



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e
Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto**

**O CUIDADO ESPECIALIZADO NO TRANSPORTE
DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO
EXTRA-HOSPITALAR NAS REGIÕES AUTÓNOMAS**

Marília de Fátima Martins Cordeiro

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

Funchal,

2025

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e
Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto**

**O CUIDADO ESPECIALIZADO NO TRANSPORTE
DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO
EXTRA-HOSPITALAR NAS REGIÕES AUTÓNOMAS**

Marília de Fátima Martins Cordeiro

Orientador: Professor Doutor Daniel Cunha

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

**Funchal,
2025**

“Não existe transformação sem aprendizado e conhecimento”

(Marcus Aurelio, n.d.)

AGRADECIMENTOS

Com a finalização deste relatório de estágio, não poderia deixar de agradecer aos que me acompanharam nesta caminhada, direta ou indiretamente e que me ajudaram neste percurso de enriquecimento pessoal e profissional.

Dirijo os meus sinceros agradecimentos, à minha família que me apoiou em diversas fases desta caminhada, aos professores pela disponibilidade e transmissão de conhecimentos, nomeadamente ao meu orientador deste percurso, ao Professor Dr. Daniel Cunha, que em muitos momentos reforçou positivamente a minha progressão.

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos estágios e aos enfermeiros tutores na prática clínica, por todas as oportunidades de aprendizagem que proporcionaram, permitindo-me o desenvolvimento das competências adquiridas.

Um agradecimento final e muito especial a quem já não está presente na minha vida por diversos motivos, mas que me possibilitou a realização do Mestrado e aos amigos que a meu lado sempre demonstraram apoio incondicional ao longo de todo este percurso.

A todos o meu muito e sincero OBRIGADA

RESUMO

O presente relatório integra-se no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto, para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica e grau de Mestre.

O documento tem como objetivos: Evidenciar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica; e apresentar os resultados da revisão da literatura realizada, atividade crucial para a obtenção das competências de mestre.

O desenvolvimento e aquisição das respetivas competências, ocorreu em contexto académico e através da prática clínica especializada, nomeadamente num serviço de Medicina Intensiva Polivalente, numa Urgência Polivalente, e por fim o estágio de opção, realizado nas Regiões Autónomas Autónoma dos Açores e Madeira, respetivamente na Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida e o serviço de Triage e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações, na equipa de Suporte Imediato de Vida, na Linha de Emergência Médica e na Unidade de Evacuações Aéreas. Os diversos contextos da prática clínica especializada em contexto pré-hospitalar, demonstram uma ampla atuação do Enfermeiro Especialista, tendo em vista os melhores resultados aquando do transporte da Pessoa em Situação Crítica. Assim é fundamental compreender o transporte da Pessoa em Situação Crítica, os seus riscos, variáveis e componentes.

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, aludindo aos contextos letivo e da prática, pretende-se demonstrar o resultado do percurso realizado, nomeadamente no cuidar da pessoa em situação crítica, família e/ou cuidadores a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica; no dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos; e no adquirir e desenvolver as competências de mestre.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Enfermagem Médico-Cirúrgica; Transferência de pacientes; Pessoa em Situação Crítica; Cuidado Especializado; Pré-hospitalar.

ABSTRACT

This report is part of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Situations, from the Escola Superior de Saúde de São José de Cluny, in partnership with the Escola Superior de Saúde de Santa Maria do Porto, to acquire the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the care of People in Critical Situations and a Master's degree.

The document aims to: Highlight the acquisition and development of common skills of the Specialist Nurse and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the care of People in Critical Situations; Present the results of the literature review carried out, a crucial activity for obtaining master's skills.

The development and acquisition of the respective skills took place in an academic context and through specialized clinical practice, namely in a Multipurpose Intensive Medicine service, in a Multipurpose Emergency Department, and finally the optional internship, carried out in the Autonomous Regions of the Azores and Madeira, respectively in the Rapid Intervention Medical Team and on the Telephone Triage and Counseling service of the Integrated Communications Center, and on the Immediate Life Support team, and Medical Emergency Line and on Air Evacuation Unit. The different contexts of specialized clinical practice in the pre-hospital context demonstrate the broad scope of action of the Specialist Nurse, with a view to achieving the best results when transporting a Person in a Critical Situation. Therefore, it is essential to understand the transportation of Persons in Critical Situations, their risks, variables and components.

Through a descriptive, analytical and reflective methodology, alluding to the teaching and practical contexts, the aim is to demonstrate the result of the journey undertaken, namely in caring for people in critical situations, families and/or caregivers experiencing processes of critical illness and/or organic failure; in streamlining the response in emergency, exceptional and catastrophic situations; in maximizing intervention in the prevention and control of infection and antimicrobial resistance; and in acquiring and developing master skills.

Keywords: Specialist Nurse, Medical-Surgical Nursing; Patient transfer; Person in Critical Situation; Specialized Care; Pre-hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALS - Advance Life Support

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIP - Cuidados Intensivos Polivalente

CROS - Centro Regional e Operações de Socorro

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

EC - Ensino Clínico

ECDPC - European Center for Disease Prevention and Control

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Interna

EMIR - Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida

EPSC - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

FAP - Força Aérea Portuguesa

GNR - Guarda Nacional Republicana

HSEIT - Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IAMCSST - Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LEM - Linha de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAF - Projeto de Autoformação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

PPCIRA - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PSP - Polícia de Segurança Pública

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM - Região Autónoma da Madeira

SAGE - Sala de Atendimento e Gestão de Emergências

SAV - Suporte Avançado de Vida

SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil

SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SRPC-IP-RAM - Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

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

STEMI - Enfarte do Miocárdio com Elevação do Segmento ST

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAS - Tripulante de Ambulância e Socorro

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UEA - Unidade de Evacuações Aéreas

UP - Urgência Polivalente

VV - Vias Verdes

LISTA DE FIGURAS

Figura nº1- Revisão integrativa de literatura.....	77
--	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. CUIDADO ESPECIALIZADO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR	Erro! Marcador não definido.
1.1. Transporte do doente crítico: uma visão global	Erro! Marcador não definido.
1.2. Transporte do doente crítico na RAA e RAM ...	Erro! Marcador não definido.
2. CUIDADO ESPECIALIZADO NO CUIDAR DA PSC	25
2.1. Contextos da prática clínica	25
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	39
3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	40
3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	44
3.3. Domínio da gestão dos cuidados	48
3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	51
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	54
4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	55
4.2. Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	60
4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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 resposta em tempo útil e adequadas	63
5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	69
5.1. Atividades desenvolvidas	73
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	101

INTRODUÇÃO

O presente relatório, surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com relatório-módulo III”, do curso de mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), a decorrer no ano letivo 2023/2024, na Escola Superior de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria do Porto, publicado em Diário da República nº218/2020 a 09 de novembro de 2020, de acordo com o Despacho nº 10960/2020 e de acordo com o Decreto-Lei nº115/2013, do Ministério de educação e Ciência, cito para a obtenção de grau mestre, o ciclo de estudos deverá integrar: “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (p. 4752).

Como tal, foram realizados os trabalhos necessários à obtenção de grau mestre, no qual este relatório se insere e que sintetiza as atividades realizadas academicamente e de acordo com os Ensinos Clínicos (EC), em contexto de Urgência Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e de opção clínica, nomeadamente em contexto extra-hospitalar, contribuindo para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), referente aos cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PSC), contempla três estágios obrigatórios: Estágio I, Urgência Polivalente (UP); Estágio II, Cuidados Intensivos Polivalente (CIP) e o Módulo II do estágio com relatório, o estágio de Opção.

O estágio I, foi realizado numa UP, da Região Autónoma dos Açores (RAA). Esta UP, tem como missão receber e estabilizar os doentes críticos do Grupo Central e Ocidental, localizando-se a Unidade de Evacuações Aéreas (UEA) dos Açores, no mesmo espaço físico, sendo esta responsável pelo transporte definitivo após estabilização da PSC, para o hospital de referência dos Açores, ou para outros hospitais, que exercem protocolos com esta RAA, de acordo com as especialidades disponíveis.

O estágio II, foi realizado em CIP, na RAA, uma vez que este é responsável pelo tratamento e/ou estabilização da PSC, até à sua evacuação para os hospitais de referência ou que exercem os protocolos com esta RAA, para além de que estes CIP, são referência a nível Regional, da consulta de *Follow-up* e de investigação em cuidados de enfermagem, em

diversos temas, nomeadamente na prevenção, intervenção e no controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, sendo implementados rigorosos métodos de prevenção na sua intervenção à PSC.

O módulo II do estágio com relatório, o estágio de opção, foi executado na RAA, na viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV), na UEA e LEM, e na Região Autónoma da Madeira (RAM), na Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR), uma vez que são equipas de referência em ambas as regiões autónomas, em contexto extra-hospitalar.

Os objetivos definidos para este relatório são:

- Demonstrar a aquisição de competências de EE em EPSC, através da exposição e reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido academicamente e em contexto prático;
- Apresentar os resultados da revisão integrativa de literatura elaborada.

Com a defesa pública deste documento, que integra o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica do enfermeiro especialista em PSC, bem como os quatro domínios de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências do EE em EPSC, almejo a obtenção do grau de mestre em Enfermagem e título de EEEMCPSC.

A nível pessoal, estabeleci a contínua procura de conhecimento, exercendo um percurso profissional fundamentado, através de esforço próprio e o desenvolvimento de competências, uma vez que o contacto com a PSC, “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” (Decreto-Lei nº135, regulamento nº429/2018, p.19363), é uma constante a nível profissional, como enfermeira a exercer funções numa unidade de cuidados intermédios polivalente e presentemente na aquisição de competências como EE e grau mestre, em contexto de EC.

As competências do eeemcpsc, encontram-se definidas no regulamento nº429/2018: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e

O estágio II, foi realizado em CIP, na RAA, uma vez que este é responsável pelo tratamento e/ou estabilização da PSC, até à sua evacuação para os hospitais de referência ou que exercem os protocolos com esta RAA, para além de que estes CIP, são referência a nível Regional, da consulta de *Follow-up* e de investigação em cuidados de enfermagem, em diversos temas, nomeadamente na prevenção, intervenção e no controlo de infeção e de

resistência a antimicrobianos, sendo implementados rigorosos métodos de prevenção na sua intervenção à PSC.

O módulo II do estágio com relatório, o estágio de opção, foi executado na RAA, na viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV), na UEA e LEM, e na Região Autónoma da Madeira (RAM), na Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR), uma vez que são equipas de referência em ambas as regiões autónomas, em contexto extra-hospitalar.

Os objetivos definidos para este relatório são:

- Demonstrar a aquisição de competências de EE em EPSC, através da exposição e reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido academicamente e em contexto prático;
- Apresentar os resultados da revisão integrativa de literatura elaborada.

Com a defesa pública deste documento, que integra o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica do enfermeiro especialista em PSC, bem como os quatro domínios de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências do EE em EPSC, almejo a obtenção do grau de mestre em Enfermagem e título de EEEMCPSC.

A nível pessoal, estabeleci a contínua procura de conhecimento, exercendo um percurso profissional fundamentado, através de esforço próprio e o desenvolvimento de competências, uma vez que o contacto com a PSC, “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” (Decreto-Lei nº135, regulamento nº429/2018, p.19363), é uma constante a nível profissional, como enfermeira a exercer funções numa unidade de cuidados intermédios polivalente e presentemente na aquisição de competências como EE e grau mestre, em contexto de EC.

As competências do EEEMCPSC, encontram-se definidas no Regulamento nº429/2018: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a 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. Assim, a metodologia utilizada neste relatório será descritiva, analítica e crítica, tendo por base os conhecimentos adquiridos em contexto académico, em contexto prático através dos ensinamentos clínicos realizados em unidades diferenciadas de cuidados e pela evidência científica atual, recorrendo aos documentos facultados para consulta e orientação.

A título profissional e pessoal, os EC e a seleção do tema, para a revisão integrativa de literatura, intitulada “o cuidado especializado no transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar”, deve-se ao facto de deter um carinho e interesse pela temática, dada a minha participação e atuação durante alguns anos neste contexto.

Este relatório, organiza-se com a seguinte estrutura: introdução, seguido do enquadramento ao cuidado especializado no transporte doente crítico em contexto extra-hospitalar, tema que se subdivide em Transporte do doente crítico, uma visão global e transporte do doente crítico na RAA e RAM. De seguida é efetuada uma análise do cuidado especializado no cuidar da PSC, abordando os contextos da prática nos subcapítulos seguintes. Posteriormente é realizada a exposição da aquisição das competências comuns do EE, pelos quatro domínios do EE e a aquisição das competências específicas do EEEMCPSC. O relatório, termina com uma reflexão sobre a aquisição das competências de grau mestre, as atividades desenvolvidas para alcançar o grau supracitado e no fim a conclusão final do relatório.

Ao longo deste documento foram utilizadas, para as citações e referências bibliográficas, as normas preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, *American Psychological Association*, 7ª edição, exposto no documento “Elaboração de trabalhos académicos síntese de orientações.

1. O CUIDADO ESPECIALIZADO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

Em Portugal, a presença do enfermeiro no transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo amplamente descritos os contributos da sua existência. Em 2018, a OE, reconheceu a competência acrescida diferenciada em extra-hospitalar, enaltecendo o trabalho dos enfermeiros neste contexto, sendo a intervenção do enfermeiro determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa e sua família, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados, contribuindo desta forma para a diminuição da taxa da mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade, ou seja, essencial ao *outcome* da PSC (OE, 2018).

O cuidado especializado é definido pela OE, como a relação entre profissionais mais qualificados e mais e melhores cuidados de saúde, pelo que o EE, desempenha o papel de enfermeiro com funções avançadas ou especializadas, dotado de competências específicas, científicas e técnicas, desempenhando atividades do seu âmbito de competências mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais. Assim sendo, a especialização dos enfermeiros e do seu cuidar, surge como resposta aos desafios atuais de saúde e às necessidades do cuidado ao doente crítico e neste contexto, reflete-se em ganhos de eficiência e efetividade em saúde e numa prestação de cuidados de qualidade, uma vez que estes são dotados de conhecimentos especializados e possuem uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada (OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem do EE, são definidos como cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à PSC, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida e prevenindo complicações, limitando incapacidades, tendo como objetivo a recuperação total. Estes cuidados podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe e onde existe risco de vida (Regulamento nº429/2018). Sendo o doente crítico, definido como aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018, p.19362).

Esta tipologia de doentes, por se encontrar, no contexto intra e extra-hospitalar, é necessário considerar o seu transporte, sendo este definido em duas categorias: primário e secundário, “o transporte primário corresponde àquele realizado do ambiente extra-hospitalar para uma unidade de saúde; enquanto o transporte secundário compreende o transporte entre unidades de saúde” (SPCI & OM, 2023, p.11).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) “a principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado” (SPCI & OM, 2008, p.16), podendo existir também a necessidade de transporte secundário, caso exista necessidade de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não disponíveis em hospital de origem. Tendo em conta os riscos inerentes do transporte, primeiramente a PSC deverá ser estabilizada no hospital de origem (SPCI; OM, 2023). Já a segurança do paciente, é simplesmente definida como “prevenção de danos aos pacientes” (Hickey & Giardino, 2019, p.33).

