procura por focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem teve um foco mais reflexivo. Deste modo, elaborei ou atualizei o plano de cuidados dos utentes a quem

prestava cuidados, sempre que pertinente, de modo a garantir cuidados individualizados e holísticos, realizando registos de enfermagem e passagens de turno que garantissem a continuidade de cuidados.

Quanto à Unidade de Hemodinâmica, UTIC e UCICT, estas encontram-se sobre a gestão do enfermeiro chefe do Serviço de Cardiologia do HNM. A partir do presente ano, a Unidade de Hemodinâmica tem um enfermeiro responsável pela gestão da unidade, enquanto a nível mais operacional a UTIC e UCICT ficam à responsabilidade do enfermeiro que assume a função de chefe de equipa do Serviço de Cardiologia. De realçar que estas funções são sempre desenvolvidas por enfermeiros especialistas.

Durante o EC na Unidade de Hemodinâmica, como a enfermeira tutora era também a responsável pela unidade, tive a oportunidade de acompanhá-la também durante um turno colaborando nas suas funções de gestão da unidade. Esta é responsável pela distribuição da equipa pelos postos de trabalho, na garantia dos recursos materiais e terapêutica, bem como na manutenção dos materiais existentes na unidade. Já na UTIC e UCICT, os enfermeiros destacados para a unidade, acabam por ter responsabilidade na gestão da mesma, em articulação com o chefe de equipa.

Visando agora a gestão dos cuidados de enfermagem, a Unidade de Hemodinâmica acaba por ter uma organização mais semelhante àquela que utilizo na minha prática diária, responsável pelo posto de trabalho, quer admissão, recobro ou salas de procedimento. Isto significa que tive de gerir tanto a organização do posto de trabalho como dos cuidados prestados aos utentes. Já na UTIC e UCICT, como serviços de internamento, à semelhança do sucedido na UCIP, a aplicação formal do processo de enfermagem serviu de base para a gestão dos cuidados.

Outra área que o Regulamento 140/2019 contempla como competência do enfermeiro especialista, diz respeito à liderança. Tive então a oportunidade de desenvolver algumas competências nesta área através do acompanhamento dos enfermeiros tutores que desenvolviam funções de chefes de equipa, bem como desenvolvendo funções de liderança em situações de urgência/emergência, com a supervisão do enfermeiro tutor, sendo realizado um *debriefing* após as situações.

De um modo geral, tive a oportunidade de consolidar e desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, tendo uma visão mais ampla da gestão e liderança dentro do seio da equipa de enfermagem, como ferramentas fundamentais para a garantia da qualidade dos cuidados.

### *2.2.1.d. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

De acordo com o REPE, Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, o artigo 109º traduz que o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Assim, a garantia da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade exige um contínuo aperfeiçoamento profissional. Segundo Fonseca (2015), para o desenvolvimento de uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, é prioritário a atualização de conhecimentos, de modo a proporcionar cuidados personalizados.

Deste modo, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais incide no desenvolvimento de duas grandes competências: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e ainda a utilização de evidência científica como base para a praxis clínica especializada (OE,2019).

No sentido de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, em todos os campos de estágio tive uma postura assertiva enquanto estudante, reconhecendo aquelas que eram as minhas competências dentro da equipa de saúde. Em relação ao autoconhecimento, desenvolvi sempre uma prática reflexiva no dia-a-dia, aliando esta prática ao desenvolvimento de diversas reflexões críticas, seguindo o ciclo de Gibbs, em áreas que me suscitaram alguma relevância como, por exemplo, o papel do enfermeiro especialista nas salas de reanimação, comparativamente com colegas generalistas com maior experiência.

A realização dos relatórios de estágio foi outra das atividades que levaram a uma reflexão crítica acerca da minha prestação nos Ensinos Clínicos (EC), bem como no desenvolvimento de competências, levando a um maior autoconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais e de que forma poderiam ser melhorados. Estes relatórios foram então o resultado da reflexão crítico-reflexiva da implementação dos planos e projeto de autoformação desenvolvidos para os ensinos clínicos, analisando as atividades desenvolvidas durante os mesmos, o atingimento dos objetivos propostos para cada ensino clínico e o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Em relação à fundamentação da minha praxis clínica em evidência científica, de realçar que o meu percurso profissional como enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica de forma regular, já me proporcionara diversos conhecimentos teóricos, bem como a realização de formações dirigidas aos cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente, uma Pós-Graduação Avançada em Doente Crítico, com formação específica

em suporte avançado de vida adulto e pediátrico, via aérea difícil, trauma, situações de exceção e multivítimas, emergências médicas e transporte do doente crítico.

Esta formação e experiência anterior, todo o conhecimento desenvolvido ao longo das UC teóricas do mestrado, formaram então uma base de conhecimentos sólida, não obstante ter continuado a procura de novos saberes durante os estágios, que fundamentassem a minha atuação em cada contexto, atualizando e desenvolvendo competências e saberes, desenvolvendo uma prática sempre baseada em evidência científica e não por rotina ou repetição.

Durante o ensino clínico na UCIP do HNM foi ainda proposto a realização de um estudo de caso, retratando um processo de enfermagem fundamentado de uma pessoa em situação crítica, sendo este posteriormente apresentado e discutido com a docente responsável e turma. Esta tornou-se então uma oportunidade de aprendizagem, analisando crítica e reflexivamente a prestação de cuidados de uma situação real, fundamentada com evidência científica.

### 2.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

O cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica tem inerente uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos devido à sua complexidade. Ao enfermeiro a exercer funções em unidades com doentes críticos é-lhe exigida uma capacidade de adaptação e de resposta imediata e adequada às necessidades holísticas destes doentes. Surge assim a necessidade de conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, o que pressupõe a aquisição de competências específicas que vão ao encontro da pessoa e dos processos de saúde/ doença a que está exposta.

Segundo a OE (2007) o enfermeiro especialista é detentor de “um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Desta forma, sempre existiu a necessidade de regulamentar todo o perfil de competências para as especialidades em enfermagem. Para a OE (2018), no caso da EMC, considerando a vasta abrangência da mesma, houve a necessidade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, agrupando quatro áreas distintas: enfermagem à

pessoa em situação crítica, enfermagem à pessoa em situação paliativa, enfermagem à pessoa em situação perioperatória e enfermagem à pessoa em situação crónica.

O perfil de competências necessário para todas estas áreas está descrito no Regulamento 429/2018 da OE. Contudo, como estudante da área da enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, irei apenas incidir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nesta área.

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. A OE (2018) define esta 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.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma emergência ou situação de exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Desta forma, estão definidas três grandes competências para esta área. Estas são:

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

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

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

O presente subcapítulo tem, assim, como objetivo descrever o percurso de desenvolvimento destas competências específicas ao longo do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

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

Os cuidados à pessoa em situação crítica revestem-se de uma importância máxima e englobam uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as

complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018). Assim, de modo a desenvolver competência para prestar cuidados neste tipo de contexto, o enfermeiro especialista deverá mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade de situações de saúde e às respostas necessárias em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa. Esta vasta complexidade fez com que houvesse a necessidade de decompor a competência em diversas unidades de competência, de modo a existir uma compreensão mais eficaz daquilo que é esperado do EEEMC. Como tal, esta competência divide-se em unidades de competência, que incidem sobre áreas como: prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantia de administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gestão da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e por fim na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde/doença e/ou falência orgânica.

No **SU do HSM**, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em contexto de urgência/emergência foi um dos pilares que nortearam o ensino clínico. De modo a maximizar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a maior parte dos turnos realizados durante o estágio foram desenvolvidos nas salas de reanimação, onde são admitidos os doentes emergentes, bem como em SO, onde permanecem os doentes que necessitem de meios de monitorização contínua e rigorosa.

De modo a me preparar para dar uma resposta adequada nestas situações, fui realizando pesquisa bibliográfica e revisão de conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas, de modo a tentar seguir uma prática baseada na evidência.

Tive a oportunidade de participar nos cuidados de alta complexidade em diversas situações fisiopatológicas, desde a implementação das vias verdes, bem como situações de suporte avançado de vida e trauma. O facto de exercer funções num serviço de urgência polivalente, fez com que fosse mais fácil a integração de conhecimentos para a admissão e abordagem dos doentes na sala de reanimação, uma vez que as normas e orientações instituídas no Hospital Santa Maria são semelhantes às implementadas no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Contudo, alguns aspetos divergiam, sendo então necessário recorrer aos colegas no sentido de esclarecer as diferenças e os motivos que as causavam.

A aplicação das normas e dos conhecimentos desenvolvidas na prática foi então uma atividade desenvolvida ao longo de todo o estágio durante a prestação de cuidados ao doente. Pude colaborar com a equipa multidisciplinar na abordagem e acompanhamento ao doente crítico de diversas etiologias, desde a admissão, estabilização, transporte e internamento. A abordagem ABCDE é uma abordagem largamente utilizada para os cuidados ao doente crítico, sendo a metodologia abordada nas salas de reanimação. Esta abordagem permitiu uma avaliação sistematizada do doente, resolvendo problemas potencialmente fatais, antes de prosseguir com a avaliação dos restantes parâmetros. Foi esta a abordagem que foi sempre utilizada para a abordagem à vítima crítica nas salas de reanimação. Para além da admissão e estabilização dos utentes, participei ainda na elaboração dos registos clínicos, acerca dos cuidados prestados aos utentes. O facto de ter acompanhado diversos enfermeiros, levou a que cada um elaborasse os seus registos de forma diferente. Porém, à semelhança do que elaboro na prática profissional, utilizar a mesma metodologia ABCDE para elaborar os registos clínicos auxilia a promover a fiabilidade e a sequência lógica do raciocínio clínico, tanto para quem elabora o registo, como para quem posteriormente os lê.

Por fim, de modo a promover uma continuidade de cuidados segura, colaborei nas passagens de turno, bem como nas transferências dos utentes. A metodologia que utilizei para a passagem de dados clínicos dos doentes foi sempre a metodologia ISBAR, sendo esta uma forma simples de organizar a transmissão de dados sobre o utente, que auxilia o profissional a garantir uma continuidade de cuidados, através da passagem de dados fiáveis e credíveis. Esta metodologia foi utilizada tanto para as passagens de turno no serviço, como para os colegas de outros serviços, onde colaborei no transporte do doente crítico (ex: bloco operatório, unidade de hemodinâmica, sala de *pacing*, etc).

Particularizando a área dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca, delineei como objetivo prestar cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, em contexto de urgência/emergência. Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar diversas pessoas com disritmias presentes, participando nos cuidados às mesmas. Com o enfoque nas disritmias peri-paragem, estas dizem respeito a disritmias que levam a repercussões hemodinâmicas severas, provocando choque. De entre estas podemos distinguir as bradidisritmias e as taquidisritmias, sendo que durante o ensino clínico tive diversas oportunidades de prestar cuidados em ambas as situações.

A prestação de cuidados nestes casos, começa por uma monitorização contínua, com indicação, por vezes, para monitorização invasiva e um conjunto de protocolos terapêuticos no sentido de restabelecer o ritmo cardíaco normal. Em relação às bradidisritmias, prestei cuidados a diversos utentes com bradicardias extremas, sendo necessário recorrer a meios de suporte como

*pacings* provisório (transcutâneo ou transvenoso). A prestação de cuidados a utentes com *pacings* transvenoso provisório foi uma realidade nova para mim, tendo sido uma oportunidade de desenvolver competências nesta área. Como técnica desconhecida, necessitei de ir à procura de conhecimentos acerca daquelas que eram as *guidelines* para os cuidados ao doente com esse tipo de dispositivo. Quando às taquidisritmias graves, que provocam uma instabilidade hemodinâmica no utente, o procedimento recomendado passa por uma cardioversão sincronizada. Este é um procedimento que necessita de uma preparação prévia, pois existe um acompanhamento multidisciplinar, com um grande risco de existir paragem cardiorrespiratória após o choque. Durante o estágio participei também nos cuidados ao doente com taquidisritmia peri-paragem, nos procedimentos de cardioversão, bem como na restante estabilização e continuação de cuidados.