Assim sendo, compreender o transporte do doente crítico, os seus riscos, variáveis e componentes, é importante para a definição do cuidado especializado à PSC, que é um conceito que foi evoluindo ao longo do tempo, pelo que vários autores, fazem referência à atuação dos enfermeiros, por estes assumirem “um papel importante na assistência à população em contexto pré-hospitalar. A atuação do enfermeiro, que exerce a sua atividade no contexto extra-hospitalar, exige o domínio de competências em diversas áreas, nomeadamente: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria da Qualidade, Gestão do Cuidado, Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional, Domínio da Prestação Técnica de Cuidados à Pessoa e Domínio da Condução de Emergência” (Canas, Malta & Oliveira, 2022, p.5), para a manutenção da qualidade, definida como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Hickey & Giardino, 2019, p.33).

Por considerar pertinente no contexto extra-hospitalar, o conhecimento das intervenções de enfermagem efetuadas aquando do transporte do doente crítico promotoras de melhores resultados, foi efetuada uma revisão integrativa de literatura, da qual resultaram quatro documentos elegíveis. Estes foram incluídos neste relatório, assim como outras referências, pelo seu contributo ao tema em estudo e com o objetivo de enriquecer o

conhecimento sobre os cuidados especializados e as intervenções promotoras de melhores resultados no transporte da PSC.

Uma vez que, o transporte de doentes, sofreu diversas mudanças, sendo o contexto extra-hospitalar, desafiante ao integrar a tecnologia ao cuidado, na eliminação de riscos e garantir assistência durante o trajeto, destacando-se o papel do enfermeiro, sendo este “o profissional mais capacitado a conduzir o uso de materiais e informações garantindo segurança e manutenção ininterrupta do quadro clínico dos enfermos, porém, o transporte é um trabalho que exige a atuação de toda a equipe multiprofissional capacitada” (Vitório et al., 2018, p.107).

São exemplos dos cuidados especializados e a relevância da atuação do enfermeiro, nos seguintes contextos: pediatria, uma vez que “o atendimento pré-hospitalar de crianças requer conhecimentos, equipamentos e habilidades interpessoais específicos que são distintos daqueles usados para cuidar de adultos (...), levando potencialmente a uma falta de conforto na avaliação dos pacientes e no tratamento das crianças” (Rampogal, et al., 2018, p.1). Verifica-se que em ambiente de emergência pré-hospitalar, “a reanimação pediátrica é um evento de alto estresse, baixa frequência e tecnicamente desafiador (...). Em comparação com a reanimação em paragem cardíaca em adultos, a reanimação pediátrica tem uma complexidade adicional relacionada com a dosagem de medicamentos, dimensionamento e seleção de equipamento, e uma componente emocional extra, levando a uma maior ansiedade para os prestadores” (Woods, et al., 2019, p.1). No caso de convulsões em idade pediátrica, esta “pode estar associada a um mau prognóstico e exige intervenção imediata” (Barros, 2023, p.186), atuando o enfermeiro, enquanto líder de equipa em contexto extra-hospitalar, uma vez que “a falha em reconhecer um paciente em deterioração é uma causa comum de eventos adversos graves” (Pullyblank, 2020, p.381).

No caso de pacientes politraumatizados, estes também beneficiam com os cuidados de enfermagem especializados, uma vez que, os enfermeiros são dotados de conhecimento em cuidados cirúrgicos críticos, pelo que ao introduzi-los à chegada do paciente, é possível melhorar a sua segurança, ao ser fornecido uma perspetiva especializada de enfermagem, em momentos críticos do percurso clínico do paciente (Liu et al., 2019).

Não obstante, todas as outras situações, neste contexto, revelam-se um desafio ao EE, uma vez que o ambiente pré-hospitalar, pelas condições apresentadas e pela dificuldade na manutenção de uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados, poderá dificultar o aconselhamento adequado e consistente à família e PSC, podendo levar a que os

pacientes, recorram novamente aos seus serviços (Farhat, et al., 2023), sobrecarregando os serviços de emergência.

Para além de que, “apesar da otimização do atendimento hospitalar, os resultados dos pacientes podem ser agravados pela variedade de manuseio no pré-hospitalar” (Chuck, et al., 2021, p.1145). O mesmo autor refere que, em doentes que sofreram Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), verifica-se que as intervenções pré-hospitalares, têm um impacto significativo, uma vez que os prestadores de cuidados pré-hospitalares, confiam no seu julgamento clínico, avaliando a presença e gravidade do TCE, pelo que as intervenções pré-hospitalares, têm efeitos nos resultados a longo prazo (Chuck et al., 2021).

As competências não técnicas são igualmente fundamentais para marcar a diferença no que se traduz em melhores resultados ao nível da qualidade dos cuidados prestados, destacando-se as seguintes: capacidade de liderança, juízo clínico e trabalho de equipa. Assim sendo, o enfermeiro contribui para a diminuição de riscos e complicações associadas ao cuidado, tendo como resultado a redução de morbilidades, pela melhoria efetiva do estado clínico dos doentes, para além de que, os enfermeiros são o primeiro ponto de contacto para os familiares, reconhecendo e respondendo às suas necessidades, de acordo com a tríade: enfermeiro, doente e família, desempenhando um papel importante na prestação de cuidados de qualidade e seguros (Hickey & Giardino, 2019; Barros, 2023).

De acordo com Vitório (2018), o enfermeiro, é a figura essencial no acompanhamento da evolução do paciente, uma vez que detém saberes científicos de todas as áreas, conseguindo com mais facilidade identificar alterações que devem ser corrigidas e dar prioridades às intercorrências, além de intervir, preconizando a antecipação das mesmas. Também compete ao enfermeiro o planeamento do transporte e a avaliação da instabilidade do paciente. Pelo que, “o papel do enfermeiro em contexto extra-hospitalar é incontornável” (Barros, 2023, p.196). Compete ao enfermeiro estabelecer recursos favoráveis, qualificar e sintetizar a disponibilidade dos mesmos, para o transporte do doente crítico, de acordo com o seu estado clínico e a assistência prestada, pelo que o transporte vai além da estabilização, funcionando como uma extensão de cuidados (Vitório et al., 2018).

Por sua vez, Hickey & Giardino (2019), referem que o papel dos enfermeiros, varia muito em todo mundo, sendo constante na profissão de enfermagem, que os enfermeiros sejam comprometidos em servir a sociedade e tenham uma práxis de saúde segura e de alta qualidade, para todos os que requerem os seus cuidados, isto é possível através de iniciativas de segurança e qualidade em curso em todo mundo, por forma a alcançar melhores resultados em saúde, tendo por base a implementação de evidências científicas disponíveis e melhorar

as práticas. Sendo que são os enfermeiros que “compreendem os processos de cuidados, incluindo o que funciona bem e o que não funciona, e têm a experiência clínica e o conhecimento científico necessários para melhorar os processos de cuidados que levam a resultados mais eficazes para os pacientes” (Hickey & Giardino, 2019, p.30). São os conhecimentos e as competências na área do doente crítico, que se estabelece à estabilização e transporte, “ganhando assim preciosos minutos que podem permitir salvar vidas e/ou diminuir incapacidades” (Barros, 2023, p.189).

Pelo que, também Vasconcelos, Lopes & Souza (2014) corroborado por Vitório et al. (2018), refere que o enfermeiro é o mais apto a conduzir o transporte, de todos os profissionais que participam na assistência, uma vez que, alinha saberes de forma segura ao paciente, adotando medidas com maior coerência e desenvolve ações assistenciais e de cuidado, administrativas e operacionais, com menor risco de vida, interagindo com a equipa multidisciplinar que compõe o transporte. O papel do enfermeiro durante o transporte, deverá ser observar e ser capaz de perceber alterações hemodinâmicas, tais como: alterações ao nível do padrão respiratório, hemorragias, aumento da dor e diminuição do estado de consciência, paragem cardíacas, entre outras), que possam agravar o estado de saúde do paciente. Pelo que, “a situação do transporte inter-hospitalar deve ser tratada como uma prioridade e (...) devem ser minimizados os riscos de morbilidade e mortalidade e outras complicações associadas ao transporte de pacientes de forma a promover competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados” (Vasconcelos, Lopes & Souza, 2014, p.109-110).

Identificou-se na revisão integrativa, através dos resultados sumários dos quatro documentos elegíveis, para responder à questão de investigação, as seguintes dificuldades/deficiências, aquando do transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar: a falta de experiência, de treino de pessoal, equipamentos (falha do equipamento), dificuldades logísticas (repatriação de equipamentos) e estabilização precoce do doente antes da partida do local de origem para o local de chegada, mecanismos de recolha de dados, pelo que durante o transporte os pacientes poderão correr alto risco de deterioração do estado neurológico, hemodinâmico (a hipotensão foi a deterioração clínica mais comum) e respiratório, podendo evoluir até à morte, pelo que o transporte não se resume em deslocar pacientes de um lado para outro, mas sim na comunicação entre equipas em diferentes locais, com a família e com a equipa multidisciplinar. Destacando-se o recurso a uma *check-list*, empregue aquando das transferências e a inexistência de extubações ou eventos relacionados às vias aéreas, nos grupos inter-hospitalares, durante as transferências. Nestes artigos são

ainda abordados os motivos das 286 transferências inter-hospitalares, entre os quais: inexistência de camas para o atendimento no hospital original; necessidade de cuidados especializados num centro terciário, principalmente para intervenção cirúrgica e necessidade de transferência, por motivos não clínicos (Denton et al., 2021).

Por outro lado, no cuidado inicial de enfermagem a doentes que sofreram queimaduras, os enfermeiros enfrentam diversos desafios para gerir eficazmente os cuidados críticos agudos, reabilitação e cuidados de longo prazo. Para tal, o enfermeiro deve ter como consideração primária: cuidar da dor, uma vez que permite um “melhor tratamento de feridas, sono, participação nas atividades da vida diária, qualidade de vida e recuperação a longo prazo” (Carey et al., 2021, p.1).

O autor anterior, também refere que além da própria queimadura, as terapias utilizadas para a tratar agravam a dificuldade de controle da dor porque a maioria dessas intervenções está associada à dor (troca de material de penso, excisão e enxerto e fisioterapia). Assim sendo, o controle da dor deve ser uma consideração fundamental, nos cuidados de enfermagem, aos doentes portadores de queimaduras. Para além desse cuidado, uma das prioridades nos cuidados de enfermagem, é o reaquecimento rápido, que permite: evitar perda de calor, devendo os enfermeiros, conhecer e administrar prontamente medidas adequadas de reaquecimento, promovendo a sobrevivência com queimaduras graves. Devem os enfermeiros ter em consideração que a lesão não afeta apenas a saúde física, podendo ter implicações a longo prazo para a saúde mental e qualidade de vida do paciente, bem como ter em atenção o risco de sub-ressuscitação e sobre-ressuscitação, sendo que ambos são indesejáveis (Carey et al., 2021).

Em relação à sépsis, o mesmo autor, afirma ser fundamental que os enfermeiros a identifiquem precocemente, uma vez que existe um aumento significativo na taxa de mortalidade, relacionada com cada hora de atraso na administração de antibióticos após o início de hipotensão, “assim, são necessários conhecimentos e habilidades de enfermagem especializada para identificar os sinais iniciais de deterioração da sepse recentemente desenvolvida, bem como a implementação contínua das melhores práticas baseadas em evidências para o paciente com sepse conhecida” (Carey, et al., 2021, p.263). Os enfermeiros frequentemente são os primeiros membros da equipa interdisciplinar a identificar a sépsis, pelo que desempenham a importante função de mobilizar a equipa, recorrendo à implementação de estratégias de comunicação “baseadas em evidências para transmitir uma comunicação precisa e oportuna entre as disciplinas de saúde, por exemplo, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação” (Carey et al., 2021, p. 267), podendo os

enfermeiros recomendar a necessidade urgente de avaliação e/ou a implementação de pacotes prescritivos de sépsis, dos quais exijam cuidados intensivos de enfermagem, tais como: hemoculturas, antibióticos, exames laboratoriais iniciais, necessidade de vasopressor ou suporte fluido. A urgência das intervenções e a monitorização de possíveis complicações, podem exigir intervenções de enfermagem quase constantes, pelo que deverá ter-se em atenção que “dadas estas exigências, é imperativo, caso a condição do paciente o justifique, que a proporção enfermeiro-paciente seja ajustada para permitir que os enfermeiros completem as modalidades de reanimação e resgatem os pacientes de sepse com risco de vida” (Carey et al., 2021, p. 267).

Num estudo de melhoria, Howard, et al. (2019), obtiveram os seguintes resultados e conclusões, referentes ao cuidado pré-hospitalar com doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST): existe evidência na literatura, dos benefícios do tratamento pré-hospitalar, nestes doentes, pelo que “o reconhecimento e a intervenção precoces são fundamentais na apresentação aguda e emergente da doença cardíaca isquémica e têm o potencial de melhorar a experiência do paciente, prevenir mortes e reduzir a morbilidade a longo prazo” (Howard et al., 2019, p.2). Existem várias áreas com potencial de melhoria, “centradas em três domínios-chave do serviço: prática clínica, formação e equipamento/medicação clínica (Howard, et al., 2019, p.1)”. Os autores, utilizaram vários indicadores, a partir do estudo da literatura: em pacientes, com diagnóstico de STEMI (Enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST), receberam um Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações; com diagnóstico provisório de IAMCSST, receberam aspirina; com diagnóstico provisório de IAMCSST, receberam trinitrato de glicerina; com diagnóstico provisório de IAMCSST; receberam clopidogrel; sendo que alguns receberam as quatro medidas (Howard et al., 2019).

Por sua vez, num estudo retrospectivo, para determinar se o transporte extra-hospitalar, trabalha em conformidade com os feixes de intervenções para melhorar os resultados em pacientes com sépsis diminuindo a mortalidade, recomendam o diagnóstico e intervenção precoce, uma vez que a sépsis é considerada “uma das principais causas de mortalidade por infecção” (Alhusain, et al., 2019, p.276). Assim sendo, é esperado que o enfermeiro cuide do paciente de forma oportuna para o tratamento da sépsis, através das seguintes intervenções: dependendo da pressão arterial, a reposição de fluídos precocemente; a administração de antibióticos e o transporte dos pacientes para o centro de atendimento adequado (Alhusain, et al., 2019). Os mesmos autores, referem que em estudos anteriores, existiu uma melhoria dos resultados em diferentes condições de saúde, após as intervenções

do enfermeiro, contudo neste estudo apenas a verificação dos valores de lactato era estatisticamente significativa entre os dois grupos em estudo, não existindo diferenças nos demais feixes da via verde sépsis ou na mortalidade geral, refletindo a falta de consciencialização sobre a sépsis nos cuidados pré-hospitalares, pelo que protocolos de gestão da via verde sépsis, neste contexto, constituem uma área potencial para melhoria (Alhusain, et al., 2019).

Desta forma, verifica-se a importância do EE e do cuidado especializado neste contexto, bem como a aplicação de evidência científica, para executar os cuidados promotores de ganhos em saúde.

1.1. Transporte do doente crítico: uma visão global

O transporte do doente crítico, em Portugal, evoluiu e diversificou-se de acordo com as necessidades da PSC, tendo em 2023, a SPCI, criado um documento de recomendações para o transporte do doente crítico adulto, onde é determinado os meios humanos e materiais necessários a um transporte seguro da PSC. Este documento, corrobora os dados encontrados na revisão integrativa de literatura, nas fases que antecedem e de transporte da PSC: decisão, planeamento e efetivação do transporte, enaltecendo o cumprimento de uma *check-list* e de protocolos já definidos para cada situação, por elementos devidamente formados e treinados para o efeito, quer seja o transporte efetuado, por meio terrestre, marítimo ou aéreo (SPCI & OM, 2023).

Em cada contexto do transporte do doente crítico, é necessário considerar a segurança da PSC, tal como previsto no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) de 2021-2026, onde a comunicação, a liderança e governança, a cultura de segurança e a prevenção, gestão de incidentes e implementação de práticas seguras em ambientes complexos de forma contínua, é essencial para os ganhos em saúde. Note-se que no contexto extra-hospitalar, o EE, desempenha um papel importante na manutenção constante de segurança da PSC, como previsto nas suas competências.

O transporte da PSC, em contexto extra-hospitalar, envolve inúmeros riscos, os quais são justificados pela necessidade de transporte por inexistência de meios suficientes no hospital original, para o hospital com a especialidade necessária aos cuidados adequados à PSC, ou pela gravidade das lesões inerentes ao sinistro. Contudo os cuidados aquando do transporte não deverão ser inferiores aos cuidados prestados no serviço de origem, pelo que a presença de EE é essencial neste contexto, pois permite a manutenção dos cuidados de qualidade, devido à sua qualificação técnica, formação e experiência clínica, quer seja no

transporte primário e/ou secundário da PSC, tal como determinado no Parecer técnico da Mesa do Colégio da Especialidade Médico-cirúrgica (Parecer nº 9 de 2017).

A falha em reconhecer um paciente em deterioração, é uma causa comum de eventos adversos sérios (Pullyblank, et al., 2020), pelo que, os enfermeiros enfrentam a responsabilidade de tomar decisões autónomas imediatas e fornecer cuidados adequados à PSC, num ambiente de cuidados que pode rapidamente se tornar stressante, caótico e exigente, exigindo que os enfermeiros permaneçam alerta e preparados para desenvolvimentos inesperados antes e durante o transporte até chegar a instalações médicas de emergência, devendo o atendimento pré-hospitalar, ser adaptado à condição médica atual do paciente e à urgência das suas necessidades, exigindo um alto nível de competência (Wästerhed, Ekenberg & Hagiwara, 2024).

No transporte do doente crítico, o enfermeiro destaca-se pelos cuidados avançados e capacidade de resolução de problemas, deteção precoce e priorização de cuidados baseados nos focos de instabilidade encontrados, sendo referência à resposta das necessidades da PSC e da família, respondendo aos processos terapêuticos necessários à sua recuperação, prevenindo e controlando complicações de natureza infecciosa, efetuando cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, indo ao encontro dos padrões de qualidade, determinados pela OE.

De forma global o transporte do doente crítico, tem evoluído significativamente, em todo mundo, com o contributo da evidência científica, para a utilização dos cuidados especializados promotores de ganhos em saúde, sendo implementadas diversas medidas, na prevenção, controlo e cuidado à PSC, antes do transporte e durante o mesmo, garantindo a segurança da PSC e minimização de riscos associados ao contexto extra-hospitalar.

1.2 Transporte do doente crítico na RAM e RAA

O transporte do doente crítico, nas regiões autónomas, à semelhança de Portugal continental, também se diversificou em prol da PSC, sendo esta uma realidade atual e realizado nos diversos contextos do extra-hospitalar, pelo que se tem investido em formação, recursos e materiais para que este seja efetuado em segurança e para a segurança do doente, e implementado programas de acompanhamento submetido a auditorias do transporte do doente crítico.

Em relação à evacuação de vítimas, a decisão do melhor meio de transporte disponível (aéreo, marítimo ou terrestre), de acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) depende da “disponibilidade de meios, o tempo previsível do transporte, as

condições de voo, a eventual existência de contraindicações clínicas para o aerotransporte, entre outras” (INEM, 2012, p.34). Para a decisão de transporte imediata, além do tipo de meio, deverá ter-se em consideração: o nível de acompanhamento das vítimas; o nível de gravidade das vítimas a transportar *versus* o número de equipas diferenciadas, a distância e tempo de transporte (INEM, 2012).

Contrariamente à realidade de Portugal continental, onde o transporte do doente crítico, é assegurado no Sistema Integrado de Emergência Médica-SIEM, e pelos meios existentes nas instituições de saúde ou pelos meios de emergência do INEM (Despacho nº 5058, 2016, p.12164), na RAM o transporte do doente crítico é assegurado pelos corpos de bombeiros, podendo ser acompanhados pela EMIR, quando ativada pelo SEMER.

Na RAM, são atribuições do Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC, IP-RAM), no âmbito da emergência pré-hospitalar, “assegurar, quando solicitado, o acompanhamento no transporte de doentes críticos de e para fora da Região” (Regulamento interno SEMER, n.d., p.5), pelo que o transporte e transferência de doentes críticos na região é efetuada pela Força Aérea, da ilha do Porto Santo para a ilha da Madeira e/ou continente, tendo em consideração o que “o transporte de doentes é uma atividade indissociável do exercício do direito à saúde, sendo, pois, inegável que esta atividade, independentemente de quem a exerce, assume grande relevância na prestação dos cuidados de saúde” (Portaria Conjunta nº44- RAM, 2004, p.2).

Sendo da responsabilidade do SEMER: “garantir a prestação do socorro medicalizado de emergência pré-hospitalar e orientar e coordenar a prestação do socorro não medicalizado concomitante, através da atividade dos vários agentes que intervêm na emergência pré-hospitalar” (Jornal Oficial nº86-RAM, artigo nº31, p.10) e por sua vez: “Garantir o acompanhamento de doentes críticos para fora da RAM, sempre que solicitado pelo Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM designado abreviadamente por SESARAM, EPERAM a quem compete todo o apoio logístico da operação” (Jornal Oficial nº86-RAM, artigo nº31, p.11)

Na RAA, de acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 11/2007/A, no seu artigo 4.º “o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores assegura o desempenho das atribuições e competências cometidas à administração regional dos Açores no âmbito da proteção civil, dos bombeiros e do transporte terrestre de doentes”, pelo que o transporte do doente crítico, após ativação da LEM, é assegurado pelas equipas SIV, nas ilhas onde se encontram alocadas e nas ilhas onde não existe a equipa SIV, é assegurado pelos corpos de bombeiros, em caso de necessidade de evacuação da PSC, esta é efetuada

pela UEA, alocada no HSEIT e pela Força Aérea Portuguesa (FAP), através da BA4, podendo ser utilizadas as aeronaves da FAP, bem como aviões das companhias aéreas ou empresa de transporte marítimo de passageiros, em caso de necessidade de transportes, por via marítima (Prociv, 2023).

Existindo esta necessidade a nível RAA, foi criada a Circular Normativa nº6 em 2015, que determina o transporte terrestre de doentes críticos entre unidades de saúde ilha e hospitais de referência, baseando-se no somatório dos valores obtidos na ficha de registo de evacuações inter-hospitalar do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), sendo assumido o transporte com enfermeiro (de três a cinco valores) e enfermeiro e médico (de seis a 24 valores). Nesta circular, estão referidos 12 riscos para o transporte, comparando com as recomendações da SPCI e OM (2008, atualizadas em 2023), que apenas faz referência a dez.

Na RAA, o transporte aéreo de doentes críticos, é sujeito a análise por parte de um médico regulador, afeto ao SRPCBA, que de acordo com o estado de saúde da PSC e exames/gravidade que fundamente a utilização de aeronaves (helicóptero ou avião), acionará o pedido à equipa de evacuações da Força aérea (responsáveis pelas aeronaves) e à unidade de evacuações aéreas, alocada no HSEIT. Assim sendo, é efetuado um pedido à Sala de Atendimento e Gestão de Emergências (SAGE), que estabelece contacto com a Força Aérea, para a realização de evacuações emergentes, uma vez que na RAA, é-lhes atribuída esta missão, para tal, deverá ser efetuado o contacto prévio com os mesmos, para que não atrase o Estimated Time of Arrival - ETA e confirmar se as duas equipas destacadas para a RAA, não estão ocupadas noutras situações emergentes ou se não atingiram as horas de voo máximas, protocoladas pela Força Aérea, pois para além de transporte aéreo intra-hospitalares, garantem também a busca e salvamento no mar.

A FAP na RAA, tem dois meios em permanência, um avião C-295 e um helicóptero EH-101 (Expresso, 2023). O EH-101, realiza para qualquer ilha voos diurnos e noturnos, mas por sua vez o C-295, realiza voos diurnos para qualquer uma das ilhas, contudo à noite apenas realiza voos para o Faial, Terceira, São Miguel e Santa Maria, de acordo com informação fornecida pela equipa de evacuação da Ilha Terceira, podendo condicionar o socorro atempado ao doente crítico. O enfermeiro especialista desempenha um cuidado especializado, quer seja na manutenção das vítimas até o transporte, quer seja durante o transporte, quer seja na receção e cuidado à PSC, atendendo à gestão e logística do material a ser utilizado e gestão de riscos associados ao transporte da PSC.

O transporte do doente crítico pelos diversos meios, em contexto extra-hospitalar, tem vindo ao aumentar, de acordo com os dados disponibilizados pela Proteção Civil da RAA e da RAM, sendo a presença do EEEMCPSC, essencial para a garantia de prestação de cuidados de excelência. Como tal, reconhecer e analisar o cuidado especializado do EE, neste contexto é pertinente, tendo em conta a diversidade de contextos do extra-hospitalar (terrestre, marítimo e aéreo).

Importa referir o contexto extra-hospitalar, não se resume apenas às transferências ou transportes inter-hospitalares, ou entre unidades de saúde, mas também no apoio a evacuações terrestres. Por seu lado, o enfermeiro também participa nas evacuações aéreas e marítimas, podendo estas ser de alta complexidade e no serviço pré-hospitalar, sendo o cuidado especializado à PSC, da rua até à unidade de saúde, ou em transferências inter-hospitalares, pelas SIV, EMIR e UEA, na RAA e RAM.

Pelo mencionado, considera-se que o contexto extra-hospitalar, tem-se revelado para os enfermeiros um desafio, sem que se possa negar que a prática de enfermagem, neste contexto permite assegurar “o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência” (Regulamento nº226, 2018, p.10759). Desta forma é assegurada a continuidade de cuidados, promovendo-se os ganhos em saúde e diminuição de taxas de mortalidade e morbilidade, como previsto no Regulamento nº226 de 2018.

2. CUIDADO ESPECIALIZADO NO CUIDAR DA PSC

O cuidado especializado, define-se como aquele executado por “um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada”, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem – ICN e a OE (2018, p.11). Para atingir estes conhecimentos especializados, são necessárias “horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada” (OE, 2018, p.11). Ou seja, “enfermeiros que desempenham funções que extravasam o tradicional domínio de prática de Enfermagem, exercendo actividades altamente diferenciadas no contexto da prática clínica. Assim, a prática avançada prende-se com o título, com o âmbito da prática e com a formação subjacente” (OE, 2018, p.11).

A prática clínica é de vital importância para atingir os objetivos e desenvolver competências necessárias ao cuidado especializado à PSC. Pelo que seguidamente exponho os contextos da prática clínica, selecionados por mim, para o desenvolvimento, não só das competências de EEMCPSC, mas com contributos essenciais para a aquisição de grau mestre.

2.1. Contextos da prática Clínica

A prática clínica permite o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade em contexto de doente crítico, a consolidação e a demonstração de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à PSC, bem como a reflexão crítica da nossa atuação e ao mesmo tempo a partilha de experiências entre profissionais, revelando-se assim uma mais valia para a aquisição de competências de EE e de mestre. Tal como refere Benner (2005), “a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas” (p.24). Pelo que, de acordo com a teórica e tendo em consideração que a nível académico, está contemplada a passagem por EC em UP, EC em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a execução do EC, estágio de Opção, abaixo exponho os contextos da prática clínica, dos quais defini para cada EC, objetivos e estratégias delineados para alcançar as competências de EE e de mestre.

EC Urgência Polivalente

A prática clínica do ensino clínico I - UP, decorreu no mês de janeiro, sendo atribuído 9,5 créditos (European Credit Transfer System - ECTS), que perfaz as horas determinadas para execução, num total de 257 horas, das quais são 170 horas de contacto (154 horas de estágio e 16 horas de orientação tutorial) e 87 horas de trabalho individual.

O serviço de urgência, caracteriza-se pelo atendimento ao doente crítico, em fase aguda, sendo necessária a atuação do EE no imediato, atendendo aos focos de instabilidade da PSC e respetiva resposta às necessidades da família/cuidador, pelo que de acordo com o despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto, no disposto no artigo 5º, um SUP define-se, como aquele que possui “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p. 20674). E aquele que para além dos recursos exigidos para Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgico, este

deve ainda dar resposta específica nas seguintes valências: a) Neurocirurgia; b) Imagiologia com Angiografia Digital e RMN [Ressonância Magnética]; c) Patologia Clínica com toxicologia; d) Cardiologia de Intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; e) Pneumologia (com endoscopia); g) Cirurgia Cardiorácica; h) Cirurgia Plástica e Reconstructiva; i) Cirurgia Maxilo-facial; j) Cirurgia Vascular; k) Medicina Intensiva (p. 20674).

Para além de que um SUP, deverá ter também,

uma VMER [Viatura de Emergência Médica] em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU [Centro de Orientação de Doentes Urgentes] do INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica] (p. 20674).

Atendendo ao supramencionado, o local de estágio, foi num hospital na RAA, num Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Este SUP, tem como missão/objetivo a receção, tratamento e diagnóstico de utentes provenientes do grupo central da RAA, transferidos de outros hospitais/centros de saúde, acidentados e/ou com doenças súbitas a necessitarem de atendimento imediato em meio hospitalar, com risco de estabelecimento de falência de órgãos vitais, podendo exigir a sua estabilização para serem evacuados pela equipa da UEA para o hospital de referência na RAA, ou para outras instituições onde existam protocolos definidos.

A este SUP cabe receber utentes de diversas patologias, desde não urgentes a emergentes, sendo utilizada a triagem de Manchester para estabelecer prioridades de atendimento, como previsto na norma 002/2018, da Direção Geral de Saúde (DGS), que define os sistemas de triagem dos serviços de urgência e a referenciação interna imediata, onde no ponto nº1, pode ler-se que “os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester” (p.1), sendo que

a triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos (p. 9-10). O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (no total de 52 que pode abranger situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente=vermelho=0minutos; muito urgente=laranja=10min; urgente=amarelo=60min; menos urgente= verde=120 min; não urgente= azul=240min) (p.10).

A triagem deve prever a retriagem/reavaliação, nos casos em que: o tempo de espera exceda o limite previsto; e de acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde; e/ou sempre que a família/acompanhante assim o solicite. Neste SUP, cabe anualmente ao Grupo Português de Triagem, realizar auditorias anuais externas à implementação deste sistema.

A complexidade dos cuidados em UP, faz com que o EEEMCPSC, seja dinâmico na resposta a emergências, priorizando os cuidados e gerindo os mesmos, com recurso muitas vezes a equipas multidisciplinares, vendo a PSC, de forma holística, ou seja, atendendo às necessidades da família/cuidador e ao mesmo tempo maximizando a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, através da utilização de *bundles*/feixes de intervenção e implementação de medidas preventivas.