De modo a tentar prestar cuidados antecipatórios da instabilidade, procurei durante o estágio ter presente os conhecimentos acerca das situações fisiopatológicas mais frequentes no serviço, de modo a conhecer a progressão da doença, sinais e sintomas a estar atento, para prevenir o agravamento da mesma. Ao utilizar o processo de enfermagem como metodologia de trabalho, juntamente com a abordagem ABCDE, foi possível realizar sempre uma avaliação dos possíveis focos de intervenção em todas as situações. Contudo, este é um processo de desenvolvimento contínuo onde a experiência tem um grande contributo, no sentido que quantas mais situações semelhantes lidarmos, a antecipação dos focos de instabilidade torna-se mais intuitiva e eficaz. Para além da avaliação clínica inerente ao processo de enfermagem, o profissional complementa a sua avaliação com os dados da monitorização hemodinâmica do doente. O regulamento 429/2018 refere que, nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, a sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Como tal, preconiza-se uma monitorização contínua, dispondo muitas vezes de diversos meios invasivos de monitorização. As salas de reanimação possuem sempre um monitor capaz de monitorizar diversos parâmetros vitais invasivos e não invasivos. Com todos os meios de monitorização ao dispor, ao prestar cuidados em situação de urgência/emergência, procedi sempre na tentativa de reconhecer precocemente as alterações ao estado do utente, evitando complicações e focos de instabilidade. O principal desafio nestas situações é não descuidar a avaliação clínica do utente, apesar da avaliação hemodinâmica feita pelo monitor. Durante o ensino clínico tentei aliar ambos no sentido de potenciar a antecipação dos focos de instabilidade.

Para além dos focos de instabilidade decorrentes dos processos fisiopatológicos dos utentes, o próprio tratamento e a implementação de protocolos terapêuticos têm complicações inerentes. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica envolve a implementação de diversos protocolos terapêuticos de suporte à falência orgânica, que o enfermeiro especialista

em enfermagem médico-cirúrgica, para além de os implementar, tem de ser capaz de garantir a gestão eficaz de todos os protocolos bem como reconhecer precocemente e prevenir as complicações inerentes aos mesmos. Durante a prática clínica, ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência/emergência, tive a oportunidade de colaborar e participar na implementação de diversos protocolos terapêuticos, sendo por vezes complexa a gestão terapêutica dos doentes. Isto implica que tive de ir desenvolvendo a competência de conhecer os protocolos, de que maneira atuavam ou poderiam interagir entre si, bem como que repercussões poderiam ter para o doente, fornecendo bases para o reconhecimento das complicações.

Através da prestação de cuidados regulares à pessoa em situação crítica, fui capaz de desenvolver um conjunto de cuidados e colaborar na implementação de protocolos terapêuticos complexos que me auxiliaram na prevenção dos focos de instabilidade. Assim, considero que desenvolvi competências na identificação antecipada dos focos de instabilidade na prestação de cuidados complexos à pessoa em situação de urgência/emergência, sendo esta uma área relevante para a minha prática profissional, pois em contexto de urgência/emergência os focos de instabilidade são sempre diversos e complexos, mas o prognóstico do utente e a qualidade dos cuidados dependem muitas vezes da capacidade do enfermeiro conseguir antecipar e atuar adequadamente aos focos de instabilidade.

No que concerne à comunicação e ao estabelecimento de uma relação terapêutica, a facilitação da integração da família/cuidador, na relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica foi um dos focos que procurei dar atenção. Já da minha experiência profissional, as situações de doença súbita de um familiar são sempre um fator de stress para a família. Isto é agravado em casos da pessoa em situação crítica, onde a gravidade da situação e o possível mau prognóstico afetam de forma particular a família. Apesar de tudo, as contingências vividas devido à situação pandémica na altura, foram notoriamente um fator dificultador desta integração da família na relação terapêutica, pois não existe ainda a permissão para acompanhar os familiares dentro do serviço de urgência, salvo exceções em que o utente necessite desse acompanhamento. Desta maneira, durante o estágio, o principal contato com a família/cuidador foi realizada através da transmissão de informação ou recolha de informação da família, na sala de espera do serviço de urgência. Nestes momentos, tentei sempre integrar a família/cuidador nos cuidados prestados, bem como no estabelecimento de uma relação terapêutica da pessoa e família/cuidador, como um todo.

A nível da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, a família é o principal elo para a transmissão de informação do utente, bem como de estabelecimento de uma relação terapêutica. A integração da família/cuidador na relação terapêutica é assim um aspeto essencial

para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que muitas vezes não é capaz de comunicar nem tomar decisões de forma autónoma. Para além destas situações, foi sempre possível possibilitar uma visita da família na sala de reanimação, em situações de fim de vida ou prognóstico reservado. Tentei desta forma colaborar na garantia de privacidade para o momento, bem como o acompanhamento da família nestas situações difíceis. Estas são sempre situações que acabam por se refletir no profissional, a nível emocional, mas que tentei sempre ter uma postura adequada e profissional, garantindo o apoio necessário à família. Procurei desenvolver sempre uma postura de modo a garantir uma relação de ajuda com o doente e família, avaliando sempre o processo de relação e adaptando de forma adequada a relação consoante as respostas desenvolvidas pela pessoa/família. A gestão da relação terapêutica em contexto de urgência/emergência é sempre um aspeto complexo, pois a doença súbita e/ou acidente são sempre acontecimentos com grande repercussão a nível pessoal e familiar, potenciando a probabilidade de crise familiar.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica tem de envolver a família em todo o processo de relação terapêutica e, nesse sentido, foi sempre essa a minha perspetiva e desafio, no sentido de ir mais além do que aquela que já é a minha intervenção no dia-a-dia da prática, aprofundando competências nesta área. O estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa é já uma prática profissional rotineira, sendo que acaba por ser uma relação estabelecida sem grande sentido reflexivo. Ao longo da prática, tentei analisar também o modo como geria a relação terapêutica com o utente, no sentido de detetar aspetos passíveis de melhoria. Como principais dificuldades sentidas foram efetivamente desenvolver estratégias para incluir a família na relação terapêutica, tendo por vezes pouco contacto com a mesma devido a esta não acompanhar o utente, bem como o apoio nas situações de fim de vida.

A adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é outro dos aspetos desenvolvidos durante os ensinamentos clínicos. A pessoa em situação crítica apresenta-se muitas das vezes com alteração do estado de consciência, quer resultante do processo de doença em si, quer como resultado da implementação de protocolos de sedo-analgésia. Isto faz com que me tenha deparado com diversas situações em que a comunicação teve de ser adaptada ao estado de saúde. A desorientação e desconhecimento foram as principais alterações observadas nos utentes, principalmente nos casos de trauma, em que os utentes chegam sem saber onde estão e, na grande maioria das vezes, o que aconteceu. A tranquilização do utente, esclarecendo dúvidas, informando onde está, o que sucedeu, bem como todos os procedimentos realizados já no serviço, torna-se extremamente importante nessas situações pelo que, aliado a todo o processo de doença crítica, a ansiedade e inquietação sentida

pelo doente por não ter estas informações são notórias e, de certo modo, afetam a prestação de cuidados.

Outro aspeto importante a desenvolver a nível da comunicação é a comunicação de más notícias. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como profissional que contata regularmente com situações de doença crítica e situações de fim de vida, tem de desenvolver competências nesta área, pois é o profissional que muitas das vezes tem o contacto mais próximo com a família. Durante o ensino clínico I, tive diversas oportunidades de desenvolver competências nesta área, ao lidar com situações em que foi decidido, dentro da equipa multidisciplinar, de cessar medidas invasivas e apenas prestar cuidados de conforto, aos utentes em fase terminal de vida. O SU do HSM possui uma sala específica para a transmissão de más notícias. Aquando das decisões de não escalar medidas invasivas ou não reanimar, o médico assistente reúne com a família na sala, de modo a informar a família. O enfermeiro regra geral também está presente, esclarecendo as dúvidas da família e fornecendo o apoio necessário. Tive a oportunidade de participar nessas reuniões, sempre que oportuno, no sentido de desenvolver competências na transmissão de más notícias. Ao participar, observei que a metodologia SPIKES efetivamente era a mais utilizada. Estas são situações de grande vulnerabilidade para a família, onde a gestão da comunicação interpessoal é essencial. Importa mais a forma como transmitimos a informação, que a informação em si. Esta foi uma das áreas em que senti uma maior dificuldade em intervir, pois é sempre uma situação de grande complexidade a nível de competências na comunicação e relacional, existindo uma grande variedade de reações por parte da família.

As “barreiras à comunicação” é outro dos aspetos que o enfermeiro especialista tem de ter conhecimentos e competências, de modo a colmatá-las durante o estabelecimento da relação terapêutica. Estas barreiras, internas ou externas, têm de ser integradas na avaliação do enfermeiro, aquando da gestão da comunicação interpessoal, pois são fatores dificultadores da mesma. Durante o ensino clínico, tentei ter sempre a preocupação de estar atento a estas barreiras e intervir de modo a minimizá-las, quer fossem barreiras internas ou externas. Em relação às barreiras externas, as salas de reanimação até são locais que possibilitam uma comunicação eficaz, contudo por vezes o ruído e o número elevado de pessoas na sala tornam a comunicação mais difícil. De modo geral, o ambiente até possibilita uma comunicação eficiente com o utente. Quanto às barreiras internas, a principal barreira a uma comunicação eficaz, como dito anteriormente, diz respeito às alterações do estado de consciência provocadas pelo processo de doença crítica e/ou sedo-analgésia. Nestas situações, tentei sempre adaptar a comunicação de modo a garantir que o utente recebia a mensagem de forma adequada, garantido o estabelecimento de uma relação terapêutica coesa, promovendo uma prestação de cuidados

seguros. A prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência/emergência, tem assim na comunicação, como em qualquer âmbito da enfermagem, uma ferramenta essencial ao desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa, família e/ou cuidador.

A dor, como sinal vital, bem como unidade de competência definida para o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, terá de ser sempre um aspeto relevante na avaliação do enfermeiro em todas as situações. As situações de doença súbita e/ou acidente, são sempre situações suscetíveis de provocar uma incidência elevada de dor nos utentes. Por este motivo, garantir a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, em contexto de urgência/emergência foi uma das áreas em que intervimos. Em primeiro lugar, procurei integrar os conhecimentos acerca do processo fisiopatológico da dor, de modo que, na prática, fosse capaz de identificar as principais manifestações e alterações fisiológicas associadas à dor. Nas situações de situação crítica e/ou falência orgânica, o reconhecimento destas manifestações e alterações fisiológicas da dor são ainda mais importantes devido à incapacidade, muitas das vezes, dos utentes conseguirem comunicar ou descrever eficazmente a dor. Por este motivo, identificar as alterações fisiológicas da dor foi por vezes a única maneira de reconhecer que o utente possuía dor e intervir adequadamente.

Procurei ainda conhecer de que modo é que a gestão da dor era realizada nas salas de reanimação, procurando identificar e consultar se existia algum protocolo relacionado com a gestão da dor. Apesar de não existir qualquer norma institucional referente ao controlo da dor, nas salas de reanimação, encontrava-se afixado um guia, com orientações sobre a escalada da analgesia, segundo orientações do Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Assim, apesar da analgesia ser sempre ação interdependente, pois é dependente da prescrição médica, a avaliação da dor bem como a necessidade de analgesia é sempre um dos aspetos da avaliação de enfermagem, solicitando a prescrição quando necessário.