Este SUP, tem em gestão integrada, uma viatura SIV, correspondendo às diretrizes do Despacho nº 5561/2014, de 11 de abril, sendo a sua ativação da responsabilidade do SRPCBA, sendo este uma entidade formadora creditada pelo INEM. Possui, ainda, um gabinete de formação, com elementos igualmente creditados pelo INEM. Como tal, neste SUP, e relativamente à equipa de enfermagem, por turno um enfermeiro é destacado para a Equipa de SIV, sendo esta constituída por um enfermeiro e um Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS), estando o elemento TAS, a cargo do SRPCBA e não do SUP.

Foi possível verificar que em relação às quatro vias verdes, nomeadamente a Coronária, Trauma, Sépsis e Acidente Vascular Cerebral (AVC), neste SUP, a primeira referida ainda apresenta alguns défices, estando no momento a serem resolvidos, nomeadamente na implementação do ECG, nos primeiros dez minutos da entrada da PSC,

naquele serviço. Existe um respeito rigoroso por todos os feixes de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente na utilização de feixes de intervenções/*bundles* para a prevenção da pneumonia associada à intubação, na adoção dos feixes/*bundles* de intervenção para a prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na prevenção da infeção do local cirúrgico e dos feixes de intervenção para a colocação de Cateter Venoso Central (CVC).

Durante este EC, foram realizadas duas reflexões críticas sobre os cuidados prestados, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs, nas quais abordei duas situações específicas do EC, permitindo-me desenvolver competências de EEEMCPSC. As situações apresentadas permitiram-me desenvolver o domínio da responsabilidade Profissional, ética e legal e o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, respetivos objetivos a atingir, de acordo com o meu planeamento de estágio. Considero que a reflexão sobre a praxis, permite desenvolver um pensamento crítico baseado em evidência científica e devidamente fundamentado.

A complexidade dos cuidados em UP, faz com que o EEEMCPSC, seja dinâmico na resposta em emergências, priorizando os cuidados e gerindo os mesmos, com recurso muitas vezes a equipas multidisciplinares, vendo a PSC, de forma holística, ou seja, como um todo, atendendo às necessidades da família/cuidador e ao mesmo tempo maximizando a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

EC Cuidados Intensivos Polivalente

A prática clínica do EC II - CIP, decorreu no mês de novembro, sendo atribuídos 5,5 créditos (European Credit Transfer System- ECTS), que perfaz as horas determinadas para execução, num total de 149 horas, das quais 98 horas são de contacto (88 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 51 horas de trabalho individual.

Os objetivos definidos para este EC, foram os descritos no documento de identificação da unidade curricular, preconizado pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, onde pode ler-se:

Prestar cuidados à pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalentes; Demonstrar habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade(...); Realizar a gestão de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação e risco de falência orgânica numa perspetiva académica avançada; Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, adequando a resposta aos problemas identificados; Assistir a pessoas, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica; Demonstrar

conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor, do bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A UCIP onde decorreu o EC, está classificada como sendo de nível III, de acordo com a Avaliação da Situação Nacional das UCI, onde pode ler-se o seguinte:

Unidade nível III, corresponde aos denominados Serviços de Medicina intensiva/unidade de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente (Ministério da Saúde, 2013, p.58).

Pelo que esta UCIP, recebe doentes de tipologia crítica polivalente e doentes do foro coronário, funcionando como Unidade de Tratamento Intensivo Coronário – UTIC, em simultâneo.

No que concerne a dotações seguras, de acordo com o Decreto-Lei nº184/2019, Regulamento n.º 743/2019 e com base na classificação adotada pela “Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que sejam utilizados os rácios enfermeiro/cliente de acordo com a tipologia de UCI e da sua necessidade clínica” (p.144), pelo que sendo esta UCIP de nível III, o recomendado será de um enfermeiro para cada utente (1/1). Quanto à “constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da EPSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (p.145), verificando-se que as dotações seguras nesta unidade são cumpridas, de acordo com a fórmula apresentada no Decreto-Lei nº 184/2019, Regulamento nº 743/2019.

Afeto a esta UCIP, está a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), pelo que por turno, um enfermeiro é destacado para integrar esta equipa, sendo esta constituída por um enfermeiro e um médico. O enfermeiro destacado para a EEMI, presta apoio aos restantes enfermeiros presentes em turno, funcionando como um enfermeiro circulante, até ser acionado para uma emergência interna.

Tive a possibilidade de colaborar com a EEMI, participando em um simulacro previsto para a avaliação de risco, contida no plano interno de emergência da instituição de saúde, que decorreu no dia 24 de novembro, com duração de três horas e 30 minutos. Neste simulacro integrei a EEMI, na prestação de cuidados a uma vítima fictícia de trauma, inconsciente após queda em escadaria de apoio. No final foi realizado o *Debriefing*, após

entrega da vítima no serviço de urgência, dando como terminado esta fase do simulacro interno, a ser avaliada com *timings* protocolados (Anexo A).

Neste EC, foi solicitado, pela instituição de ensino, a realização de uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs.

Durante o EC, tive possibilidade de identificar e colaborar em procedimentos invasivos e intervenções especializadas à PSC, algumas em situações *lifesaving*, atendendo à situação da pessoa, bem com aos critérios de prevenção e controlo de microrganismos, com recurso e garantia da assepsia, observando que existe concordância com os feixes de intervenção.

Esta equipa de enfermagem, é altamente motivada a recorrer a formação para melhorar os seus conhecimentos, existindo colaboração por parte da chefia para proporcionar essa possibilidade, agindo em colaboração com a equipa médica em ações de formação para a capacitação da equipa, abordando temas de interesse e de acordo com evidência científica atual. Tal contribui para que exista uma melhoria crescente da qualidade dos cuidados prestados e uma melhoria da transmissão de informação a todos os elementos da equipa, fomentando o espírito crítico e reflexivo.

Nesta UCIP, são promovidas formações internas mensais, de acordo com calendário anual de formação, nas quais tive oportunidade de assistir e participar, com o tema “Técnicas dialíticas em Cuidados Intensivos”, a 17 de novembro, com duração de duas horas e trinta minutos. Nesta sessão foi desenvolvida a temática da Insuficiência Renal Aguda - IRA, com recurso a máquina de diálise BAXTER® e equipamento, simulando-se a montagem, cuidados a implementar, alarmes no *display* que poderão surgir e respetiva resolução (Anexo B). Considero o tema interessante, uma vez que se trata de uma situação emergente em UCI e de acordo com Santos & Marinho (2013), “é uma das complicações, mas comuns no ambiente hospitalar e sua incidência varia de acordo com a gravidade do paciente” (p.182) e os mesmos autores referem que existe uma “alta incidência de IRA em pacientes hospitalizados, principalmente em UTI” (p.182). Esta formação contribuiu, sem dúvida, para o meu desenvolvimento profissional e para a prestação de cuidados de qualidade, expectáveis de um EEEMCPSC.

Pelas oportunidades proporcionadas em EC e pela receção amena e grande potencial promotor do desenvolvimento das minhas competências para EE, esta UCIP foi novamente selecionada, para a realização do EC III, do módulo 1.

Assim sendo, a prática clínica da unidade curricular Estágio com relatório, é constituído por três módulos: módulo 1 (EC III - Cuidados Intensivos); módulo 2 (Opção

Clínica) e módulo 3 (Relatório). São atribuídos um total de 22 créditos (European Credit Transfer System- ECTS) na conclusão dos três módulos e executadas 810 horas.

Conforme já referido, a prática clínica do módulo 1 foi efetuada na RAA, numa UCIP e o módulo dois, de opção clínica, em diferentes locais de prática clínica, nomeadamente: na EMIR, na RAM; e na SIV, LEM e UEA, na RAA.

EC Módulo 1- Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

Em relação ao módulo 1- Ensino Clínico III - Cuidados Intensivos, que decorreu no mês de fevereiro e março, as horas determinadas para execução do mesmo, foram de 108 horas, das quais 71 horas foram de contacto direto (66 horas de estágio e cinco horas de orientação tutorial) e 37 horas de trabalho individual, numa UCIP, na RAA.

Os objetivos definidos para este EC foram a concretização do cronograma e respetivo planeamento, e a realização de um estudo de caso de acordo com um referencial teórico, como estratégia para o desenvolvimento do conhecimento e compreensão do cuidar integral da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de unidade de cuidados intensivos, encontrando-se em sintonia com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica do enfermeiro especialista em PSC, bem como os quatro domínios de competências do EE e as competências do EE em EPSC e o planeamento efetuado.

Este contexto foi selecionado por receber e estabilizar utentes do grupo central e ocidental, sendo posteriormente os utentes evacuados para o grupo oriental, para o hospital com maior número de valências da RAA ou para outros hospitais com protocolos celebrados na RAA, nomeadamente entre RAA e RAM e o continente português.

Afeta à equipa de enfermeiros desta UCIP, por turno é destacado um EEEMC, para a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), em situações de emergência interna hospitalar, indo ao encontro da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, da DGS, que determinou a criação e implementação, a nível nacional, das EEMI e do Despacho n.º 9639/2018, onde pode ler-se:

as EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Estas equipas respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação (p. 27533),

sendo acionados, pelo número 2222, na rede telefónica interna.

O trabalho em UCIP, destaca-se pelos cuidados prestados, pelo que o EEEMCPSC, é elemento essencial, na prestação cuidados especializados de forma contínua tendo em vista, a recuperação total da PSC através da observação, colheita e procura sistematizada e sistémica de dados, de forma a conhecer a PSC, a sua situação e família/cuidador alvo também dos seus cuidados, prevendo e detetando precocemente possíveis complicações e intervindo de forma consistente, eficiente e precisa, de acordo com o regulamento nº429 de 2018 das competências específicas do EEEMCPSC.

O EEEMCPSC é detentor de um olhar analítico e crítico dos cuidados, um conhecimento mais aprofundado, um elevado nível de julgamento clínico e capaz de fundamentar as suas decisões com base na melhor evidência científica atual, traduzindo-se numa arte de cuidar especializada, adequando os recursos disponíveis às necessidades da PSC e da sua família, envolvendo e fazendo-a parte integrante dos cuidados à PSC, tendo presente os quatro domínios das competências do EE: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria da qualidade; gestão de cuidados; e o do desenvolvimento das aprendizagens profissional (Decreto-Lei nº26/2019).

Devido às situações graves e agudas de doença em UCI, tais como a falência orgânica, faz do EEEMCPSC, muitas vezes o transmissor de más notícias, sendo o enfermeiro o elo entre a PSC e família, bem como o confidente de mensagens, que requerem sigilo profissional, sendo-lhe exigido a confidencialidade da informação trocada entre PSC/enfermeiro e enfermeiro/família.

O protocolo de Buckman, modelo de SPIKES, foi muitas vezes utilizado, devido à gravidade dos casos recebidos nesta UCIP, sendo que “ a comunicação de más notícias, trata-se de uma das maiores dificuldades mencionadas pelos profissionais de saúde e é uma das áreas que se encontra em amplo desenvolvimento nas investigações dos últimos anos” (Vala, 2018, p.19), e a “comunicação de más notícias deve ser considerada idealmente como uma atividade multidisciplinar que requer a participação dos profissionais envolvidos nos cuidados ao doente e um trabalho efetivo” (Vala, 2018, p.81).

Este EC foi exigente a nível profissional e humano, pela exigência técnica de manuseamento de equipamentos, controlo de infeção, tendo como premissa os feixes/*bundles* de intervenção, bem como pelo conhecimento da fisiopatologia, farmacocinética e farmacodinâmica e desenvolvimento de competências que vão para além das de EEEMCPSC, tais como o desenvolvimento da comunicação e da empatia, e trabalho

em equipa multidisciplinar para solucionar problemas, sendo a família parte integrante do cuidado e participante da promoção de cuidados.

EC Módulo 2 - Opção Clínica

Em relação ao módulo II - Opção Clínica, que decorreu no mês de março até maio, as horas determinadas para execução do mesmo, foram 486 horas, das quais 321 de contacto direto (287 horas de estágio e 34 horas de orientação tutorial) e 165 horas de trabalho individual. Para a sua realização foram executados, o respetivo cronograma e planeamento, uma reflexão crítica de acordo com o ciclo reflexivo de Gibbs, sendo os documentos anteriormente referidos no Projeto de Autoformação (PAF).

Para este EC foram designados locais, quer na RAM e na RAA. Na RAM, foi efetuado o EC na EMIR. Na RAA, tive oportunidade de passar nos seguintes contextos: na viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV); na Linha de Emergência (LEM) e na Unidade de Evacuações Aéreas (UEA).

Estes estágios, foram selecionados almejando o desenvolvimento de competências pessoais e de EEEMCPSC, pelo seu potencial contributo para a arte de bem cuidar como é apanágio da enfermagem, mobilizando as competências pessoais, profissionais e de EE, bem como o saber-ser, saber-fazer e o saber-saber, utilizando um conjunto de ações, tais como a avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, ou seja o processo de enfermagem de forma eficaz, nos cuidados prestados, em diferentes contextos da prática clínica, intervindo em inúmeras dimensões. Entre estas saliento a PSC, a família e/ou cuidador e na resolução de diversos problemas de carácter social, pessoal, física ou psicossocial, entre outros.

De seguida são expostas as unidades diferenciadas de cuidados, para que se possa compreender a seleção das mesmas, tendo em conta os meus objetivos pessoais e a aquisição de competências.

EC Módulo 2 - Opção Clínica - EMIR

No EC efetuado no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) – EMIR, foram realizadas 48 horas no total, sendo oito horas realizadas no STAT-CIC e as restantes 40 horas na viatura EMIR.

O SEMER, tem como missão: operacionalizar as atividades de emergência médica na RAM, nomeadamente no sistema de socorro pré-hospitalar, de acordo com o plano definido pelo SRPC, IP-RAM, integrando a estrutura regional da proteção civil.

Esta equipa é constituída por 19 médicos e 34 enfermeiros. Dispõe de uma organização interna, com estruturas com funções distintas, tais como: a EMIR, o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT- CIC) e a Linha SRS24 (ProcivMadeira, n.d.).

O EC no STAT-CIC, foi realizado com o objetivo de conhecer e compreender o sistema de ativação da EMIR, os fluxogramas e as prioridades atribuídas à ativação de meios de socorro.

Por sua vez, o EC realizado na EMIR, teve como objetivo o desenvolvimento das competências de EEMCPSC, em contexto extra-hospitalar, sendo que esta garante na RAM, um serviço 24horas/dia, cuja intervenção é realizada por um médico e um enfermeiro, numa viatura medicalizada (quatro viaturas, no total, apenas uma em funcionamento semanalmente, sendo uma delas de todo-terreno), apropriada para o socorro urgente e emergente, terrestre e incluindo o socorro marítimo e aéreo, providenciando o transporte adequado às unidades de saúde, bem como regulando e coordenando a atividade do Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa da RAM, colaborando no licenciamento de locais de acesso ao público e entidades formadoras (ProcivMadeira, n.d.).

Para prestar cuidados de enfermagem de excelência à população da RAM, foi necessário o conhecimento integral dos equipamentos e do seu funcionamento na EMIR, trabalho em equipa e respeito pelas regras de segurança características do contexto pré-hospitalar, tais como a atenção aos riscos infecciosos, biológicos e ambientais.