A monitorização da dor, em contexto de urgência/emergência, é sempre um aspeto complexo devido às diversas situações fisiopatológicas que lidamos, bem como a diversidade de respostas dos utentes às suas situações clínicas. Por este motivo, o enfermeiro tem de ser dotado de um conjunto de estratégias para a monitorização da dor, sendo este capaz de implementar o meio de monitorização mais adequado a cada utente. Durante o ensino clínico, tive de adaptar o método de avaliação da dor para cada utente, dependendo maioritariamente das suas capacidades para comunicar eficazmente e descrever a dor. Nos utentes conscientes e orientados, uma simples escala numérica da dor foi o método mais utilizado para descrever quantitativamente a dor, sem nunca descartar outros aspetos da dor para além da quantidade, como a qualidade, os fatores de agravamento ou melhoria, etc. Nos casos de utentes com fraca capacidade de comunicação (quer

por alteração do estado de consciência e/ou alterações cognitivas), a avaliação das manifestações da dor e alterações fisiológicas associadas tornou-se muito relevante. Nestas situações tentei optar por tentar avaliar a dor com perguntas mais simples, com uma escala qualitativa para avaliar a dor. Em casos de incapacidade total do utente comunicar, a escala BPS (*Behavioral Pain Scale*) foi a escala de eleição utilizada nas salas de reanimação, nos utentes inconscientes, submetidos a ventilação invasiva.

A avaliação da dor, implica que esta seja alvo de atenção do enfermeiro. Isto significa que o enfermeiro, para além de avaliar a dor, tem de planear e implementar intervenções que resultem na redução ou extinção da dor. Para tal, medidas tanto farmacológicas como não farmacológicas podem ser implementadas nos casos de dor. Como dito anteriormente, a gestão e controlo da dor é muitas das vezes um aspeto multidisciplinar e interdependente, pois as medidas farmacológicas necessitam de prescrição médica. Cabe então ao enfermeiro especialista, gerir a implementação terapêutica, de modo a garantir a sua adequação, eficácia e eficiência. O facto de a analgesia ser prescrita pelo médico, não reduz a responsabilidade do enfermeiro na sua implementação. Durante o ensino clínico, tentei sempre ter uma postura reflexiva e crítica acerca da gestão terapêutica da dor, colaborando com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, garantindo assim a qualidade e segurança da implementação da mesma. Em contexto de urgência/emergência, intervenções não farmacológicas para controlo da dor são por vezes de difícil implementação, devido à resposta atempada que os profissionais têm de ter numa grande variedade de alterações fisiopatológicas. Contudo, durante o ensino clínico, tentei implementar algumas medidas não farmacológicas para o controlo da dor. Em casos de trauma, a imobilização e mobilização adequada do utente é um aspeto não farmacológico muito importante. Como tal, tentei sempre manter os princípios orientadores para a imobilização e mobilização de utentes politraumatizados, na tentativa de reduzir a dor existente e não provocar mais dor. Outros aspetos como promover o conforto, o toque terapêutico, são importantes também para o controlo da dor, bem como no estabelecimento de uma relação terapêutica eficiente.

A intervenção em contexto de urgência/emergência é dependente de meios de monitorização e terapêutica complexos. Isto significa que o utente, para além da dor provocada pelo processo de doença súbita e/ou acidente, é submetido a procedimentos invasivos que provocam dor. Esta dor associada aos procedimentos tem de ser alvo da atenção do enfermeiro, colaborando na implementação de intervenções que a minimize. Este é um dos aspetos relacionados com a dor mais esquecidos pelos profissionais de saúde, no seu dia-a-dia, sendo ainda mais notório em situações emergentes, onde o risco de vida é grande e a atenção passa toda por realizar o procedimento o mais atempadamente e eficiente possível, descorando a dor e

desconforto provocado no utente. Assim, durante o ensino clínico, foi difícil prevenir a dor associada aos procedimentos. Nestas situações, medidas não farmacológicas como o esclarecimento acerca do procedimento e preparação do utente, a otimização do conforto e o toque terapêutico foram as intervenções mais utilizadas. Criticamente, algumas medidas farmacológicas poderiam ser mais utilizadas com o objetivo de prevenir a dor associada aos procedimentos, não sendo essa uma preocupação habitual da equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica envolve a necessidade de colaborar em situações de sedo-analgesia. Durante o ensino clínico, diversas foram as oportunidades de colaborar na gestão destas situações. No serviço de urgência do Hospital Santa Maria, os cuidados prestados ao doente crítico que necessite de ventilação mecânica são geridos pelo médico anestesista. Isto significa que, as situações de sedo-analgesia, são implementadas segundo a prescrição de um médico habituado a gerir situações de sedo-analgesia. Esta segurança fez com que também desenvolvesse competências na preparação e implementação terapêutica de sedo-analgesia, pois a equipa multidisciplinar foi sempre prestável para esclarecer dúvidas, ajudando a que todo o processo de sedo-analgesia fosse implementado de forma segura para o doente, prevenindo complicações da implementação destes protocolos.

Em suma, as diversas estratégias implementadas ao longo do ensino clínico fizeram com que desenvolvesse competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, demonstrando conhecimentos e habilidades da implementação e gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para a prevenção e controlo da dor, em contexto de urgência/emergência. Isto levou a que, durante o ensino clínico, fosse capaz de desenvolver competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que integra a gestão diferenciada da dor e bem-estar da pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, como uma unidade de competência do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Já na **UCIP do HNM**, de modo a desenvolver competência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de cuidados intensivos polivalentes, realizei pesquisa bibliográfica para a prestação de cuidados com base em evidência científica. Para fundamentar a prestação de cuidados, foram diversos os aspetos dos cuidados que reví das unidades curriculares teóricas do mestrado, bem como atuei sempre na procura de novo conhecimento, através de pesquisa em bases científicas. Ao longo do estágio e em reflexão dos cuidados com o enfermeiro tutor, foram diversos os aspetos que suscitaram interesse e necessidade de aprofundamento de conhecimentos, no esclarecimento de dúvidas e na procura de nova evidência científica. Nesta atividade, foi fulcral a dinâmica com o enfermeiro tutor que incentivou sempre um espírito crítico acerca dos cuidados e daquilo que, como

enfermeiro especialista, poderia aprofundar no sentido de fazer a diferença na prestação de cuidados.

Para além da evidência científica, outra pesquisa realizada foi incidente na consulta de normas e orientações de cuidados de enfermagem em cuidados intensivos. Realizei uma pesquisa de um modo crescente, começando por consultar as normas existentes dentro do próprio serviço e instituição, as normas nacionais existentes emanadas pela DGS e pela SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), bem como pesquisa de órgãos internacionais de relevância na área como, por exemplo, o SEMICYUC (*Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*).

Colaborar na admissão de utentes na unidade foi ainda uma das atividades planeadas para o ensino clínico. Contudo, não tive a oportunidade de realizá-la, pelo facto de não terem ocorrido admissões durante os turnos que realizei. De modo a colmatar esta situação, tive a preocupação de colaborar na preparação da unidade do utente após uma transferência, servindo assim para identificar e analisar os aspetos necessários garantir que estejam prontos para uma eventual admissão. Esta atividade foi então, de certa forma, mais enriquecedora que o processo de admissão em si, pois fez com que fosse necessário refletir acerca de tudo o que tem de estar preparado durante a admissão de utentes.

O cuidado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos, pressupõe a aplicação da metodologia de trabalho transversal a todas as áreas da enfermagem: o processo de enfermagem. Como tal, apliquei a metodologia do processo de enfermagem no desempenho profissional. Desta forma, tive cuidado em avaliar de forma sistemática o doente, observando focos de atenção de enfermagem que retratassem as necessidades dos utentes, atualizando os planos de cuidados dos mesmos concordantemente. Esta aplicação do processo de enfermagem é a base para todo o cuidado prestado no serviço, sendo impossível prestar cuidados sem o aplicar.

A colaboração nos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica foi outra das atividades desenvolvidas. Esta colaboração desenvolveu-se ao longo de todo o estágio, promovendo o desenvolvimento de competência no cuidar do doente crítico, em contexto de cuidados intensivos. Durante o estágio, colaborei e participei de uma forma cada vez mais autónoma nos cuidados aos doentes, procurando colaborar ainda com outros colegas em diversos cuidados técnicos, no sentido de procurar oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. Por este motivo, tive oportunidade de colaborar durante o ensino clínico em situações de entubações e extubações de utentes, na gestão de técnicas como a técnica dialítica contínua, ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica invasiva com colocações

de cateteres de PIC (pressão intracraniana) e PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), etc. Todas estas experiências foram enriquecedoras no desenvolvimento de competências no cuidar do doente crítico.

Durante a prestação de cuidados, tive sempre a responsabilidade de elaborar os registos clínicos dos cuidados de enfermagem que prestava. Esta foi outra das atividades planeadas para desenvolver competências no cuidar do doente em contexto de cuidados intensivos. Os registos clínicos elaborados, são o reflexo da avaliação e intervenção do enfermeiro ao longo do turno e, desta forma, imprescindíveis para a continuidade de cuidados. Ao longo do ensino clínico, tive a preocupação de elaborar registos clínicos de enfermagem organizados, completos, rigorosos e concisos, de forma a garantir que as necessidades de cuidados de enfermagem fossem bem identificadas, bem como toda a informação resultante do processo de tomada de decisão e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados. Tive sempre autonomia na realização dos registos clínicos, sendo estes validados posteriormente pelo enfermeiro tutor.

Para além dos registos clínicos, a execução de passagem de dados fiável, credível, que promova a continuidade de cuidados foi outra das atividades propostas desenvolver. Para tal, utilizei a metodologia ISBAR como ferramenta para a passagem de dados. Maioritariamente, esta foi aplicada nas passagens de turno aos colegas, sendo uma ferramenta essencial para garantir a continuidade de cuidados. De modo a garantir uma passagem de dados adequada, as passagens de turno foram escritas em papel e validadas pelo enfermeiro tutor antecipadamente, acrescentando algum aspeto pertinente que faltasse. À semelhança das restantes atividades, esta foi tendo uma autonomia crescente sendo que, ao longo do ensino clínico, a passagem de turno ficou inteiramente à minha responsabilidade.

Ao longo do ensino clínico e, através da implementação de todas as atividades acima descritas, foi possível desenvolver competências nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de cuidados intensivos polivalentes, de uma forma eficiente.

De modo a ser capaz de antecipar os focos de instabilidade, em contexto de cuidados intensivos, tive a preocupação de realizar pesquisa bibliográfica acerca das situações fisiopatológicas mais frequentes, de modo a aprofundar conhecimentos em diversas áreas e possuir o conhecimento dos agravamentos expectáveis em cada utente, estando assim mais alerta para a sua possibilidade.

A antecipação dos focos de instabilidade, passa muito por uma boa avaliação do utente, sendo que em contexto de cuidados intensivos, esta avaliação é sempre um processo dinâmico e contínuo, devido às alterações hemodinâmicas constantes dos utentes. Como tal, a aplicação de um processo de enfermagem dinâmico, avaliando os focos de enfermagem mais pertinentes, foi

fulcral para a antecipação dos focos de instabilidade, garantindo uma intervenção precoce e preventiva, prevenindo possíveis agravamentos. O facto de exercer funções num serviço de urgência, funcionou como facilitador da avaliação do utente, estando alerta para diversos focos de instabilidade a nível de avaliação direta do utente e não apenas estando alerta às alterações hemodinâmicas visíveis no monitor, através dos meios de monitorização invasiva.