Para integrar formalmente esta equipa, é necessária a aquisição de diversas formações tais como: Suporte Avançado de Vida (SAV), SAV pediátrico, trauma e formação em emergência e catástrofe, telecomunicações, entre outras. Esta equipa presta socorro às vítimas de trauma e outras ocorrências de natureza clínica, pelo que é necessário conhecer os critérios de ativação da EMIR e as casuísticas mais frequentes, formas de atuação para que seja possível identificar e determinar a necessidade da aplicação de materiais, técnicas e do processo de enfermagem, no contexto extra-hospitalar, que proporcionam ganhos em saúde à PSC e família.

Os equipamentos numa viatura EMIR, são transversais a todas as outras viaturas EMIR, nomeadamente, a presença de uma mala de *Advanced Life Support* (ALS); mala de trauma; mala medicalizada; mala de soroterapia; duas malas de apoio, com material

adicional; mala pediátrica; mala pessoal; conjunto de talas de diversas tipologias; monitor/desfibrilhador e ventilador portátil, sendo a ativação desta equipa da responsabilidade do Centro Regional de Operações de Socorro (CROS), onde existe em presença física, o STAT-CIC.

A EMIR, efetua comunicações com todos os intervenientes num sinistro, nomeadamente: Bombeiros, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), o serviço de urgência hospitalar, SRPC, entre outros alocados ao sinistro, atuando em parceria com equipas multidisciplinares. Esta comunicação faz-se através de uma rede de comunicações única, o SIRESP.

De acordo com dados estatísticos, na plataforma eletrónica do SEMER, a EMIR foi acionada no 1º semestre de 2024, para 594 ocorrências, sendo um total de 1058 ocorrências acompanhadas pela EMIR (https://www.procivmadeira.pt/images/dispositivo-socorro/semestrais/1sem_2024.pdf).

A equipa do STAT-CIC, é constituída por dois enfermeiros, em permanência no Centro integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro - CIC-CROS, tendo ambos a função de atendimento/encaminhamento de chamadas telefónicas, relacionadas com a área da saúde, efetuando a priorização, a classificação e a triagem das chamadas, distinguindo-as em emergentes e/ou urgentes e/ou não urgentes, sendo classificadas em: P1 - emergente; P2 - urgente; P3 - Pouco urgente; P4 - Não urgente (ProcivMadeira, n.d.), operando 24 horas por dia. A EMIR é ativada apenas para situações P1 - emergentes, podendo o médico afeto a esta efetuar aconselhamento, via rádio por sistema SIRESP (utilizado na RAM), às equipas de bombeiros que transportam as restantes prioridades.

A Linha SRS24, garante o atendimento permanente de situações de doença aguda não urgentes, sendo efetuada triagem/aconselhamento sobre medicação não sujeita a receita médica e a referenciação para as unidades de saúde pública (ProcivMadeira, n.d.).

Assim sendo, é possível verificar a importância do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, desde a triagem, seleção, aconselhamento e acompanhamento de vítimas, sendo este EC de elevada importância para a minha aquisição de competências como EE, uma vez que o EEEMC, é aquele cujo papel é fundamental na emergência pré-hospitalar, sendo o mais apto para cuidar da PSC e da família/cuidador, fundamentado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, tendo sido proporcionado em diversos momentos a partilha de experiências, conhecimentos e efetuadas sugestões de melhoria a este serviço.

EC Módulo 2 - Opção Clínica - RAA - SIV

Quanto ao EC, realizado na RAA, efetuado na SIV, ao cargo do SRPCBA, mas alocada numa UP, tem como missão orientar, coordenar e fiscalizar as atividades de Proteção Civil dos Corpos de Bombeiros, bem como assegurar o funcionamento de transporte terrestre de emergência médica, garantindo a pronta e correta prestação de cuidados de saúde aos sinistrados e/ou vítimas de doença súbita. Ao seu cuidado, existe o Centro de Operações de Emergência- COE, que assegura o atendimento ao número 112, a Linha de Emergência Médica e outras emergências (ProcivAzores, n.d.).

O serviço SIV, está sob alçada do SRPCBA e tem como missão garantir cuidados de saúde diferenciados em ambiente pré-hospitalar e encontra-se presente nas ilhas com maior densidade populacional (São Miguel, Terceira, Faial e Pico), sediadas nos SU das unidades de saúde. A equipa é constituída por um enfermeiro e um TAS, estando a viatura devidamente equipada para a prestação de SAV, na doença e no trauma. São utilizados protocolos de atuação específicos, contendo ações autónomas e interdependentes da equipa de emergência, validados de acordo com as orientações da regulação médica, sendo esta efetuada por médicos de diversas especialidades, que encaminham a vítima/doente para a unidade de saúde mais adequada (ProcivAzores, n.d.).

Este EC, permitiu-me desenvolver competências específicas nos quatro domínios, uma vez que o EE, afeto a estas viaturas, segue protocolos pré-definidos, validados medicamente, mas algumas ações requerem validação médica, identificados nos protocolos com cores diferentes nos algoritmos. Neste contexto, à semelhança da EMIR, é necessário ter formação devidamente creditada e atualizada, mas em relação à SIV, os enfermeiros atuam no momento, estando o médico atualizado dos dados da vítima por telemetria em tempo real. O contacto entre ambos se realiza via rádio ou telemóvel, pela rede de comunicações Rede Integrada de Telecomunicações de Emergência da Região Autónoma dos Açores-RITERAA.

O domínio dos materiais e conhecimento dos equipamentos, foi necessário para a minha intervenção neste contexto, bem como a interação com diversos elementos multidisciplinares.

EC Módulo 2 - Opção Clínica – RAA - LEM

Quanto à LEM, esta foi implementada na RAA, em 2012, e tem como missão definir de forma equitativa as prioridades das emergências médicas. O atendimento é efetuado por enfermeiros, 24 horas por dia, durante todos os dias do ano, identificando problemas e determinando/selecionando alternativas ou efetuando aconselhamento mais adequado. A partir de 2014, foi implementado a utilização do Sistema de Triagem de Manchester, permitindo realizar a triagem de prioridades identificando critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, de acordo com a prioridade clínica, baseada em sinais/sintomas identificáveis e respetivo tempo alvo recomendado até início de primeira observação (ProcivAzores, n.d.).

Foram realizadas 16 horas neste contexto, com o intuito de conhecer a dinâmica do despacho de meios de socorro, prioridades atribuídas e validação da ativação da SIV, na RAA.

No SRPCBA, existe a Sala Atendimento e Gestão de Emergências - SAGE, onde se encontram dois agentes da PSP, três enfermeiros e dois Operadores de Comunicações - OpCom, numa sala comum. Aos agentes da PSP é-lhes atribuída a função de receber as chamadas via 112 que dependendo da situação, transferem a chamada para o serviço apropriado. No caso de uma situação de saúde, esta é transferida para a LEM, onde estão afetos três enfermeiros que fazem a triagem da situação, de acordo com a triagem de Manchester via telefónica. Ao seguir os algoritmos adequados à situação, é atribuída uma prioridade, referente à saída de meios de socorro A (Alpha) - Emergente, saída imediata de ambulância, com atribuição de viatura SIV (nas ilhas onde existe); B (Beta) - Urgente, saída imediata de ambulância; C (Charlie) - Não urgente, saída de meios até 40 minutos; D (Delta) - Não urgente, que se subdivide em 3 categorias: D1, saída de ambulância até 120 minutos; D2, requerente terá de se deslocar à unidade de saúde através de transporte alternativo ou meios próprios; D3, agendamento de consulta até 24 horas; E (ECO) - aconselhamento telefónico, sem necessidade de deslocação à unidade de saúde, promoção do autocuidado. Na mesma sala existem, os OpCom, que notificam os meios necessários para a ocorrência (no caso de atribuída prioridade Alpha, Beta ou Charlie), sendo fornecidas todas as informações necessárias para o sucesso da intervenção.

No início de 2024, o sistema de triagem da LEM, sofreu atualizações, sendo que três dos algoritmos, estão a ser implementados a nível regional, com autorização do comité

da Triagem de Manchester, podendo ser aprovados no início de 2025 e ser utilizados a nível europeu, caso se verifique o seu sucesso. Tive, ainda conhecimento das últimas atualizações e da implementação dos três novos algoritmos a ser utilizados a nível regional, num projeto piloto até 2025.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE, destaca-se pela capacidade de inovação, identificação e intervenção perante focos de instabilidade e através da mobilização de conhecimentos devidamente fundamentados cientificamente, sendo por vezes necessários mobilizar os quatro domínios, sendo estes: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Os domínios são comuns a todas as áreas de especialidade em enfermagem (Decreto-Lei nº26, regulamento nº140/2019). No domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, o EE, “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” (p.4746) e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.4746). No domínio da Melhoria contínua da qualidade, o EE “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (p.4747) e “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (p.4747), bem como, “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747). No domínio da Gestão dos cuidados, o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (p.4748) e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748). E por sua vez, no domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (p.4749) e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4749).

Considero que o EE tem um papel importante na assistência à população e exige o domínio de competências em diversas áreas, nomeadamente: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria da Qualidade, Gestão do Cuidado, Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional, Domínio da Prestação Técnica de Cuidados à Pessoa e Domínio da Condução de Emergência (Canas, Malta & Oliveira, 2022), para a manutenção da qualidade, definida como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Hickey & Giardino, 2019, p.33).

Assim sendo, o EE deverá ter presente na sua práxis os domínios, uma vez que o cumprimento destes, que são referenciais de atuação, levam à satisfação da PSC, família

e/ou cuidador, refletindo-se em ganhos para a saúde, através de práticas de cuidados seguros, assertivos e de qualidade, baseados em evidência científica, tendo em conta a gestão dos recursos humanos e materiais, à situação em causa.

3.1.Domínio da Responsabilidade ética e legal

Tendo em conta o supracitado, nos contextos da prática clínica, foram diversas as vezes que fui confrontada com questões éticas e legais.

Na prática de cuidados fundamentei-me no código deontológico e em normas legais, tendo presente os princípios éticos do cuidar, o respeito pelos direitos humanos e a individualidade da PSC, promovendo e implementando programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, envolvendo nos meus cuidados a gestão dos recursos humanos e materiais.

O enfermeiro na sua prática depara-se com diversos problemas e dilemas ético-legais, pelo que o conceito de Bioética é algo que deverá ter presente, nos cuidados de enfermagem, tendo em conta os avanços científicos na área da saúde, o que nem sempre é sinónimo de humanização nos cuidados prestados. De acordo com Queirós (2001), o dilema ético é uma situação que se define pela dificuldade de escolha da opção a realizar. Já um problema ético, pode definir-se como uma situação difícil que requer uma solução que seja eticamente adequada (Deodato, 2014).

O homem é um ser biopsicossocial, dotado de características pessoais, culturais e religiosas, o que o faz um ser único, sendo necessário uma visão holística da PSC, para que os cuidados sejam de excelência, adequados às suas necessidades.

Para tal, na minha atuação, articulo o processo reflexivo, mobilizando conhecimentos teórico-práticos e desenvolvo competências em comunicação, relação e interação humana, respeitando os direitos da PSC e as minhas responsabilidades profissionais, de gestão e articulação com conhecimentos científicos, atendendo à complexidade do cuidar da PSC.

Em contexto letivo, este domínio foi exercitado com casos atribuídos em grupos, que posteriormente foram expostos e discutidos, considerando os princípios da ética, bioética e a deontologia profissional. Torna-se relevante ter em consideração os princípios bioéticos nos cuidados de enfermagem, tais como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça, considerando os direitos humanos e a lei de bases da saúde presentes na tomada de decisão e nas intervenções de enfermagem, pelo que é possível uma prática profissional ético-legal.

Nos EC, o desenvolvimento deste domínio refletiu-se na prestação de cuidados à PSC, pelo que ter conhecimento das normas de atuação em vigor, dos procedimentos, das técnicas e dos protocolos internos da instituição de saúde, para além de profissionalmente trabalhar em UCIP e ter um percurso de vida relacionado com cuidados emergentes, permitiu-me estar mais à vontade, em situações de *lifesaving*, na interação com equipas multidisciplinares e ao mesmo tempo praticar cuidados de excelência, pela demonstração de responsabilidade profissional, ética e legal previstas no REPE. Também, foi possível desenvolver este domínio, através da observação de cuidados por colegas especialistas e efetuar uma análise reflexiva e crítica dos cuidados e das situações com que me deparei nos EC.

Tive com frequência, oportunidade de analisar as condutas vigentes nas instituições de saúde, contribuindo para uma atuação segura, evitando constrangimentos ou erros que se podem refletir em percas para a PSC e família e/ou cuidador. Um dos exemplos com que me deparei num EC, foi a particularidade do transporte da PSC em meio aéreo, pelo que foi necessário compreender as regras de manuseamento de equipamentos e de segurança para a PSC e para a equipa de evacuação, incluindo um sistema complexo de procedimentos técnicos durante o transporte e em situações de emergência ou *lifesaving*.

Para além destas situações, o conhecimento das normas em vigor noutros EC, permitiu adaptar-me e integrar-me nas equipas de forma adequada, sem dificuldade e concentrar-me noutros aspetos da minha aprendizagem, contribuindo para a minha prática.

Em relação aos princípios éticos estes estiveram presentes em diversos momentos nos EC, onde me foi solicitado sigilo profissional, tendo sido confidente da família e/ou da PSC de segredos familiares, ansiedades e medos, num momento de fragilidade para os envolvidos.

A salvaguarda destes princípios, bem como os princípios éticos da beneficência, não maleficência e da justiça, obrigaram-me, a ter um espírito crítico e reflexivo da minha atuação e ao mesmo tempo, permitiu-me adquirir amadurecimento, para situações futuras, tendo em conta aspetos legais e da responsabilidade profissional, salvaguardando o sigilo profissional, a segurança, a dignidade, a autonomia e a vontade da PSC e da família, desde que este não comprometa o bem comum ou em situações de doença de notificação obrigatória.

Foi necessário ter também em consideração as crenças e valores de cada indivíduo, protegendo a liberdade da PSC, pois é o respeito pela singularidade do ser humano, dos seus direitos e dignidade que torna o enfermeiro elemento essencial nos cuidados, pelo seu

raciocínio crítico numa prestação de cuidados éticos, deontológicos e seguros, com o objetivo da manutenção da qualidade de excelência dos cuidados, pois é responsabilidade do enfermeiro zelar pela boa prática do REPE e do código deontológico.

Um outro exemplo, que ocorreu num EC, no qual executei uma reflexão de Gibbs, considerando a sua pertinência reflexiva sobre os cuidados prestados, tendo em conta as diversas interpelações e estratégias utilizadas na comunicação com a PSC, bem pelo comentário do colega de equipa, que levou a uma discussão entre coordenador, equipa médica e de enfermagem. Esta situação foi destacada pelos sentimentos causados, obrigando-me a refletir analiticamente e de forma crítica sobre a situação, tendo por base o REPE, código deontológico, lei de bases da saúde, direitos universais do homem, entre outros aspetos, uma vez que cada vez mais nos deparamos com a multiculturalidade nos cuidados, da qual os nossos cuidados deverão ser sensíveis.