Porém, os meios de monitorização em contexto de cuidados intensivos são sempre diversos e permitem uma monitorização dinâmica, contínua e invasiva de diversos aspetos hemodinâmicos do utente. Dito isto, a implementação de estratégias de monitorização adequadas à situação fisiopatológica do doente foi outra preocupação na prestação de cuidados. Apesar de, neste contexto, a grande maioria dos utentes possuírem meios invasivos de monitorização contínua, no início de cada turno, tive a preocupação de validar a adequação dos meios de monitorização a cada utente, adequando valores de alarmes para cada utente.

Quando a prevenção não foi possível e os focos de instabilidade surgiram de forma abrupta, foi necessário possuir a capacidade para intervir prontamente, de modo a reverter a situação. A prestação de forma pronta e antecipatória os cuidados necessários, aos focos de instabilidade verificados foi então outra atividade desenvolvida durante o ensino clínico. Esta foi uma atividade desenvolvida com uma autonomia progressiva, sendo que no início foi sentida alguma dificuldade em dar uma resposta pronta às situações de instabilidade. Contudo, ao longo do estágio, com o desenvolvimento de competências e de conhecimentos, senti um maior à vontade para dar este tipo de resposta, gerindo de forma autónoma os diversos protocolos implementados, de modo a garantir uma estabilidade hemodinâmica dos utentes. Esta gestão de cuidados tem um valor essencial na manutenção da estabilidade dos utentes em cuidados intensivos, pois a mínima alteração tem sempre uma grande repercussão no estado do utente.

Como um serviço com uma especificidade enorme, este é um serviço com diversas normas e procedimentos protocolados, no sentido de garantir uma melhor qualidade dos cuidados prestados, sendo os mesmos revistos sistematicamente. Contudo, o facto de serem implementados diversos protocolos, faz com que o profissional que os implementa necessite de possuir diversos conhecimentos e competências na sua gestão. Isto prende-se com o facto de, como qualquer cuidado prestado, a implementação de protocolos não é isenta de complicações resultantes dos mesmos. Assim, durante a prestação de cuidados, realizar uma gestão adequada da implementação dos protocolos, reconhecer precocemente as complicações resultantes da implementação dos mesmos, avaliar a adequação das respostas do doente aos problemas identificados e estabelecer prioridades de atuação foram áreas em que desenvolvi competências.

Ao longo do ensino clínico, foram diversos os protocolos terapêuticos que tive a oportunidade de implementar e gerir, levando ao desenvolvimento de competências nesta área.

De entre os protocolos implementados, salientado a monitorização PiCCO e PIC, administração de terapêutica como vasopressores, insulinoaterapia, nutrição entérica, potássico sérico e administração de sangue e hemoderivados. Todos estes protocolos têm complicações inerentes e, como enfermeiro especialista, é da minha competência reconhecer precocemente as mesmas. Para tal, aprofundei conhecimentos acerca dos procedimentos e das possíveis complicações, de modo a estar alerta para as mesmas, bem como desenvolver a capacidade para responder às mesmas.

Em contexto de cuidados intensivos, a gestão de situações de sedo-analgésia é essencial para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, visto que o utente é incapaz de demonstrar por si a dor ou mal-estar sentido. Por este motivo, conhecer e identificar as manifestações e alterações fisiológicas associadas à dor bem como utilizar escalas adequadas ao utente, torna-se ainda mais importante. No serviço, em utentes sob sedo-analgésia e ventilação mecânica invasiva, a escala utilizada de forma protocolada é a *Behavioural Pain Scale* (BPS). Esta escala avalia aspetos comportamentais do utente como expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador, como indicadores indiretos de dor. Apesar de não avaliarem diretamente a dor, estes parâmetros, bem como o conhecimento de outras alterações fisiológicas da dor como, por exemplo, hipertensão e taquicardia, podem ser indicativas de dor no utente sedado e têm de ser avaliadas de forma sistemática. Assim, pelo menos uma vez no turno, aplicava a escala BPS nos utentes sob sedo-analgésia, estando atento ainda ao longo do turno a alterações fisiológicas que pudessem ser sugestivas de dor. Em doentes despertos, a avaliação da dor acaba por ser realizada de forma mais convencional, através de escalas quantitativas ou qualitativas da dor, já utilizadas largamente na minha prática clínica, em contexto de serviço de urgência.

A prevenção da dor associada aos procedimentos acaba por ser outro aspeto diretamente relacionado com a gestão de situações de sedo-analgésia. Diversas foram as situações em que foi necessário ajustar a sedo-analgésia durante procedimentos, como posicionamentos, cuidados de higiene, aspiração de secreções, pelo facto de o utente apresentar sinais fisiológicos e comportamentais de dor durante os procedimentos.

Especificando o cuidado ao utente com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, realço o facto de, apesar de ter prestado cuidado a alguns utentes com alteração do ritmo cardíaco, nenhum dos mesmos tinha nessa alteração a causa de internamento no Serviço de Medicina Intensiva. Este facto poderá ter dificultado a aprendizagem, sendo as alterações do ritmo apenas um aspeto fisiopatológico secundário, naquele que era o processo de doença dos utentes. A colaboração na implementação de protocolos terapêuticos para o tratamento de perturbações do ritmo e condução, em contexto de cuidados intensivos polivalentes foi então a única intervenção

mais diretamente direcionada com esta área. Realizei então a gestão da implementação de perfusões de terapêutica antiarrítmica, em doentes com episódios de fibrilação auricular, com resposta ventricular rápida associada. Esta foi uma situação que já faz parte da minha intervenção diária em contexto de serviço de urgência. Contudo, em contexto de cuidados intensivos, a instabilidade hemodinâmica provocada pelo mesmo quadro acaba por ser maior, necessitando de toda uma gestão dos restantes protocolos terapêuticos instituídos, prevenindo complicações. Esta foi provavelmente a situação mais enriquecedora, no sentido de até estar mais alerta a estas alterações na minha prática diária. Outra situação diretamente relacionada com as alterações do ritmo cardíaco, foi a prestação de cuidados a um utente com diversas paragens cardiorrespiratórias associadas a bradicardias pós traumatismo vertebro-medular. Aquando da prestação de cuidados ao utente, este já possuía implementado um pacemaker definitivo e a situação aparentemente resolvida. Contudo, por ser uma área de interesse, acabei por realizar um aprofundamento de conhecimentos nesta área, que sustentaram na prestação de cuidados, mesmo após a colocação de pacemaker. Gostaria de ter acompanhado o utente na fase aguda, anteriormente ao tratamento definitivo, que com certeza proporcionaria outras oportunidades de aprendizagem. Não foi possível pelo facto desta situação ter decorrido antes do início do ensino clínico, tendo o utente um internamento prolongado no serviço.

Esta aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento de competências na antecipação de focos de instabilidade na prestação de cuidados à pessoa com distúrbios do ritmo e condução, em contexto de cuidados intensivos polivalentes. Como dito anteriormente, o facto desta prática não ser totalmente nova para mim, faz com que traga um conjunto de competências e conhecimentos decorrentes da minha própria experiência profissional. Isto faz com que a antecipação dos focos de instabilidade seja mais facilmente conseguida.

O utente com alteração do ritmo e condução cardíaca, poderá necessitar muitas vezes de dispositivos invasivos implantáveis que regulam o ritmo cardíaco, tendo como exemplos o pacemaker e o CDI. Estes dispositivos são colocados na unidade de hemodinâmica, tendo os utentes de serem transportados da UCIP para a unidade de hemodinâmica. Por este motivo, programei poder colaborar, se existisse a oportunidade, no transporte deste tipo de utente. Consultei normas e orientações para o transporte do doente crítico e ainda programei participar no encaminhamento e transporte do doente crítico com perturbações do ritmo e condução, em contexto de cuidados intensivos polivalentes, caso existisse a oportunidade, o que acabou por não acontecer. Acabei por alargar a temática do transporte para o doente crítico no geral, independentemente do tipo de doente. Esta decisão teve dois grandes motivos: primeiramente para promover a aprendizagem e conseguir aproveitar algum benefício do planeamento realizado e ainda desenvolver competências no transporte do doente crítico, que é ainda uma mais-valia

para a minha prática diária no serviço de urgência. Como tal, consultei normas e orientações para o transporte do doente crítico, quer a nível institucional, como mais alargado. Apesar de não existir qualquer documento ou norma institucional, o próprio serviço está a desenvolver uma *check-list* que, apesar de mais direcionada para o transporte inter-hospitalar, tem diversos aspetos importantes no garantir do transporte intra-hospitalar seguro, sendo então também importante neste contexto. Em relação à prática, tive apenas oportunidade de colaborar num transporte de um doente à imagiologia, sendo um exercício benéfico para a aprendizagem, na tentativa de tentar colocar as normas e *guidelines* pesquisadas na prática.

De um modo geral, denoto que as poucas oportunidades práticas para a prestação de cuidados ao doente com perturbações do ritmo e condução cardíaca foram dificultadoras do processo de aprendizagem. Porém, através de ajustes e alterações no que estava inicialmente planeado, tentei maximizar as minhas oportunidades e aprendizagens nesta área, desenvolvendo o máximo de competências possível dentro desta temática, que com certeza irão ser importantes para a minha prática profissional.

Em relação à **Unidade de Hemodinâmica do HNM**, toda a prestação de cuidados realizada foi uma novidade, sendo que tive a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica acerca dos mesmos, bem como aprofundar conhecimentos com a equipa disciplinar. De realçar a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar nas dúvidas apresentadas, sendo que consegui aprofundar conhecimentos em diversas áreas, juntando conhecimentos não só na área da enfermagem, mas como da equipa médica, de radiologia e de cardiopneumologia. Quando à **UTIC/UCICT**, os conhecimentos adquiridos anteriormente em contexto de cuidados intensivos demonstraram-se ser uma mais-valia para a prestação de cuidados. Contudo, necessitei ainda de procurar conhecimentos específicos da cardiologia e ainda da cirurgia cardiotorácica, sendo esta última uma área que difere da minha prática diária, não tendo de forma regular contacto com doentes no período pós-operatório.

Para além desta pesquisa bibliográfica em bases de dados e discussão com a equipa multidisciplinar, incidi o desenvolvimento de conhecimentos na consulta de normas e orientações de abordagem à pessoa com distúrbios do ritmo e condução cardíaca. Esta pesquisa fez-se então de duas formas distintas. Em primeiro lugar, a consulta de normas e procedimentos internos da instituição e que são utilizados nas unidades. Por outro lado, realizei diversa pesquisa junto de entidades com reconhecimento nacional e internacional na área, como por exemplo, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), o SEMICYUC (*Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*) e a ESC (*European Society of Cardiology*). Estas entidades são referência na emanação de diversas *guidelines* para a abordagem, diagnóstico e tratamento dos distúrbios do

ritmo e condução cardíaca, quer dentro do âmbito dos cuidados intensivos cardiotorácicos, como cuidados coronários. Estas *guidelines* foram ainda importantes para fazer uma transposição entre aquilo que são as *guidelines* e aqueles que são efetivamente os cuidados realizados nas unidades.

Na unidade de hemodinâmica, tendo como foco os distúrbios do ritmo e condução cardíaca, para além de aprofundar conhecimentos no risco de desenvolvimento de distúrbios ao longo do procedimento, foquei-me ainda nos utentes com necessidade de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis, como tratamento definitivo para o distúrbio de base.

Como tal, tive a oportunidade de participar tanto em todo o processo de implantação dos mesmos, no período pré, intra e pós-procedimento, bem como participar na consulta de follow-up que é realizada pelos técnicos de cardiopneumologia. Esta participação e discussão deu-me um melhor conhecimento acerca destes dispositivos, desde os diversos tipos existentes, as funções de cada e ainda a sua programação, sendo específica para cada utente. Isto fez que desenvolvesse competências não apenas na prestação de cuidados ao doente com necessidade de implantação deste tipo de dispositivos, mas ainda na prestação de cuidados ao doente com dispositivos cardíacos implantados, quer seja por disfunção do dispositivo, ou apenas como patologia de base.

De modo a prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, tanto na Unidade de Hemodinâmica como na UTIC/UCICT, recorri à metodologia do processo de enfermagem como metodologia de trabalho. Contudo, este processo acaba por ser aplicado de forma distinta nos diferentes contextos. Na Unidade de Hemodinâmica, como unidade onde os utentes ficam apenas de forma transitória, quer seja em contexto de ambulatório ou encaminhados do internamento, o processo de enfermagem é aplicado de uma forma mais focada no presente, com um processo mais mental que delineado em processo clínico. Como enfermeiro a exercer funções num serviço de urgência, acabei por desenvolver uma metodologia de implementação do processo de enfermagem semelhante à usada na prática diária, com uma avaliação utilizando uma abordagem ABCDE, e a resolução das alterações a cada um dos aspetos de acordo com a avaliação. Já em relação à prática de cuidados em contexto de unidade de internamento (UTIC/UCICT), esta pressupõe uma implementação do processo de enfermagem de forma idêntica à utilizada em todos os serviços de internamento do hospital. A avaliação inicial segue sempre as atividades de vida de Nancy Roper, sendo os planos de cuidados desenvolvidos concordantemente com a mesma. Apesar de tudo, os princípios do processo de enfermagem são transversais e esta metodologia é então pertinente para organizar cognitivamente toda a prestação de cuidados, servindo de base para a atividade prática em enfermagem.

Na unidade de hemodinâmica, como o utente realiza um processo lógico ao longo da prestação de cuidados, desde o período pré, intra e pós-procedimento, prestei cuidados em todas as etapas. Como tal, participei na admissão da pessoa/família na unidade de hemodinâmica, colaborei nos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa com perturbações do ritmo e condução cardíaca, na Unidade de Hemodinâmica, participei nos procedimentos de implantação e manutenção de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis e prestei cuidados no recobro da pessoa/família na unidade de hemodinâmica.

Em relação à admissão dos utentes tive a oportunidade de participar no acolhimento e preparação de doentes para os diversos procedimentos, quer em regime de ambulatório como de urgência. Aliado à pesquisa bibliográfica realizada, pude constatar que as *guidelines* preconizadas para a preparação do doente, bem como profilaxia para a prevenção da infeção associada aos mesmos, eram realizadas. Estes aspetos englobam cuidados como a tricotomia o mais perto possível da realização do procedimento, bem como a antibioterapia profilática realizada nos procedimentos de implantação de dispositivos cardíacos eletrónicos. Nesta fase, um dos principais problemas de enfermagem identificados incidiu na ansiedade dos utentes em relação ao procedimento. O desconhecimento e incerteza desencadeia processos emocionais negativos nos utentes, como stress e ansiedade, que por sua vez podem desencadear processos fisiológicos que promovem o risco de complicações intra-procedimento. Como tal, este foi um dos aspetos que me debrucei enquanto elemento a realizar a admissão de doentes. Segundo a bibliografia, a educação para a saúde e musicoterapia são aspetos importantes para a prevenção da ansiedade no período pré-procedimento. Desta forma tive sempre o cuidado de informar o utente acerca de todo o processo, de retirar dúvidas, bem como a colocação de música ambiente num rádio disponível na unidade.

Quanto à fase intra-procedimento, colaborei sempre nos procedimentos realizados nas salas, em colaboração com a colega destacada para as mesmas. Isto deu-me a oportunidade de participar nos procedimentos com todos os elementos da equipa de enfermagem, sendo este um ponto positivo para a aprendizagem e para o desenvolvimento de competências. A grande parte dos procedimentos tinham por base a especialidade da cardiologia, sendo os cateterismos coronários e a implantação de dispositivos cardíacos eletrónicos (pacemaker, cardio-desfibrilador implantável, dispositivo de ressincronização cardíaca) os procedimentos mais realizados. Para além destes, a nível da cardiologia tive a oportunidade de assistir a cateterismos cardíacos com necessidade de implementação de dispositivos de suporte ventricular como a colocação de balão intra-aórtico e o Impella®, bem como a implantação de TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*).

A colocação e manutenção de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis (DECI) foi outro dos procedimentos que tive maior oportunidade para colaborar. Estes são realizados nas segundas e quartas-feiras, no período da tarde, sendo que nesses dias programava o meu horário para ter oportunidade para colaborar nos mesmos. As principais indicações para a implantação dos mesmos são doenças no nódulo sinusal ou bloqueios aurículo-ventriculares (no caso dos pacemakers) ou taquiarritmias (no caso de CDI ou CRT). Para além destes dispositivos, na área da eletrofisiologia, tive ainda a oportunidade de colaborar na realização de estudos eletrofisiológicos bem como de ablações. Todos estes procedimentos realizados, são na grande parte das vezes, realizados a pessoas com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, ou têm um grande risco de desenvolvimento dos mesmos no período intra e pós-procedimento imediato. Como tal, a colaboração nos mesmos teve um grande peso no desenvolvimento de competências nesta área. Para além destes procedimentos, colaborei ainda na prestação de cuidados a doentes de outras especialidades como, por exemplo, a neurologia, a terapia da dor, a hemato-oncologia e a nefrologia, que utilizam a unidade para a realização de alguns procedimentos minimamente invasivos.

Como dito anteriormente, o período pós-procedimento imediato, na Unidade de Hemodinâmica, requer uma vigilância e monitorização contínua dos utentes, devido ao risco de complicações. Por este motivo participar no recobro da pessoa/família na unidade de hemodinâmica foi outra atividade planeada que desenvolvi ao longo do estágio na unidade. Com esta participação, aprofundei conhecimentos nos principais riscos e complicações pós-procedimento, sendo os distúrbios do ritmo e condução um dos principais. Outra das principais complicações observadas, relaciona-se com os dispositivos de encerramento arterial utilizados, como por exemplo a TRBand® a nível do encerramento radial e o Mynx® a nível femural. Todos estes dispositivos foram novidade para mim e, desta forma, necessitei de aprofundar conhecimentos sobre a utilização dos mesmos que, aliado aos procedimentos internos disponíveis no serviço, levaram a que desenvolvesse competências nesta área.

Em todo o processo de cuidados, a integração da família naquele que é o processo de enfermagem é um dos aspetos fundamentais para a qualidade dos cuidados. À semelhança do que acontece com o próprio utente, o desconhecimento e incerteza acerca do que irá ser realizado provoca ansiedade também junto dos familiares. Por este motivo, no sentido de integrar a família nos cuidados, tive ainda sempre o cuidado de aquando do acolhimento do doente esclarecer a família (que nos procedimentos de ambulatório acompanham o utente até à unidade) acerca de todo o procedimento, bem como assegurá-los de que mal o procedimento fosse finalizado que entraríamos em contacto para novas informações. Por este motivo, durante a prestação de cuidados aos doentes no recobro da unidade, tive o cuidado de informar a família acerca do

doente, bem como iria decorrer o restante internamento, tendo em conta que em cateterismos cardíacos diagnósticos os utentes permanecem duas horas a fazer recobro e depois regressam ao domicílio, enquanto os cateterismos terapêuticos têm de fazer 24 horas de internamento antes de regressar ao domicílio.

Em relação à segunda metade do EC, realizado em contexto de internamento, duas atividades planeadas foram a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, quer na Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários (UTIC) como na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorádicos (UCICT). Por contingência do serviço, devido ao rácio de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) existente, estes são alocados de forma mais regular à UCICT. Contudo, tive oportunidade de realizar diversos turnos na UTIC e, como o espaço físico é partilhado, é possível acompanhar sempre de forma direta ou indireta, as atividades realizadas em ambas as unidades.

A UTIC, como o próprio nome indica, é a unidade responsável pela prestação de cuidados a utentes com patologia coronária, maioritariamente no período pós-cateterismo urgente por enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento-ST (STEMI) ou enfartes numa fase sub-aguda, sem elevação do segmento-ST (Non-STEMI), aguardando a realização de cateterismo. A isquémia cardíaca é uma das principais causas dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca e, por este motivo, a prestação de cuidados a estes doentes promoveu o desenvolvimento de competências nesta área. Outro tipo de doentes a quem são prestados cuidados na unidade, são os doentes com bradidisritmias, com necessidade de implementação de *pacings* provisório, até à reversão da situação ou implantação de *pacings* definitivo. O manuseamento destes dispositivos de *pacings* provisório bem como os cuidados com os mesmos foram outro aspeto que tive de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para prestar cuidados seguros e de qualidade a estes doentes.

Em relação à UCICT, a prestação de cuidados desta unidade deu-me a oportunidade para consolidar os conhecimentos e competências em cuidados intensivos, no que concerne a monitorização e terapêutica invasiva, e aliá-las à área específica dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca, sendo esta das principais complicações pós-cirúrgicas cardíaca. Por este motivo, todos os utentes submetidos a cirurgia cardíaca são conectados a *pacings* provisório, por fios epicárdicos, de modo a ter uma alternativa terapêutica em caso de bloqueio aurículo-ventricular pós-cirurgia.

Em todas as unidades, a prestação de cuidados envolve também aspetos como a gestão de protocolos, a elaboração de registos clínicos e a passagem de dados. Desta forma, em todas as unidades que realizei o EC, tive a preocupação de consultar os protocolos específicos da

unidade, sendo que cada unidade tem os seus protocolos específicos consoante aqueles que são os cuidados na mesma. Esta consulta facilitou a prestação de cuidados, fornecendo uma base de consulta sobre o modo de intervir perante determinada situação. Tive a preocupação ainda de realizar registos clínicos de qualidade, lógicos, claros e sucintos, de modo a promover uma boa continuidade de cuidados. Esta continuidade de cuidados foi ainda ressaltada na transmissão de dados, por exemplo, no transporte do utente da Unidade de Hemodinâmica para a UTIC, ou ainda da UTIC/UCICT para a enfermaria, onde aprofundi a metodologia ISBAR para a transmissão de dados aos colegas.

A identificação antecipada dos focos de instabilidade na prestação de cuidados complexos à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, com perturbações do ritmo e condução cardíaca, em contexto de Unidade de Hemodinâmica e UTIC/UCICT foi também uma das preocupações durante a prestação de cuidados. Em relação à sua prevenção, utilizar o processo de enfermagem como metodologia de trabalho, para a avaliação dos possíveis focos de instabilidade, foi uma das atividades que desenvolvi ao longo do estágio. A utilização do processo de enfermagem, permitiu-me ao longo da prática avaliar os utentes e planear cuidados concordantemente. O desenvolvimento de planos de cuidados adequados a cada utente faz com que se reflita acerca daquele que é o estado de saúde/doença do utente, conhecendo as suas necessidades de cuidados de enfermagem, bem como quais são as complicações e focos de instabilidade que, dentro do seu processo fisiopatológico, são esperados. Isto permitiu que programasse cuidados de vigilância e monitorização, incidindo nos focos de instabilidade esperados para cada utente. Isto prende-se com a próxima atividade desenvolvida, que foi a implementação de estratégias de monitorização adequadas à situação fisiopatológica do doente.

Em todas as unidades, os utentes encontram-se sob monitorização hemodinâmica contínua, sendo que na UCICT, a monitorização ainda é mais apertada, com a monitorização da pressão arterial invasiva e pressão venosa central. Apesar da monitorização existir, como enfermeiro, tive a preocupação de ajustar parâmetros de alarmes bem como tempos de monitorização, adequando-os a cada utente, de modo que fosse possível uma monitorização adequada bem como alarmes ajustados para uma deteção precoce dos focos de instabilidade.