Esta situação permitiu-me, de forma analítica e crítica, determinar que a deontologia profissional, deverá ser sempre referência para os nossos cuidados, isolada de estereótipos. Saliento que as barreiras linguísticas foram colmatadas com recurso a dispositivos eletrónicos e à internet. Da minha parte, foi tido em conta a humanização no cuidar, uma vez que tratamos pessoas e não as patologias e independentemente das diferenças culturais e/ou religiosas, devemos ter em consideração as características individuais da PSC e as suas necessidades.

O conhecimento da lei de bases da saúde, permitiu-me o desenvolvimento deste domínio, uma vez que todas as pessoas têm o direito “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (Decreto-lei nº95, 2019, p.56) e “a decidir livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e nomear procurados de cuidados de saúde”(p.56).

Em momentos dos EC, foi necessária uma tomada de decisão ética, sendo que esta se baseia em fundamentos: éticos, deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e sócio culturais (Deodato, 2014), pelo que recorri ao Modelo DECIDE, constituído por 6 fases,

Uma primeira («definir o problema») destinada à identificação do problema a que se segue uma segunda fase («estudo ético») de procura dos princípios éticos que ajudarão a encontrar a solução adequada. Uma terceira etapa («considerar opções») é destinada à análise das diversas alternativas possíveis de solução e uma quarta («investigar os resultados») tem por fim identificar os resultados possíveis para cada uma das alternativas consideradas. A quinta etapa deste processo («decidir sobre a acção») é destinada à decisão e à implementação da acção decidida na sexta e última («estimar/avaliar os resultados») o enfermeiro avalia o resultado final da sua ação (Deodato, 2014, p. 145).

A utilização deste modelo permite um raciocínio crítico para garantir uma prestação de cuidados éticos, deontológicos e seguros de qualidade e excelência.

Concluo que desenvolvi deste domínio, pela aplicação de um conjunto de conhecimentos ético-deontológicos, na avaliação sistemática de melhores práticas e executando uma visão holística da PSC, atendendo às preferências da mesma.

E considerando que,

“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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Em contexto profissional é necessário, ter por base as normas em vigor e evidência científica mais recente, para que a nossa atuação seja de acordo com a deontologia de enfermagem, e dos princípios éticos de cuidar, presentes na Lei n.º 156/2015, capítulo VI, no artigo 99º, sendo estes: a justiça e a equidade dos cuidados e os direitos e preferências da pessoa e família, sendo os enfermeiros os responsáveis pela sua manutenção, levando a ganhos em saúde.

Por diversas vezes a PSC, devido à situação de falência orgânica em que se encontra, exigido do enfermeiro cuidados adicionais, pelo que em cada EC, tive em consideração o respeito e promovi a liberdade de escolha nos cuidados. Fui, ainda, assertiva na prestação de cuidados, através de um processo reflexivo e tomada de ações ponderadas, adequadas à PSC e à sua individualidade, alargando este cuidado à família e/ou cuidador, tendo em conta a fase de transição em que se possam encontrar.

A transmissão de informação, foi realizada de forma contínua e ajustada à literacia da PSC e/ou família e de acordo com as suas necessidades e com o intuito da busca de soluções para problemas encontrados, implementando medidas preventivas e identificando práticas de risco individualmente ou refletidas em equipa, para uma tomada de decisão, fundamentada no respeito pela vontade manifesta da PSC, obtendo o seu consentimento para a prática de cuidados, atendendo aos focos de instabilidade presentes, à sua vulnerabilidade, inseguranças e/ou dúvidas, integrando-os nos cuidados e desta forma realizar uma abordagem holística e multidimensional à PSC e família, isenta de qualquer tipo de discriminação.

A partilha de informação com terceiros é realizada mediante acordo com a PSC, pelo que a sua privacidade deve ser salvaguardada. De acordo com a Carta dos direitos fundamentais da união europeia, artigo oitavo, “todas as pessoas têm o direito à proteção dos dados de carácter pessoal que lhes diga respeito.” (p.10). Também, a Entidade Reguladora

da Saúde (ERS), no documento: Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde, ressalta que

“(...) a relação estabelecida entre o utente e o profissional de saúde (...) está salvaguardada pelo princípio da reserva da intimidade da vida privada e (...) protegida pelo dever de sigilo profissional. (...) o profissional de saúde não poderá prestar informação sobre a saúde do utente a terceiros – nem mesmo familiares deste – sem autorização prévia e expressa do próprio, sob pena de violar essa obrigação de segredo profissional” (ERS, 2021, p. 136-137).

Esta opinião é partilhada por Butts (2020), que refere a importância da manutenção da confidencialidade, uma vez que um enfermeiro, por normas legais e éticas, mantém privadas as informações que os doentes ou familiares divulgaram, a menos que as informações estejam sujeitas a um limite de confidencialidade. O mesmo autor, refere que o enfermeiro deverá ter coragem moral, ou seja, quando confrontado com um problema, que gera conflito interno aos seus princípios e valores, deve agir pelo que considera mais correto.

Em suma, a minha prestação de cuidados baseia-se diariamente numa praxis refletida e apoiada nos princípios que regem o REPE e o código deontológico, pelo que concluo que desenvolvi este domínio em cada EC proposto academicamente e selecionado por mim.

3.2.Domínio da melhoria contínua da qualidade

O EE, tem um papel importante na participação em programas de melhoria contínua, de dinamização e desenvolvimento de práticas de qualidade e gestão, tendo como objetivo a promoção de um ambiente seguro e terapêutico, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. De acordo com o Regulamento nº140 de 2019, o EE “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (p.4747) e “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (p.4747), bem como, “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747).

Os cuidados de saúde de qualidade, de acordo com o manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde de 2020 emanado pela OMS, regem-se pelos pressupostos, que os cuidados deverão ser seguros, eficazes e baseados na evidência, evitando prejudicar as pessoas a quem os mesmos se destinam, respondendo às suas preferências, necessidades e valores.

Para a promoção da progressiva melhoria da qualidade, os serviços de saúde deverão ser “seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (OMS, 2020, p.14), ou seja, ser oportunos, através da redução do tempo de espera; equitativos, na prestação de cuidados de qualidade, independentemente da idade,

sexo, género, raça, etnia, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; integrados, através da coordenação de cuidados entre diferentes prestadores e eficientes, evitando o desperdício e maximizando os recursos.

Está definido na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, no Despacho n.º 9390 de 2021, a consolidação e promoção da segurança na prestação de cuidados nas instituições de saúde, através da criação das comissões de qualidade e segurança.

Assim sendo, foi necessário conhecer as iniciativas dos serviços, onde efetuei a minha prática clínica, pelo que através da observação, questionário e participação foi possível desenvolver este domínio. Reforço, contudo, que o termo qualidade é mutável, de acordo com a perceção de cada indivíduo, sendo necessário efetuar questionários sobre a satisfação do cliente e da prática de cuidados, para determinar os feixes de intervenção para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade mais comumente aceite na comunidade mundial de saúde é “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p.14).

O conhecimento do PNSD de 2015-2020, atualizado no PNSD para 2021-2026, segundo o Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, destaca a importância da segurança do cliente, sendo este princípio, orientador de todos os planos nacionais, levando à melhoria contínua da qualidade.

O PNSD, assenta nos seguintes pontos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; ampliar a segurança de comunicação; alargar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização de medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; acautelar o surgimento de úlceras de pressão; garantir a prática sistemática de notificação, analisar e prevenir de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Assim, com o intuito de desenvolver este domínio em contexto de EC, colaborei em iniciativas para a melhoria contínua, regendo-me pelos padrões de qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção contra infeções associadas aos cuidados de saúde.

Tive oportunidade de colaborar com os enfermeiros responsáveis pelas consultas de *follow-up*, pós internamento em UCI, uma vez que esta tipologia de consulta estava a ser

iniciada naquela instituição de saúde, sendo necessário a interação com uma equipa multidisciplinar, promovendo o autocuidado e o cuidado à PSC e sua família/cuidador e garantir o devido acompanhamento desta.

Em contexto de EC em UP, adquiri conhecimento de como se procedem as auditorias da triagem de Manchester, acompanhando os enfermeiros responsáveis por este processo, e identificando aspetos a melhorar para a qualidade da triagem e serviço prestado. Estas auditorias tem o intuito de determinar tempos entre cada etapa da Triagem de Manchester, desde a admissão até ao atendimento.

O conhecimento das Vias Verdes (VV) e a identificação da PSC com alterações que se enquadram nas VV e respetivas etapas de execução, permitiu identificar anomalias, das quais sugeri alterações a nível estrutural e de equipamentos, melhorando *timings* e o tratamento atempado, para a melhoria do *outcome* da PSC.

A segurança na transmissão de informação para a transição de cuidados de saúde, é algo que tive presente em diversos contextos e que pessoalmente considero de elevada importância para a continuidade dos cuidados à PSC. Como tal, foi possível verificar que nas passagens de informação em turno e em contexto de pré-hospitalar, no estágio de opção, os enfermeiros seguem um documento, para a sua execução, realizado por elementos da equipa, tendo por base, a norma nº001/2017 da DGS, utilizando a técnica ISBAR, na qual “I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações” (DGS, 2017, p.4), para uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde.

Por sua vez, este documento permite uma transmissão eficaz de informações, sobre a PSC, evitando percas de informação e minimizando riscos. Uma vez que “a transmissão de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, norma nº1, 2017, p.1). A mesma norma, preconiza que os profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação, são: “o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção” (DGS, norma nº1, 2017, p.5), no caso de transferências inter-hospitalares ou na evacuação da PSC.

A transmissão de informação, também vai ao encontro do previsto no PNSD 2021-2026, nomeadamente no objetivo estratégico nº2: “aumentar a segurança da comunicação” (PNSD, 2022, p.13) e pilar nº3: “comunicação” (PNSD, 2022, p.29), sendo que este “visa o desenvolvimento e a implementação de estratégias e ferramentas, utilizando os meios

digitais na promoção de boas práticas clínicas e de gestão” (PNSD, 2022, p.29), verificando-se um cuidado acrescido com a transmissão de informação.

Em contexto profissional e em EC, considero que a formação é essencial para a execução de cuidados de qualidade, pelo que existiu a procura constante por novos conhecimentos e formação. Por exemplo, no EC de UCIP, tive oportunidade de efetuar formação em técnicas dialíticas, conforme se pode verificar no Anexo A.

A prestação de cuidados de excelência, implicou uma procura constante de conhecimentos, baseadas na evidência científica mais atual e nas normas emanadas de boas práticas pela DGS. Para tal, foi necessária uma revisão das práticas de cuidados prestadas em EC, e como tal, forneci as normas mais atualizadas da DGS, implementando a gestão de risco e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção, como no caso da avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases - EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina - SAMR à Admissão Hospitalar e durante o Internamento, presente na norma nº4 de 2023.

Neste domínio, em contexto de prática clínica, ressalvo a minha participação com as equipas de auditorias da PPCIRA, uma vez que constituem programas de melhoria continua dos cuidados, refletindo-se em ganhos para a saúde, minimizando recursos materiais e financeiros e complicações na PSC.

A boa prática dos feixes, *bundles* de intervenção, é algo que deverá estar sempre integrada nos cuidados, sendo que estas intervenções, quando implementadas em conjunto, promovem melhores resultados, de acordo com a norma clínica emanada pela DGS nº 21 de 2015, atualizada a 17 de novembro de 2022, sobre o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.

Menciono, também, a importância do conhecimento de regras de segurança na utilização de fármacos, nomeadamente nos medicamentos LASA (“*Look-alike*” e “*Sound alike*”), que são diferenciados através da sua nomenclatura e coloração de acordo com a sua perigosidade, regras essas emanadas pelo PNSD de 2015 e 2020, presente no despacho nº1400-A/2015, mais concretamente no objetivo estratégico nº4: “aumentar a segurança na utilização da medicação” (p.3882- (5)). Este foi revisto e atualizado no despacho nº 9390/2021, que aprova o PNSD dos doentes 2021-2026, reforçando a mesma implementação de segurança, no pilar 4: “prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente” (p.101) e no pilar 5: “práticas seguras em ambientes seguros” (p.102). E ao encontro do previsto no PNSD 2021-2016, objetivo estratégico nº4: “aumentar a segurança na utilização da medicação” (PNSD, 2022, p.13).

Considero que profissionalmente e em contexto de prática clínica, exerci as boas práticas na preparação e administração de fármacos, fazendo uma gestão segura, conforme explanado no Despacho nº9390/2021 do Diário da República e efetuando uma análise e revisão das minhas práticas.

No decorrer de cada EC, tive em consideração os padrões de qualidade de enfermagem, pois estes permitem estruturar e orientar o exercício dos enfermeiros, quer seja em intervenções autónomas, quer seja em intervenções interdependentes, presente no REPE e no Decreto-Lei nº 161/96, no seguinte ponto, em relação, os enfermeiros: “organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção” (p.2961), tendo os cuidados “por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (p. 2960).

Pelo supramencionado, considero desenvolvido e consolidado, este domínio profissionalmente e academicamente.

3.3.Domínio da gestão dos cuidados

O EE, no domínio da gestão dos cuidados, é intermediário e utiliza os meios multidisciplinares disponíveis, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através da articulação com diversos elementos da equipa multidisciplinar, adaptando a liderança às necessidades da PSC e da família e/ou cuidador, gerindo os recursos disponíveis para o efeito, tendo em conta uma visão holística da PSC e da situação.

O domínio da gestão dos cuidados na enfermagem especializada é importante, uma vez que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde...” (Regulamento nº76, 2018, p. 3478).

A qualidade é um conceito em constante evolução e implica custos, pelo que para além da gestão de recursos materiais e humanos, é necessário ter em atenção a gestão financeira dos mesmos, minimizando custos e rentabilizando os recursos disponíveis, ou seja, “a boa gestão de uma organização conduz a uma maior eficiência e existirá melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o factor económico” (Casimiro, 2015, p.17).

Além da componente financeira, recursos materiais e humanos, é necessário desenvolver a capacidade de comunicar de forma assertiva, clara e proativa com as equipas multidisciplinares, atuando como líder e coordenador de equipas.

Com o intuito de otimizar a resposta de uma equipa, é necessário por vezes adaptar a liderança aos elementos da equipa e colaborar com a equipa multidisciplinar, para que exista uma gestão eficiente dos recursos às situações. Como exemplo, no EC de SU, foi necessário a ativação do protocolo de transfusão maciça de sangue para a PSC, que me foi atribuída, vítima de trauma, pelo que foi necessário a ativação de diversos serviços e elementos diferenciados, tais como, cirurgiões, técnicos do serviço de imagiologia, preparação do bloco operatório para receber a PSC, o serviço de sangue, entre outros. Foi, igualmente, necessário coordenar a equipa de enfermagem, sistematizando as intervenções, com o objetivo de promover um cuidado adequado e atempado, evitando atrasos e défices ou que estes se duplicassem. O EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº140, 2019, p.4748) e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140, 2019, p.4748).

Nos diferentes contextos, foi possível desenvolver este domínio, colaborando com o enfermeiro gestor dos serviços, na realização de horários de enfermeiros e auxiliares, gestão de stock e aprovisionamento, pedidos de terapêutica à farmácia e estabelecimento de contatos com outros serviços, tais como esterilização, copas e outros, para o bom funcionamento dos serviços onde realizei EC, tendo em conta as dotações seguras e manutenção de stock mínimo.

Na ausência do enfermeiro gestor, colaborei com o enfermeiro responsável de turno detentor do título de EE, na observação de forma analítica e crítica do trabalho de colegas especialistas, na forma como presta cuidados especializados e cuida da PSC e família, permitiu-me constatar a capacidade interpretativa isenta de estereótipos e de mobilizar e gerir recursos para situações específicas, liderando a sua equipa e fazendo recurso de uma linguagem clara e comunicação assertiva para elaboração de cuidados em trabalho de equipa, não esquecendo de garantir a segurança da equipa que presta cuidados.

A observação e participação nos EC é crucial, existindo recolha de exemplos e aprendizagem através da partilha de conhecimento e por sua vez efetuar a mobilização das melhores práticas de cuidados e dos conhecimentos partilhados.

É necessário efetuar uma gestão adequada das prioridades nos cuidados à PSC, sendo o exemplo do contexto prático realizado em SU e UCI, onde é indispensável realizar inúmeras intervenções, atendendo aos focos de instabilidade, que poderão tornar uma vítima urgente numa emergente, se não forem tomadas as devidas providências.

Verifiquei que no SU, existe uma grande afluência de pessoas, pelo que é exigido uma enorme capacidade de adaptação por parte do EE, priorizando a PSC instável e ao mesmo tempo prevenindo a progressão do estado estável para o estado instável.

A triagem de Manchester, com a qual tive contato em contexto de prática clínica, permite uma gestão de prioridades eficaz e por sua vez, a utilização das VV, permite uma rápida triagem da PSC, que necessita de cuidados específicos e que poderá beneficiar dos tratamentos protocolados.

A prática clínica, em contexto pré-hospitalar, é exemplo da capacidade de adaptação e inovação, face a um ambiente mutável e imprevisível. Nos EC efetuados na EMIR e SIV, verifiquei que os *teamleaders*, exercem a sua função de forma proativa, comunicando necessidades adicionais de meios de intervenção e equipamentos para a atuação das suas equipas e em simultâneo gerindo os cuidados à PSC, coordenando e colaborando com a mesma. Existe um respeito mútuo por todos os intervenientes na situação e elementos da equipa, que reconhecem a função de gestor e líder da equipa a esse elemento.

A essa capacidade de gestão e liderança é adicionada a abordagem à vítima de forma sistematizada, com recurso à utilização da mnemónica ABCDE, da qual utilizei diversas vezes neste contexto e em SU, para a priorização de cuidados face ao encontrado e como protocolo de atuação e intervenção, permitindo corrigir situações que colocavam em risco de vida imediato a vítima na avaliação primária, progredindo para uma avaliação secundária e por sua vez, prevenir outros focos de instabilidade que poderiam evoluir para risco de vida.

Considero que o EE, é o mais vocacionado para dar resposta a estas situações de forma especializada e eficaz nestes contextos de maior complexidade, uma vez que detém formação superior humana, técnica e científica (Godinho, 2018). Ao EE, compete potencializar os cuidados prestados, ao nível da tomada de decisão, supervisão de tarefas delegadas, garantindo, a segurança e a qualidade dos cuidados, de acordo com o Regulamento nº140 de 2019.

Mediar e gerir conflitos, também é uma das coisas com as quais o gestor se depara, sendo que em EC, todos os responsáveis de turno, tinham formação de gestão de conflitos, pelo que funcionavam como mediadores de conflitos entre colegas de profissão e intervenientes nos serviços. Desta forma, observei o seu papel e função e discuti intervenções, refletindo sobre as melhores estratégias de gestão de conflitos, uma vez que estes afetam a produtividade e satisfação no trabalho.

3.4.Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reflete-se pelo desenvolvimento do autoconhecimento e pela procura de evidência científica, pelo que o EE fundamenta a sua atuação, promovendo a assertividade na sua tomada de decisão e práxis, refletindo-se numa prática clínica especializada e de referência. As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, encontram-se citadas no regulamento nº 140 de 2019, no artigo 8º, onde pode ler-se: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (p.4749) e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4749).

É a proatividade pela procura de conhecimento que permite que o EE, seja elemento de referência pelo conhecimento dos protocolos institucionais adotados, bem como os feixes e *bundles* de intervenção emanados pelas entidades de referência em saúde, baseando a sua prática em evidência científica, ético e deontológica.

Cada EC, constituiu uma mais-valia para o desenvolvimento deste domínio e para o conhecimento e aprendizagem, através do contacto com enfermeiros com muitos anos de experiência. A partilha de conhecimentos, contacto com outros contextos de prática de enfermagem, formas de trabalhar e outros desafios e abordagens à PSC, levou à adoção de estratégias pessoais e profissionais, no âmbito da prestação de cuidados.

Foi este contacto com realidades diferentes e novas para mim, que me exigiu uma enorme capacidade de adaptação, permitindo-me desenvolver este domínio e outros, para a aquisição de título de EE.

Neste domínio, em contexto de EC, demonstrei assertividade e procura de conhecimento em todos os momentos de prática clínica e mobilizei conhecimentos já consolidados da minha prática profissional de forma assertiva, baseando a minha prática clínica em evidência científica, nas normas da instituição, nos feixes de intervenção e no código deontológico.

O EE, é um elemento diferenciado, dotado de discernimento individual e profissional, em busca constante de conhecimento, mantendo-se atualizado o que lhe permite executar cuidados de saúde de excelência, estabelecendo um relacionamento terapêutico com a PSC e a sua família/cuidador, adequando os cuidados às suas necessidades e recorrendo a uma equipa multidisciplinar sempre que necessário.

Também deverá ter um papel ativo na investigação e formação, pelo que no meu percurso académico, em busca de conhecimento sobre um tema específico de interesse

pessoal e profissional, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, para fundamentar o meu processo de tomada de decisão e intervir sustentando-me em informação válida, atual e pertinente, indo ao encontro do descrito no Regulamento nº 140 de 2019.

Considero que a formação e auto procura de conhecimento é promotora da melhoria do meu desempenho, dependendo de mim aplicar estes conhecimentos em momentos oportunos. O compromisso pela qualidade dos cuidados, depende do desenvolvimento e treino das competências, habilidades e atitudes para a aprendizagem profissional, sendo ou não específicas na resolução de situações complexas, sejam estas de natureza simulada ou real.

O desenvolvimento de habilidades no saber ser, saber estar, saber fazer e saber saber, ou seja habilidades técnicas, profissionais e humanas são úteis, para prestar um cuidado de qualidade, atendendo à melhor evidência científica atual, quer seja à PSC e à família/cuidador, considerando a complexidade das situações de saúde.

Em cada EC, foram aplicados os conhecimentos prévios e os conhecimentos adquiridos, sendo detentora de consciência profissional, pessoal e de acordo com os défices formativos já identificados, colmatei com a procura de novas aprendizagens formativas, o que me permitiu fundamentar os meus processos de decisão. Por exemplo nos EC em contexto UCI, a complexidade tecnológica do ambiente de prestação de cuidados devido à instabilidade hemodinâmica e gravidade da situação, faz com que por si só fosse necessária formação adicional, para uma utilização efetiva dos recursos materiais e humanos.

A nível pré-hospitalar, nos diferentes contextos, o conhecimento prévio e formações contínuas permitiram a suspeita de lesões potenciais, no caso de vítimas de trauma, de acordo com o mecanismo de lesão, levando a ações ponderadas e baseadas na prevenção de lesões ou do agravamento das existentes. Considero que a minha atuação foi muito positiva na minha prática, neste contexto, pela formação prévia e pela aquisição e desenvolvimento de novas aprendizagens obtidas em EC, adequando a minha prestação, promovendo a minha autonomia, tendo sido enriquecedor a nível pessoal e profissional.

A procura de formação e atualização contínua permite-me atualizar e desta forma prepara-me para situações futuras e evitar constrangimentos na minha atuação e por consequência na minha prestação de cuidados, pois sinto-me responsável pela orientação da minha aprendizagem. É essa consciencialização das necessidades formativas, que faz com que exista a necessidade de procura de novos conhecimentos, embutida na minha responsabilidade enquanto futura EE e de acordo com o Código deontológico, no artigo 100º

o enfermeiro deverá “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos” (p.8079) e o artigo 109º, cito “manter a atualização continua dos seus conhecimentos” (p.8080).

Em vários momentos da prática clínica e academicamente, foi necessário consultar e pesquisar bibliografia sobre temas específicos, para o desenvolvimento dos domínios e das competências específicas de EEEMCPSC, com o intuito de prover a PSC e a sua família, dos melhores cuidados. Um dos temas que desenvolvi foi o transporte da PSC, para que sejam diminuídas as falhas e riscos aquando do seu transporte. E um dos que suscitou mais interesse, foi o cuidado à PSC e família em ambiente de UCI, uma vez que exerço funções neste contexto.

Em contexto de SU, um dos temas mais desenvolvidos foi a segurança do doente e as estratégias para garantir um ambiente calmo e seguro, sem interrupções, num serviço caracterizado por um constante caos de entrada e saída de utentes, sofrimento e angústia, quer fosse em momentos de um mau prognóstico ou óbito, quer em momentos de tratamento da dor, ou atualização de informações pertinentes à PSC ou à sua família/cuidador. Acresce que “a comunicação de más notícias, trata-se de uma das maiores dificuldades mencionadas pelos profissionais de saúde e é uma das áreas que se encontra em amplo desenvolvimento nas investigações dos últimos anos” (Vala, 2018, p.19), pelo que a “comunicação de más notícias deve ser considerada idealmente como uma atividade multidisciplinar que requer a participação dos profissionais envolvidos nos cuidados ao doente e um trabalho efetivo” (Vala, 2018, p.81).

Em suma, concluo que este domínio foi desenvolvido ao longo do contexto prática clínica, contribuindo para a aquisição de competências comuns de EEEMCPSC e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências do EEEMCPSC, centram-se em três grandes domínios, de acordo com o regulamento nº429 de 2018, sendo estes: o domínio de cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o domínio de dinamizar a resposta em situações emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e o domínio de 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. Estes por sua vez subdividem-se em unidades de competência e critérios de avaliação respetivamente.

Para a obtenção do título de EE, estas são as competências pretendidas a desenvolver, pelo que foram aprofundadas academicamente, integradas em contexto de prática clínica em EC e simultaneamente foram desenvolvidas as competências comuns do EE e os respetivos domínios. A aquisição e o aperfeiçoamento de competências, são um processo dinâmico, continuo no tempo, envolvendo várias capacidades, saberes e habilidades que o enfermeiro já detenha e/ou vá adquirindo na sua práxis e percurso académico.

Importa definir as três grandes competências, quanto à sua especificidade, de acordo com o regulamento nº429 de 2018, ou seja, de acordo com a competência nº1 e nº2,

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 (p.19362).

Por sua vez a competência nº3, refere que

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (p.19362).

A PSC exige do EE, cuidados especializados de enfermagem, pela sua complexidade e estado de saúde, podendo evoluir para a morte se não cuidada atempadamente ou refletir-se em morbilidades graves, pelo que é necessária uma visão global nos cuidados, apurada e uma procura de colheita de dados constante, com o intuito de determinar focos de instabilidade para a PSC e sua família, também alvo de cuidados, e por sua vez assegurar intervenções precisas, eficazes e em tempo útil, para a prevenção de complicações.

Para tal, o EE, recorre à monitorização constante da PSC e a uma análise crítica dos resultados obtidos, adaptando os cuidados às necessidades existentes, ou seja, existe uma preocupação acrescida com o processo de enfermagem e as suas etapas, pela pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Assim sendo, abaixo é explanado cada uma das competências e como foram desenvolvidas e adquiridas, tendo por base as suas unidades de competências e os respetivos critérios de avaliação.

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

O EE, para além de um conjunto de competências específicas, que demonstram um elevado julgamento clínico e tomada de decisão, bem como capacidade de desenvolver uma relação de comunicação entre PSC, família, equipa e instituição de saúde onde executa funções, deverá estar apto para responder a situações emergentes e perpetuar a prevenção/controlo de infeção, pela necessidade que a PSC tem, de muitas vezes ser submetida a técnicas invasivas, para administração terapêutica e/ou em medidas *lifesaving*.

Esta competência reflete a complexidade dos cuidados à PSC, pelo que em relação, o descritivo da mesma refere que

“considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento nº429, 2018, p.19363).

As competências não técnicas são igualmente fundamentais para marcar a diferença no que se traduz em melhores resultados ao nível da qualidade dos cuidados prestados, destacando-se as seguintes: capacidade de liderança, juízo clínico e trabalho de equipa. Assim sendo, o enfermeiro contribui para a diminuição de riscos e complicações associadas ao cuidado, tendo como resultado a redução de morbilidades, pela melhoria efetiva do estado

clínico dos doentes, para além de que, os enfermeiros são o primeiro ponto de contacto para os familiares, reconhecendo e respondendo às suas necessidades, de acordo com a tríade: enfermeiro, doente e família, desempenhando um papel importante na prestação de cuidados seguros e de qualidade (Hickey & Giardino, 2019; Barros, 2023).

A hospitalização da PSC, representa para a pessoa, família e cuidador uma situação de grande complexidade, pelo que o EEEMC, deverá ter em consideração um conjunto de necessidades a serem colmatadas, tais como, necessidades emocionais da PSC e da família, da gestão da dor através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, a promoção de processos de luto saudáveis, a identificação de focos de instabilidade e a resposta de forma antecipada e eficaz aos mesmos, mobilizando conhecimentos e executando técnicas de alta complexidade, de acordo com protocolos terapêuticos avançados, adequando a linguagem e atendendo à fase de adaptação em que se encontra a PSC e a família.

A abordagem ao doente crítico inclui também cuidar da sua família/ cuidador, fazendo esta parte integrante dos cuidados.

Em contexto de prática clínica, foi possível desenvolver esta competência pela complexidade de situações abrangendo a PSC, quer na UCIP, SUP ou EC de opção (contexto extra-hospitalar), pela gestão diferenciada da dor, a administração de protocolos terapêuticos complexos, otimizando as respostas, almejando o bem-estar da PSC. Por exemplo, no EC efetuado com a equipa SIV, esta tem fluxogramas pré-definidos e medicamento validados, pelo que foram cumpridas as etapas preconizadas do fluxograma.

O EE tem um papel importante no controlo da dor, pelo que com frequência foi necessária avaliação da dor na PSC. A dor, foi identificada como quinto sinal vital, na circular normativa nº9/DGCG de 14 de junho de 2003, que faz referência que: “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde” (DGS, 2003, p.1).

Em contexto de prática clínica, em relação à gestão da dor da PSC, tive oportunidade de utilizar diversas escalas de avaliação da mesma. De acordo com o plano nacional de avaliação da dor, a utilização da Escala Visual Analógica-EVA é “recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam” (SPCI, n.d., p.40) e “em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)” (SPCI, n.d., p.40), tendo sido as mais utilizadas em EC.

Foi possível a promoção de discussões com a PSC, família e equipa multidisciplinar, para a seleção de melhores métodos para a promoção de medidas de conforto e gestão da dor de cariz farmacológico e não farmacológico, tais como: perfusões de morfina em situações terminais, massajar o corpo da PSC, exercícios de respiração, aplicação de música como um fator de distração, entre outras.

A preparação e administração de terapêutica é uma das atividades mais comuns na prestação de cuidados de enfermagem, pelo que a correta manipulação e preparação em tempo útil é necessário para a PSC, devendo esta estar isenta de erros e inserida numa cultura de segurança. Um exemplo disso, são os protocolos dos vasopressores, em contexto de UCI, como a noradrenalina, os protocolos de esquema de perfusão de insulina, ou a dessensibilização a medicamentos, onde a experiência e conhecimento sobre os efeitos secundários e repercussões hemodinâmicas, são essenciais para o cuidado à PSC.