A deteção precoce dos focos de instabilidade permitiu que, quando estes existiam, fossem prestados de forma pronta e antecipatória os cuidados necessários. O facto de prestar cuidados num serviço de urgência fez com que tivesse um maior à vontade na prestação deste tipo de cuidados imediatos, na tentativa na manutenção hemodinâmica dos utentes, quer na intervenção terapêutica, na gestão de protocolos terapêuticos complexos e na resposta do doente aos problemas identificados.

A integração da família/cuidador, na relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica foi algo que tentei sempre facilitar. À semelhança do que aconteceu nos ensinamentos clínicos anteriores, as contingências devido à pandemia têm apresentado novos desafios aos enfermeiros naquela que é a integração da família nos cuidados hospitalares, devido à restrição da presença das mesmas. Contudo, como dito anteriormente, tive sempre a preocupação na Unidade de Hemodinâmica, de integrar a família no acolhimento do doente, fornecendo informações acerca do procedimento, bem como após o mesmo, no recobro. Na UTIC/UCICT, apesar de ainda existir alguma restrição de visitas, estas já vão sendo possíveis, facilitando a integração da família na relação terapêutica. Tive ainda a oportunidade de participar, com a equipa multidisciplinar, na transmissão de más notícias, sendo este um aspeto a desenvolver mais competências no futuro.

De uma forma geral, tentei ter sempre uma postura assertiva junto dos utentes, em todos os contextos, utilizando de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica bem como adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa, quer com o utente quer com a família, na tentativa de ultrapassar barreiras à comunicação.

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

De entre os acontecimentos de trauma, as situações de exceção e catástrofe são aquelas que provocam uma maior dificuldade para todos os profissionais envolvidos. São nestes cenários, maioritariamente, que um bom planeamento e/ou uma boa e adequada abordagem inicial das vítimas, bem estruturada e sequencial, resulta na diferença de vidas salvas (INEM,2012). A Lei nº 80/2015 (segunda alteração à Lei 27/2006, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil) define acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”. Já catástrofe é enunciada como o 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”. Estas situações de catástrofe podem ser agrupadas tendo em conta o agente causador, podendo ser:

- Ameaça ou acontecimento de saúde pública (epidemia, pandemia, outros);
- Acidente resultante do desenvolvimento tecnológico (incêndios, colapso de edifícios);

- Acidente industrial e/ou NRBQ (nuclear, radiológico, biológico e químico);
- Acidente com transportes (individuais ou coletivos, urbanos ou interurbanos);
- Acidente de origem natural (fenómenos sísmicos, situação meteorológica extrema);
- Catástrofe relacionada com o comportamento humano (circuitos automobilísticos, espetáculos pirotécnicos, atos de terrorismo e/ou bélicos, manifestações);

A nível legislativo, esta lei não define o conceito de situação de exceção. Contudo, segundo o INEM (2012), a situação de exceção ocorre quando, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica, verifica-se de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É este desequilíbrio que condiciona a prestação das equipas de emergência médica, através de uma coordenação criteriosa e gestão de recursos humanos, recursos técnicos e informação disponível, em cada momento. Os incidentes com múltiplas vítimas são também eventos que causam vítimas em número suficientemente elevado para superar os recursos dos serviços médicos e de saúde pública da comunidade afetada, levando a situações de exceção (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007).

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2019), os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde na maioria dos países, encontrando-se na linha da frente quando se trata da resposta de saúde para as situações de catástrofe e emergência multivítimas, trabalhando frequentemente em situações difíceis e recursos limitados. De acordo com a OE (2012), o objetivo da intervenção clínica no contexto extra-hospitalar, passa por garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente e o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção numa unidade de saúde adequada. Tendo em conta que situações de exceção e catástrofe são eventos capazes de provocar lesões graves, num número elevado de vítimas, estes eventos tornam-se então num dos grandes desafios da intervenção no contexto extra-hospitalar.

A OE (2018) define a pessoa em situação crítica 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. Em situações de emergência multivítima, é exigido do enfermeiro um conjunto de procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

A capacitação dos enfermeiros para atuar em tais situações torna-se então essencial para uma boa coordenação, planeamento e execução de todas as respostas necessárias para fazer face às necessidades. Desta forma, todos os enfermeiros devem demonstrar competência e um conjunto de habilidades de enfermagem na área de intervenção em catástrofe (Alfred et al., 2015). Segundo Godinho (2018), através de uma revisão integrativa, foi possível determinar que a ineficaz preparação dos enfermeiros para dar resposta em situação de catástrofe é bastante evidente na literatura, sendo referida em vários artigos publicados. Com o propósito de colmatar esta ineficiente preparação, vários estudos sugerem que o currículo de enfermagem deveria ser alterado de forma a incluir formação em gestão de catástrofe e que existe, sem dúvida, a necessidade de implementar políticas de saúde que proporcionem aos profissionais formação e treino em situações de catástrofe, com o intuito de aumentar as suas competências nesta área, dando uma resposta adequada aquando de uma situação real e permitindo a diminuição da morbidade/mortalidade das vítimas. Por este motivo, o ICN em 2019, emanou um conjunto de competências essenciais que o enfermeiro deve ter para lidar com as situações de exceção e catástrofe. Estas são divididas em 8 domínios, sendo estas separadas em dois níveis, consoante o nível de especialização do profissional na área em questão. Os domínios de competência do enfermeiro em situações de catástrofe definidas pelo ICN passam por áreas como a preparação e planeamento, a comunicação, a gestão de sistemas de incidentes, a segurança, a triagem, a intervenção, a recuperação e o enquadramento ético-legal.

A OE (2018), explicita que os cuidados à pessoa crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Como tal, determina que o enfermeiro especialista nesta área, necessita de possuir competências específicas para “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”. Isto significa que, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência. Denotamos então que a enfermagem em situação crítica surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações. Isto leva a que a enfermagem à pessoa em situação crítica possua uma importância significativa não só no cuidar da pessoa/família nestas circunstâncias, mas também na conceção, planeamento e gestão de cuidados, sendo elementos cruciais em todas as fases da catástrofe, desde a sua prevenção e preparação, até à sua recuperação.

No decorrer dos ensinamentos clínicos não tive a oportunidade de intervir na prestação de cuidados em situações que se enquadrassem nos critérios de ativação dos planos de

catástrofe ou emergência multivítimas, contudo, procurei aprofundar conhecimentos nesta área, procurando conhecer os planos de emergência/catástrofe existentes.

Como enfermeiro a desenvolver a sua prática no único serviço de urgência polivalente da RAM, o serviço tem em vigor um plano de catástrofe/emergência que apesar de nunca ter sido ativado aquando da minha prática, conheço o seu conteúdo e de que forma é implementado no serviço quando necessário.

Para além disto, durante a fase teórica do mestrado, tive a oportunidade de frequentar uma unidade que contempla os conteúdos inerentes à abordagem do enfermeiro nas situações de catástrofe e exceção. Durante esta unidade curricular, tive a oportunidade de realizar uma visita à sede do Serviço de Proteção Civil da RAM, conhecendo de que maneira é realizada a triagem pré-hospitalar e a ativação de meios. Durante esta visita realizamos ainda uma simulação prática de uma situação de emergência multivítimas, incluindo a triagem primária e secundária, a montagem de um hospital de campanha, a estabilização e encaminhamento de vítimas para unidades de saúde definitivas. Para além desta parte prática, a avaliação da unidade curricular teve por base a resolução de um caso clínico fictício de um cenário multivítimas, fundamentado nas orientações existentes neste domínio.

No SU do HSM, o facto do enfermeiro tutor ser o responsável pelo plano de catástrofe do serviço, sendo que esta ainda foi a área de especialização da sua tese de mestrado, fez com que fosse uma mais valia no sentido da discussão e na transmissão de conhecimentos nesta área. Quanto à capacidade de resposta para situações multivítimas/catástrofe do serviço, este não tem qualquer documento disponível com a organização para fazer face a estas situações. Contudo, durante a visita guiada foi uma das áreas que pretendi esclarecer. Apesar de não existir um documento específico para isso, o serviço está preparado para responder a situações de catástrofe, com zonas específicas do serviço que ficam para receber utentes P1, P2 e P3, bem como uma sala equipada com *kits* de catástrofe utilizados em caso de ativação de uma catástrofe. Estes incluem *kits* para os enfermeiros, assistentes operacionais e médicos, capas com a triagem secundária pelo sistema TRTS, material de reanimação e trauma que poderá ser necessário e ainda material descartável por equipamentos de proteção individual, urinóis, lençóis, etc.

Em suma, apesar de não ter experienciado qualquer situação de catástrofe, durante o mestrado consegui desenvolver e consolidar conhecimentos e competências na área, desde a conceção dos planos de intervenção em catástrofe/situações de exceção, bem como na sua aplicação prática.

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

A OMS referiu, que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma ameaça à saúde pública e que os governos devem aumentar a sua atenção sobre este assunto (OMS, 2014). Deste modo a DGS (2017), em concordância com as orientações mundiais, incide sobre esta temática referindo que as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e com uma importância crescente, devendo existir uma atenção reforçada de todas as instituições prestadoras de cuidados sobre esta temática. As IACS podem ser definidas como “uma infeção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão. Estão também incluídas as infeções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta e também inclui as infeções ocupacionais nos profissionais de saúde” (DGS, 2017). Estas infeções agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às presentes no momento do internamento, aumentando os gastos em saúde e, como resultado, levam ao aumento da mortalidade. As IACS surgem como consequência dos avanços tecnológicos da medicina, pelo aumento das resistências dos agentes patogénicos nosocomiais devido ao uso indevido de antibióticos de largo espectro, pelo aumento de procedimentos invasivos necessários ao diagnóstico e tratamento dos doentes e por fatores ambientais inerentes à microbiologia de cada unidade de saúde. Estas não afetam só os doentes, mas qualquer pessoa que esteve em contacto com o meio hospitalar, como visitas e profissionais de saúde (Alonso & Tobón, 2016).

De modo a reconhecer de forma mais precisa esta problemática, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2018) estima que mais de 4 milhões de pessoas adquiriram uma IACS no espaço de um ano, sendo que, destas, 37 mil pessoas acabaram por falecer como consequência direta da infeção. Segundo a DGS, em 2018 Portugal assistiu a uma diminuição da prevalência das IACS em meio hospitalar, situando-se agora nos 7,8%. Este resultado é fruto das políticas aplicadas, presentes no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Apesar da melhoria dos resultados, a DGS continua a salientar a importância de continuar com o

investimento na prevenção e controlo das IACS. A nível regional, em 2019, o Grupo de Coordenação do PPCIRA do SESARAM (GCPPCIRA) refere que no Hospital Central do Funchal, a prevalência das IACS em 2010 foi de 10,5 %. Em 2012 o valor registado (14,4 %) superou a taxa nacional (10,5 %). Em 2017 a tendência foi revertida (redução de 6,1 %), tendo sido estimada uma prevalência de infeção de 8,3 %. Este decréscimo é resultado da implementação das orientações nacionais da DGS para o controlo da infeção hospitalar.

Como tal, como agente prestador de cuidados em instituições de saúde, torna-se pertinente conhecer as estratégias mais adequadas para a prevenção das IACS, de modo a integrar as intervenções na prestação de cuidados do dia-a-dia. Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o regulamento de competências específicas refere então que é da competência deste profissional 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, tendo esta sido uma das áreas de relevo para o desenvolvimento de competências ao longo do mestrado.

No SU do HSM, as normas e diretivas da comissão de controlo da infeção não estavam disponíveis internamente para leitura, sendo que, em entrevista com os colegas, a informação fornecida foi que seguiam as orientações gerais da DGS, sendo que o grupo de coordenação local fazia passar as informações através do chefe de serviço. A disponibilidade dos documentos para consulta, foi algo que propus ao tutor, tanto para as normas de controlo de infeção, como para outras, no sentido de tornar mais fácil a consulta e a exclusão de dúvidas que possam existir. Porém, as orientações seguidas no serviço, por serem recomendações gerais, são semelhantes às utilizadas no meu dia-a-dia, sendo uma continuação da aprendizagem, ao invés de algo novo.

Durante a prestação de cuidados nas salas de reanimação, tive sempre o cuidado de cumprir e utilizar os equipamentos de proteção individual preconizados (avental, luvas) ou bata para casos de politraumatizados, onde existe o maior risco de contato com fluidos corporais. Os procedimentos realizados foram prestados sempre com a assepsia preconizada para os mesmos. A maior fragilidade encontrada nas salas de reanimação em relação ao controlo da infeção remete-se a dois grandes aspetos: a desinfeção da sala entre utentes e a separação dos lixos. Com a grande afluência de utentes para as salas de reanimação, diversas foram as vezes que não existiu uma desinfeção adequada da unidade entre utentes. Esta situação é promotora da infeção cruzada mas, por contingência do serviço, acaba por acontecer diversas vezes. A separação do lixo foi algo que também me despertou interesse,

pois assumem o lixo todo como contaminado, não existindo contentores diferentes para os diferentes grupos. Estes são, para mim, os principais aspetos a melhorar do serviço em relação ao controlo da infeção.

Em último lugar, a pandemia por SARS-COV-2 tem sido a situação de saúde que mais tem provocado alterações em todos os níveis das instituições de saúde, sendo que o serviço de urgência do Hospital Santa Maria também necessitou de se organizar para dar resposta a esta situação. Como tal, interessei-me em conhecer a organização do serviço/circuito de doentes, em resposta à pandemia. Para cumprir esta atividade, realizei dois dos meus turnos na área de contingência para casos suspeitos ou confirmados. Este é um espaço anexo ao serviço de urgência, que dá resposta aos utentes com critério epidemiológico e/ou clínico de SARS COV 2. Aqui são então triados e tratados todos os utentes com critério clínico e/ou epidemiológico, de forma a evitar a que este circuito e o circuito normal dos utentes se cruzem. Esta orgânica é semelhante à utilizada no Hospital Dr. Nélio Mendonça, sendo apenas distinto o espaço físico.

O doente crítico, em contexto de cuidados intensivos, tanto pela própria vulnerabilidade desenvolvida pelo processo fisiopatológico, bem como por todos os procedimentos invasivos a que este é submetido, tem um risco de infeção elevado. Como tal, durante o ensino clínico na UCIP, Unidade de Hemodinâmica e UTIC/UCICT do HNM a prevenção e controlo de infeção foi um dos meus focos de intervenção. Por serem serviços da mesma instituição que realizo a minha prática profissional diária, muitas das diretrizes nesta área são as mesmas, sendo que estão sob a alçada do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência a Antimicrobianos (GCPPCIRA) do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). Por este motivo, nenhuma das orientações identificadas foram totalmente novas. Contudo, no sentido de tentar ter uma visão mais ampla, na tentativa de não apenas cumprir o que é feito, mas maximizar a prevenção e controlo, tentei focar o olhar para aquilo que poderia ser melhorado.

Esta identificação das diretivas no controlo da infeção, foram essenciais poder cumprir, durante a prestação de cuidados, com os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos bem como circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Estas atividades tiveram por base a aplicação das diretivas e orientações na prática, realizando uma prática mantendo comportamentos de assepsia e de prevenção de infeção nas diversas áreas. Apesar disto, diversos aspetos como os “feixes de

intervenção” para a pneumonia associada à ventilação, para o cateter central, ou relacionadas com outros procedimentos específicos realizados em cuidados intensivos mereceram especial atenção, aprofundando conhecimentos nesta área e procurando as diretivas aplicadas nestas áreas.

Em relação à Unidade de Hemodinâmica, a realização de procedimentos invasivos envolve uma assepsia de material utilizado, sendo este um dos principais fatores a destacar. Já na UCICT, o controlo da infeção relativo à ferida cirúrgica foi talvez a maior diferença daquela que é a minha prática diária, tendo em conta que os procedimentos de controlo de infeção relacionados com os dispositivos invasivos utilizam os feixes de intervenção da DGS, de forma igual ao que é implementado no Serviço de Medicina Intensiva. Outro dos aspetos a realçar foi a realização de antibioterapia profilática a todos os utentes, com protocolos específicos para a administração de antibióticos como a Vancomicina e Gentamicina.

Na Unidade de Hemodinâmica, outro dos focos para o controlo e prevenção da infeção foi nas recomendações da mesma para a colocação de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis. A ESC (2021), emanou um conjunto de *guidelines* para o *pacings* cardíaco e terapia de ressincronização cardíaca. Estas referem a infeção como das principais complicações da colocação dos mesmos e, como tal, referem um conjunto de medidas para a prevenção da mesma. De entre as medidas, saliento a antibioterapia profilática 30 a 60 minutos anteriormente ao procedimento, administrando 2 gramas de Cefazolina ou Flucloxacilina endovenosa, ou 90 a 120 minutos no caso da utilização de Vancomicina (utentes alérgicos à Penicilina), bem como a manutenção de um ambiente estéril para o procedimento, idêntico ao ambiente cirúrgico, bem como a recomendação para a desinfeção da pele como clorhexidina alcoólica ou iodopovidona alcoólica.

Finalizando este percurso, reconheço que desenvolvi conhecimentos acerca do plano nacional de prevenção e controlo da infeção, bem como de outras *guidelines* internacionais nesta área, aplicando-as de forma mais refletida na prática. Fui capaz de intervir nesta área, cumprindo e fazendo cumprir os procedimentos e circuitos estabelecidos, bem como no reconhecimento de necessidades e possíveis melhorias, visando a garantia de uma prevenção e controlo da infeção eficiente.

**CAPÍTULO III- DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA**

Nos termos do Decreto-Lei 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido aos que demonstrarem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde os conhecimentos obtidos no 1º ciclo do ensino superior e ainda que constituam a base de desenvolvimentos, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, influenciando reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções;
- d) Capacidade para comunicar as suas conclusões, e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Ao longo do presente relatório, apresentei o percurso de desenvolvimento e aquisição das competências especializadas em enfermagem, quer comuns quer específicas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Por este motivo, neste capítulo pretendo demonstrar de forma sumária de que maneira todo o percurso do mestrado, promoveu o desenvolvimento das competências de mestre anteriormente mencionadas.

O plano de estudos do mestrado, de modo a aprofundar os conhecimentos da licenciatura em enfermagem, dá resposta através de um conjunto de unidades curriculares específicas, integrando conteúdos pensados a desenvolver conhecimentos e as competências específicas descritas no capítulo anterior. Para além disto, através de uma unidade curricular de investigação, proveu-me de ferramentas necessárias para o desenvolvimento de conhecimentos futuros, com ênfase na capacidade de procura e seleção de evidência científica, bem como nas fases e tipos de investigação. A realização de uma revisão sistemática sobre as medidas não-farmacológicas para o controlo da ansiedade nos doentes submetidos a cateterismo cardíaco foi o trabalho de investigação apresentado ao longo do mestrado. Em suma, através do percurso realizado, consegui aprofundar conhecimentos

específicos em enfermagem médico-cirúrgica, bem como desenvolver a capacidade de desenvolver uma prática baseada em evidência científica.

Ao longo das práticas clínicas, foram diversas as situações novas e não familiares que tive de lidar. Mesmo desenvolvendo uma prática profissional num contexto idêntico ao ensino clínico I, o facto de desenvolver uma grande parte da prática em sala de reanimação, que têm uma afluência muito maior, fez com que tivesse sempre situações novas e complexas, tendo de estabelecer prioridades e antecipar focos de instabilidade. Outra situação nova que experienciei durante o ensino clínico foi a prestação de cuidados a um potencial dador de órgãos.

Durante o ensino clínico em contexto de cuidados intensivos, posso fazer um paralelo tendo em conta que já tinha realizado uma prática clínica no mesmo serviço, como aluno de quarto ano da licenciatura de enfermagem. Atualmente, como profissional e no percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, considero ter desenvolvido uma capacidade acrescida de lidar com situações novas, tendo desenvolvido uma prática cada vez mais autónoma, fruto do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico como também de tomada de decisão e de prática reflexiva.

Por último, incidir nos distúrbios do ritmo e condução cardíaco fez com que desenvolvesse práticas em contextos onde não tinha qualquer experiência prévia. Ter desenvolvido estas práticas deram-me a oportunidade de desenvolver conhecimentos novos, bem como aplicá-los na prática, em contextos reais. Situações como a intervenção em contexto de unidades de hemodinâmica (pré, intra e pós-procedimento), bem como cuidados específicos de cardiologia, deram-me uma visão mais alargada daquilo que é feito na área, não me cingindo apenas à intervenção realizada em contexto de urgência.

Todas estas situações acima mencionadas desenvolveram a minha capacidade de lidar com situações não familiares, aliando os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado e experiência profissional, com o desenvolvimento de competências ao longo dos ensinamentos clínicos. O facto dos ensinamentos clínicos me obrigarem a ter uma prática mais reflexiva e fundamentada, fez com que desenvolvesse a capacidade de refletir acerca da minha prática e na minha tomada de decisão, promovendo o desenvolvimento profissional, através da procura de situações de melhoria profissional.

Desenvolvi durante os ensinamentos uma prática baseada em evidência científica, discutindo os resultados dessa procura de conhecimentos com tutores, orientadores e restante equipa multidisciplinar, nos diversos temas sobre o cuidado à pessoa em situação crítica, conforme era denotada a necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos. Tentei

ainda ser veículo de uma melhoria para os serviços, como por exemplo através da realização de uma ação de formação à equipa de enfermagem na Unidade de Hemodinâmica.

Durante o ensino clínico em contexto de cuidados intensivos, desenvolvi um processo de enfermagem fundamentado, sendo este posteriormente discutido em grupo com a tutora, orientadora e turma. Isto levou a que tivesse de expor o meu raciocínio clínico, justificando os focos de enfermagem que mereceram atenção e justificando por meio de evidência científica o planeamento e a implementação de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos.

No final deste percurso, denoto a evolução na capacidade de tomada de decisão e de integração de conhecimentos na prática, como meio de resolução de problemas e situações complexas, no seio da equipa multidisciplinar.

Ao longo do mestrado, foi possível também demonstrar a minha capacidade de desenvolver a aprendizagem de um modo auto-orientado e autónomo, através do desenvolvimento de projetos de estágio para cada contexto, planeando os meus objetivos e atividades a desenvolver, focando-me nas minhas necessidades em adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No estágio de opção, o desenvolvimento de um projeto de autoformação deu-me ferramentas para o desenvolvimento de uma aprendizagem autónoma, com base naquelas que eram as minhas necessidades e interesses. Para a realização do mesmo, escolhi me focar numa temática que, por um lado, me suscita interesse, por outro, sei que o cuidado ao doente com distúrbios do ritmo e condução cardíaca faz parte da minha prática profissional com recorrência, sendo uma área de relevo para a excelência e qualidade dos cuidados em contexto de urgência/emergência.

Em suma, no decorrer do percurso no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fui capaz de demonstrar competências que o grau de mestre exige, através do aprofundamento de conhecimentos, a aplicação dos mesmos sob a tomada de decisão em contextos com situações difíceis e complexas, aliando todo o enquadramento ético, legal e deontológico, com a evidência científica para alicerçar a resolução de problemas. Fui ainda capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios quer a enfermeiros especialistas como não especialistas, bem como na equipa multidisciplinar, através da discussão e reflexão da prática, desenvolvendo assim uma aprendizagem cada vez mais auto-orientada e autónoma, focando-me nas necessidades de formação e desenvolvimento profissional oriundas da prática crítica e reflexiva.

## **CONCLUSÃO**

A aprendizagem formal ocorre num contexto organizado e estruturado, devendo as atividades ser planeadas e orientadas com esse intuito, constituindo-se objeto de um reconhecimento formal. Assim, através da elaboração do presente relatório, foi partilhado o percurso de desenvolvimento de competências realizado, descrevendo as atividades e estratégias adotadas que conduziram ao desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem, quer comuns aos enfermeiros especialistas, quer específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como competências para a obtenção de um grau de Mestre.

O presente relatório constituiu então o culminar do trabalho desenvolvido ao longo do V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, aliando o percurso completado pelo plano de estudos com uma análise reflexiva acerca do desenvolvimento dos objetivos e das competências mencionadas em contextos reais de prática, ao longo dos ensinamentos clínicos. Esta reflexão e avaliação do percurso de aprendizagem decorrido foi promotora do desenvolvimento pessoal e profissional, levando a desenvolver a autoconsciência e a autoconhecimento quer como pessoa, quer como profissional, e de que maneira poderei continuar a desenvolver as diversas competências preconizadas para o enfermeiro especialista de forma eficaz.

O planeamento, implementação e reflexão crítica da prática e das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos foram adequadas para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda competências de Mestre, contribuindo para formação na área do cuidado especializado em enfermagem à pessoa em situação crítica e contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Em relação às competências comuns do enfermeiro especialista, acompanhar tutores especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, com larga experiência nas áreas em que se inserem, fez com que tivesse um olhar diferente sobre a prática, mais abrangente, mais vasto, abrindo horizontes para dimensões como a prática baseada na evidência, a tomada de decisão, liderança e gestão de cuidados, e ainda o desenvolvimento de um pensamento crítico, de modo a continuar o caminho na procura da excelência dos cuidados, ganhando ferramentas na promoção da melhoria contínua. Assim, foi-me possível

desenvolver e adquirir conhecimentos, habilidades e capacidades que constituem uma mais-valia na minha evolução pessoal e profissional, sendo que para tal muito contribuiu a reflexão sobre a prática. A análise reflexiva sobre a prática foi então um meio de desenvolvimento individual e profissional, e de melhoria de práticas.

Adquiri e desenvolvi competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, através dos ensinamentos clínicos em contextos de aprendizagem complexos (inerentes à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica), bem como diferentes da minha prática profissional diária, que me trouxeram diferentes perspetivas acerca do cuidar, gerando a oportunidade de experienciar e viver situações de cuidados diferentes da minha prática do dia-a-dia.

Desta forma tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência/emergência, cuidados intensivos e unidades específicas da área da cardiologia, levando a um leque de aprendizagens e à aquisição de competências especializadas, desde a intervenção junto com o utente, família e cuidador, a gestão de protocolos complexos, gestão diferenciada da dor e do bem-estar, o desenvolvimento de uma relação terapêutica e comunicação eficiente, fundamental na assistência às perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde.

Durante o mestrado consegui desenvolver e consolidar conhecimentos e competências na intervenção de enfermagem em situações de catástrofe e exceção, desde a conceção de planos de intervenção, bem como a sua aplicação na prática, aliando os conhecimentos das unidades curriculares teóricas, ao facto de o tutor em contexto de urgência/emergência ser o responsável por essa gestão no SU do HSM. Esta situação proporcionou uma análise crítica acerca daquelas que são as *guidelines* existentes, o que é planeado no HSM, em contexto de ensino clínico e ainda o plano de catástrofe implementado no local onde desempenho a minha atividade profissional, o SU do HNM.

Desenvolvi ainda competências acerca do controlo e prevenção da infeção e resistência a antimicrobianos, aprofundando conhecimentos acerca do plano nacional de prevenção e controlo da infeção, bem como outras *guidelines* internacionais neste âmbito, aplicando-as de forma crítica e refletida na prática. Tive a capacidade para intervir nesta área, cumprindo e fazendo cumprir os procedimentos e circuitos estabelecidos, bem como no reconhecimento de necessidades e possíveis melhorias.

Em relação à prestação de cuidados a utentes com distúrbios do ritmo e condução cardíaca, a realização de ensinamentos clínicos em unidades específicas de cardiologia que prestam cuidados a doentes críticos com este tipo de patologia (Unidade de Hemodinâmica, UTIC,

UCICT), foi promotor desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos na área dos distúrbios do ritmo e condução cardíaca, servindo de base científica a toda a prestação de cuidados realizado durante o ensino clínico. Desta forma, pude aplicar os conhecimentos e competências adquiridas durante os ensinamentos clínicos anteriores, dando ênfase especial a esta área. As especificidades desta área levaram a que novas competências e conhecimentos fossem adquiridos, dentro do âmbito de intervenção em enfermagem médico-cirúrgica.

Como aspetos facilitadores da aprendizagem, considero que a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar nos diversos contextos de prática, levando a uma integração eficaz na equipa, bem como um aumento das oportunidades de aprendizagem, levando ao desenvolvimento de um conjunto de bases e competências profissionais que otimizaram o desenvolvimento de competências ao longo do estágio. Já como principal dificuldade aponto a gestão de tempo, tendo sido o curso maioritariamente em regime pós-laboral, articulando a vida pessoal, profissional e académica, naquela que foi uma fase de grande pressão para os profissionais de saúde, durante a pandemia por Sars-Cov 2.

Finalizando, o percurso realizado contribuiu substancialmente para o enriquecimento, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Este permitiu desenvolver competências no âmbito da enfermagem especializada à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência/emergência, cuidados intensivos e no âmbito do cuidado ao doente com perturbações do ritmo e condução cardíaca, que contribuem para prestação de cuidados de enfermagem sustentados em intervenções especializadas. Considero que desenvolvi as competências necessárias para o desenvolvimento de uma intervenção especializada em enfermagem médico-cirúrgica, bem como adquirir ferramentas para prosseguir com o desenvolvimento das mesmas de maneira autónoma, refletindo sobre a prática e sobre as necessidades de melhoria.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aehlert, B. (2017). *ACLS Study Guide* (5<sup>th</sup> ed.). Elsevier
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 82–89. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Alonso, R. M., & Tobón, B. G. (2016). Prevalência e microbiologia da pneumonia nosocomial no serviço de medicina interna. *Revista Lunarium*, 32(5), 542-550.
- Assumpção, A. & Moreira, D. (2018). Arritmias cardíacas na sala de emergência e UTI: Bradiarritmias: Como identificar e tratar o paciente com baixa perfusão. *Revista SOCESP*, 28(3), 296-301.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Darrieux, F. & Scanavacca, M. (2018). Arritmias ventriculares sustentadas: A tempestade chegou. *Revista Sociedade de Cardiologia do estado de S. Paulo*, 23(3), 291-295. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182803291-5>
- Decreto-Lei nº 161/96. **Diário da República** I série. 205 (27/05/2015). Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª Série. 157 (16-08-2018). Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventario de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde - Norma nº 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Disponível na DGS.

- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares*. [https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS\\_PNDCCV\\_VF.pdf](https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/PPCIRA-Orientacoes-programaticas.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>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Infeções associadas aos cuidados de saúde: uma ameaça para a segurança dos doentes na Europa*. ECDC. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/pt/publications-data/infecoes-associadas-aos-cuidados-de-saude-uma-ameaca-para-seguranca-dos-doentes>
- European Society of Cardiology (2019). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *European Heart Journal*, 41, 655–720. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz467>
- European Society of Cardiology (2020). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42, 373–498. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>
- European Society of Cardiology (2021). 2021 ESC Guidelines on Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization therapy. *European Heart Journal*. N° 00, 1–94. [doi:10.1093/eurheartj/ehab364](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab364)
- European Society of Cardiology. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European Heart Journal*, 36, 2793–2867. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv316>
- Filho, A; Pynthiá, J. & Shmidt, A. (2003). Distúrbios do ritmo cardíaco. *Medicina Ribeirão Preto*, 36, 151-162.

- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*, 1-7. <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>.
- Godinho, F. (2018). *Catástrofe ou emergência multivítimas: Desenvolvimento de competência para uma intervenção especializada de enfermagem* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de situações de exceção. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- Jesus, B. L. S., Vasconcelos, A. I. S., Paixão, F. S. de G., & Valera, G. G. (2021). A importância do enfermeiro na interpretação do eletrocardiograma: assistência de qualidade. *Uningá Journal*, 57. [https://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/download/3986/2407#:~:text=Pr%20essup%C3%B5e%2Dse%2C%20dessa%20forma%2C,\(IAM\)%2C%20por%20meio%20de](https://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/download/3986/2407#:~:text=Pr%20essup%C3%B5e%2Dse%2C%20dessa%20forma%2C,(IAM)%2C%20por%20meio%20de)
- Jesus, É. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://hdl.handle.net/10216/9768>
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. essai sur un attracteur étrange*. Les Éditions d'Organisation.
- Lei nº 80/2015. **Diário da República** I Série. 149 (03/08/2015). 5311-5326. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/normal?q=Lei+n%C2%BA%2080%2F2015>

- Maltez, A. & Moura, L. (2016). *Internamentos e óbitos por transtornos de condução e arritmias cardíacas no estado de Bahia*. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador.
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2007). *PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (6ª ed.). São Paulo.
- OCDE. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ddcd9abf-en>
- Oliveira, P. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: Percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique). <http://hdl.handle.net/11328/136>
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/06/Manual-Apoio-Enfermagem-Patologia-Cardiovascular.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, (26). <https://docplayer.com.br/39088-Um-novo-modelo-de-desenvolvimento-profissional-um-projecto-em-marcha-certificacao-de-competencias-e-individualizacao-de-especialidades-em-enfermagem.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Modelo integrado de emergência pré-hospitalar*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH\\_protég.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_protég.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*
- Palmegiani, E. & Lorga, A. (2015). Quando indicar ablação para as principais arritmias atriais e ventriculares. *Revista SOCESP*, 25(4), 219-26. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/429714/07\\_revistasocesp\\_v25\\_04.pdf#:~:text=Na%20taquicardia%20por%20reentrada%20sinoatrial,e%20alta%20taxa%20de%20sucesso14.](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/429714/07_revistasocesp_v25_04.pdf#:~:text=Na%20taquicardia%20por%20reentrada%20sinoatrial,e%20alta%20taxa%20de%20sucesso14.)

- Park, S. & Fishman, G. (2011). The cardiac conduction system. *Circulation AHA*, 123, 904-915
- Park, S. & Fishman, G. (2017). Development and Function of the Cardiac Conduction System in Health and Disease. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 4(7). <https://doi.org/10.3390/jcdd4020007>
- Pereira, J.B. & Jung, L.A (2020). Fisiologia cardiovascular para o anestesista: O coração. *Revista Brasileira de Anesiologia*, 30-1, 39-52. <https://www.bjan-sba.org/article/5f9c9dd68e6f1a40018b4701/pdf/rba-30-1-39.pdf>
- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>
- Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>
- Rodrigues, M., Lopes, G. de S., De Souza, L. A., Bié, A. L. de A., Colares, L. D. S., de Sousa, A. C. O., Fonseca, F. S., Martins, F. M., de Souza, & Antão, N. S. S. (2021). Angioplastia Coronária: adversidades e possibilidades na assistência de enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2347-2366. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-189>
- Santos Medina, M., Ricardo Mora, E., Rodríguez Ramos, M. A., & Batista Bofill, S. (2020). Parada cardíaca súbita por arritmia ventricular em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *CorSalud*, 12(1), 46-53. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124643>
- Scuotto, F., Voss, T. H., Paul, L. C., Fenelon, G., & Figueiredo, M. J. de O. (2018). Arritmias na sala de emergência e uti. Taquicardias de qrs estreito: fundamentos para a abordagem. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de S. Paulo*, 28(3). 276-85. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916531>

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