Em UCI, a comunicação com a família foi uma das competências mais desenvolvidas, promovendo o seu envolvimento nos cuidados à PSC e atuando como elemento de referência para a transmissão de notícias ou de más notícias, com recurso ao protocolo de Buckmann, metodologia de SPIKES. Como tal, foi necessário ter em conta a privacidade e desejos da PSC e da família, promovendo um ambiente seguro e isento de interrupções para a transmissão da informação, esclarecimento de dúvidas e incertezas, demonstrando habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto, estabelecendo assim uma relação terapêutica, face a situações de alta complexidade do estado de saúde e assistindo a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, promovendo reuniões com a equipa médica, assistente social e/ou equipa multidisciplinar.

Por diversas vezes em contexto clínico, foi necessário adequar a comunicação, utilizando uma linguagem esclarecedora e clara, disponibilizando-me para atender às dúvidas e incertezas da PSC e sua família.

A assistência à PSC, família e cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença, em contexto de prática clínica, faz do EEEMCPSC, muitas vezes o transmissor de más notícias. O enfermeiro é o elo entre a PSC e família, bem como o confidente de segredos e assuntos que requerem sigilo profissional, sendo-lhe exigido a confidencialidade da informação trocada entre PSC/enfermeiro e enfermeiro/família, pelo que é necessário demonstrar disponibilidade para atender às necessidades familiares; a promoção de apoio espiritual, através dos recursos disponíveis na instituição/comunidade; a promoção de um ambiente confortável e privado durante a visita

e a promoção de encontros com equipa médica, para fornecimento de informação de diagnósticos e maus prognósticos.

Também, é necessário permitir à família expressar os seus sentimentos e vontades, tendo em consideração o respeito pela multiculturalidade e crenças; recorrer à utilização da escuta ativa, da empatia e do silêncio em momentos propícios para o mesmo, bem com a alimentação da esperança de forma realista.

Foram promovidas discussões apazíveis sobre a arte de cuidar à PSC, família e/ou cuidador, a vivenciar situações complexas de doença aguda ou crónica, mobilizando conhecimentos e habilidades para a identificação de intervenções especializadas, discutindo numa equipa multidisciplinar planos de intervenção, gerindo o risco e respondendo em tempo útil e de forma holística, dinamizando a resposta em situações de emergência, da conceção à ação, muito frequentes em contexto de UCI e UP.

Em UCI, foi possível demonstrar conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, através da consulta de protocolos e cumprimento dos mesmos, apoiando-me no EE com maior experiência.

O recurso à monitorização, para antecipar a instabilidade hemodinâmica e/ou risco de falência orgânica, permite que o EE, possa atuar atempadamente, avaliando as repercussões hemodinâmicas das intervenções efetuadas e premunir focos de instabilidade, adequando os cuidados. Foi necessário em todos os contextos da prática clínica a utilização de conhecimentos e habilidades em SAV, colaborando com equipas multidisciplinares.

Por outro lado, no contexto extra-hospitalar, deparamo-nos com situações que rapidamente podem evoluir para um cenário instável, comprometendo a segurança da PSC e da equipa de assistência onde se inclui o EE, pelo que foi fundamental a salvaguarda de condições de segurança e adequar as respostas perante as situações de emergência e de trauma. Para tal, em algumas circunstâncias e oportunidades foi necessário executar funções de gestor de risco, para a promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, através do reconhecimento de situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado.

Neste contexto, utilizei a mnemónica ABCDE que “permite, de uma forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida, (...)” (DGS, norma nº12, 2022, p.21). Importa salientar o cuidado que tive na transmissão de informação na passagem da PSC, recorrendo à mnemónica ISBAR, seguindo a norma 001/2017, emanada pela DGS: comunicação eficaz na transição de cuidados de

saúde, na qual se verifica que “ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (identificação); *Situation* (situação atual); *Background* (antecedentes); *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações)” (P.1). Na avaliação secundária da PSC, foi utilizada também a mnemónica AT-MIST, SBAR e AMPLE, que inclui dados demográficos da vítima, do acidente, dados clínicos e do transporte da PSC e é realizada uma avaliação secundária “*head-to-toe*” sempre que possível, de acordo com os focos de instabilidade que forem surgindo e que exigiram a execução de intervenções.

De acordo a estratégia adotada para a transmissão de informação, verifiquei que também que vai ao encontro da estratégia nacional para a qualidade da saúde, presente no PNSD de 2015-2020, criado pelo despacho nº1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, no objetivo estratégico dois: aumentar a segurança da comunicação, onde pode ler-se:

sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferência ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente (p.3882-3883).

e presentemente no PNSD 2021-2026, no pilar três: comunicação, onde pode ler-se que para a promoção de cuidados seguros, é necessária uma comunicação eficaz e eficiente. Pelo que considero que, a transmissão de informação foi essencial e fulcral para um atendimento adequado à PSC.

Em contexto de EC, na LEM, foi possível verificar a importância do EE, para a deteção de focos de instabilidade e ativação de meios diferenciados para o atendimento diferencial à PSC. De acordo com Pap, Lockwood & Simpson (2020), o “atendimento pré-hospitalar é o atendimento que os serviços de ambulância prestam aos pacientes com necessidades reais ou percebidas de atendimento emergencial ou urgente a partir do momento do telefone de emergência acesso até a conclusão do atendimento ou até a chegada e transferência do atendimento para um hospital ou outro estabelecimento de saúde” (p.2), logo é de extrema importância a avaliação correta de vítimas e a sua priorização em contexto extra-hospitalar.

O EE, efetua com mérito este trabalho pela sua enorme capacidade de discernir vítima crítica de não-crítica, através da identificação de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade (através do despacho de meios diferenciados, caso seja essa a necessidade; identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de

combate à dor (através do aconselhamento telefónico); demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante pessoa, família/cuidador em situação crítica; comunicação adaptada à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; selecionando e utilizando de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica; demonstrando conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica. Esta foi uma função que tive oportunidade de executar, pelo que considero que foi uma mais-valia, para o desenvolvimento desta competência.

No EC da UEA, foi possível identificar prontamente evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar da PSC e/ou família, sendo necessário prestar apoio emocional e espiritual a ambos, adaptando a comunicação às necessidades da família e da PSC. A gestão da dor, foi fundamental, para minimizar as repercussões hemodinâmicas que desta pode advir, bem como a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família e pela PSC, pelo reconhecimento da necessidade da evacuação aérea, do estado de saúde crítico e por se tratar de uma situação inaugural (por vezes a quem nunca viajou).

Em virtude dos fatos mencionados, concluo que desenvolvi esta competência através da observação, prática e continua autoformação, apoiando-me no EE com mais experiência, numa partilha de vivências e em evidência científica atual, utilizando conhecimentos consolidados, adquiridos em contexto de prática clínica e academicamente.

4.2.Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A imprevisibilidade dos desastres naturais ou provocados pelo homem e o alto consumo de recursos na sua ocorrência, por estes eventos causarem mortes e danos em infraestruturas, requerem dos serviços de emergência uma preparação prévia, pelo que as equipas de cuidados pré-hospitalares são essenciais na ajuda às vítimas, mas muitos profissionais sentem que não estão preparados para responder (Baetzner et al., 2022).

Assim sendo, de acordo com a competência nº2, o descritivo da mesma refere 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, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento nº429, 2018, p.19363).

Para tal, em relação à triagem de multivítimas e catástrofe, Quaresma & Rendeiro (2020), recomendam uma atualização anual da educação em triagem, sendo o uso da simulação, um dos aspetos mais importantes para a aprendizagem, uma vez que as

habilidades desta, ao final de um ano, após o treino inicial, se deterioraram de forma significativa e relevante. Sendo que, a triagem atual, se baseia na separação de doentes conforme os seus sintomas e não pelo diagnóstico, tendo em conta o prognóstico (Silva, 2019).

Em contexto de prática clínica, foi possível colaborar com a equipa EEMI, participando em um simulacro previsto para a avaliação de risco, contida no plano interno de emergência da instituição de saúde, no dia 24 de novembro, com duração de três horas e 30 minutos. Nesta atividade integrei a equipa de EEMI, para a prestação de cuidados a uma vítima (fictícia) de trauma, inconsciente após queda em escadaria de apoio, da qual resultou em *Debriefing*, após entrega da vítima no serviço de urgência, dando como terminado esta fase do simulacro interno, a ser avaliada com *timings* protocolados, como pode ser confirmado, de acordo como Anexo B. Esta simulação foi ao encontro da colaboração com a EEMI, afeta à UCI, para a prestação de intervenções especializadas. Tendo em consideração o anterior conhecimento dos planos de emergência e catástrofe, foi possível através da observação e promoção de discussões, rever cuidados no transporte dos utentes abrangidos por esta equipa, dinamizando assim a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Também tive a oportunidade de cuidar e gerir os cuidados à PSC, em situações de emergência, exceção e catástrofe, planeando a resposta à situação, assegurando a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime, caso fosse necessário em vítima de agressão ou vítima cadáver, quer fosse em contexto prática clínica intra ou extra-hospitalar. Note-se a necessidade do EE colaborar em parceria com a polícia judiciária, caso exista a suspeita de indícios criminais.

Em situações de exceção e catástrofe, como o caso de cenários multivítimas, a realização de triagem primária e secundária e a garantia dos meios de evacuação e transporte, tornam-se fulcrais para a sobrevivência das PSC, pelo que foi necessário compreender na RAM e na RAA, o respetivo plano de emergência e catástrofe distrital e municipal e as tarefas atribuídas à EMIR e SIV.

De acordo com Bayzar (2022), a triagem de multivítimas prioriza pacientes, presta um serviço adequado e gere os recursos em emergências, pelo que o uso de sistemas de triagem é essencial, em situação de catástrofe. Os objetivos principais da triagem são: assistir precocemente; aplicar manobras “*life-saving*”; determinar o nível de urgência; implementar utilização criteriosa de recursos críticos; documentar/controlar fluxo das vítimas; determinar

áreas de cuidados/vigilância; distribuir os profissionais por áreas de assistência e iniciar medidas terapêuticas, de acordo com INEM (2012), corroborado por Silva (2019).

A minha atuação baseou-se em contexto extra-hospitalar, pelas últimas atualizações emanadas pelo INEM, através da orientação técnica n.º 28, para a restrição de movimentos da coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular (INEM, 2023), colaborando na extração das vítimas de trauma em diversas ocorrências, com o chefe de equipa e o socorrista, desenvolvendo a melhor estratégia de extração, caso seja encarcerado mecânico, físico tipo um ou tipo dois, no caso de sinistro. E atuando como *team leader*, intervindo em situações reais, interagindo com equipas multidisciplinares e efetuando a passagem da vítima e de informação às instituições de saúde.

Em relação à gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, o EC, na LEM, revelou-se de elevada importância, pois permitiu-me desenvolver esta competência e adquirir o conhecimento sobre a triagem de Manchester, aplicada na situação de emergência, exceção e catástrofe, pela resposta adequada em situações de trauma, pela atribuição de prioridades e despacho de meios.

Esta competência foi reforçada pela realização de triagem primária, secundária e terciária, proporcionando os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas, assegurando meios de evacuação e transporte da PSC, garantindo a continuidade dos cuidados, registando a informação pelos meios disponíveis, acionando e transmitindo informação a corpos de bombeiros, à equipa da viatura SIV e à UEA.

É também necessário ter um conhecimento profundo dos planos de emergência e catástrofe a nível nacional, distrital e municipal, para uma triagem eficiente e despacho de meios correta, definindo prioridades de atuação, adequando a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe, através da utilização de comunicações de emergência, gerindo a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência, catástrofe ou situações de exceção.

O reconhecimento de irregularidades e/ou suspeita de crime, revela-se de extrema importância, para uma atuação baseada na preservação de provas, pelo que foi necessário em algumas situações o encaminhamento para as entidades competentes e prestar apoio à vítima via telefonicamente e/ou respetiva família e/ou encaminhar para o(s) organismo(s) vocacionados para o efeito.

Academicamente, na unidade curricular de Emergência, Exceção e Catástrofe, foi proposto a realização de um trabalho baseado num cenário fictício, com o intuito de explorar a triagem primária e secundária, evacuação de vítimas, tendo por base uma metodologia de

triagem, seleção, prestação de cuidados e evacuação de vítimas. Considero que este trabalho foi benéfico para efetuar uma analogia entre duas regiões e métodos de trabalho, pois nesta atividade de grupo consideramos ambas as insularidades e metodologias, perante um cenário de multivítimas.

Nestes contextos, a colaboração com equipas multidisciplinares é essencial, uma vez que geram necessidade de apoio psicológico, emocional e espiritual, ou seja é também crucial considerar os primeiros socorros psicológicos à PSC e sua família, gerindo emoções, medos e anseios.

É natural nestes cenários existirem óbitos, pelo que a preservação de indícios de crime é necessária, mas também o respeito pelo corpo e pela dignidade e privacidade da PSC cadáver. Foi necessário compreender em contexto de EC, o tratamento e conservação de cadáveres, em cenários de catástrofe e/ou exceção, ou em situação de emergência, adaptando os cuidados às regras protocoladas pelas regiões e instituições de saúde e/ou equipas, sendo transversal a não profanação de cadáver e respeito pela PSC e sua Família.

Levando em consideração o supramencionado, concluo que desenvolvi esta competência em contexto académico e em prática clínica, tendo sido uma competência que me transmite uma satisfação pessoal e profissional, pelos anos já dedicados a esta área.

4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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 resposta em tempo útil e adequadas

Nos últimos 25 anos, a resistência aos antimicrobianos foi reconhecida como uma ameaça grave para a saúde global e como um problema de saúde pública, que acarreta custos elevados a nível económico e promove o aumento do tempo de internamento, morbilidade e mortalidade dos clientes (Gonçalves & Carmo, 2022; Mancuso, 2023).

Por sua vez, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDPC), define as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), como as infeções adquiridas aquando da prestação de cuidados em ambiente hospitalar ou em entidades de saúde (Gonçalves & Carmo, 2022). A nível hospitalar, o ECDPC estima que um em cada 31 clientes é portador de uma IACS e que, em um dia, metade dos clientes no hospital recebe terapêutica antimicrobiana englobada no seu tratamento.

Em Portugal, a taxa de prevalência de IACS em 2017, foi de 7,8%, causando a diversas instituições de saúde: custos financeiros, económicos, sociais e individuais. O uso

contínuo de terapêutica antimicrobiana conduz à resistência bacteriana levando à necessidade do uso de antibióticos de última linha (Sallem et al., 2019). Assim sendo, é fundamental a prevenção e controlo de infeções a este nível, para limitar e controlar a propagação de microrganismos neste ambiente (Fregonese, 2023).

A OMS em 2015, aconselhou a adoção de um Plano de Ação Global e outras iniciativas para combater esta ameaça, tendo como objetivo garantir a continuidade do sucesso da prevenção/tratamento por maior tempo possível, através de terapêutica eficaz, de qualidade/segura, acessível e utilizada responsabilmente (WHO et al., 2016).

Foram estabelecidos cinco eixos estratégicos: aumentar a consciencialização/compreensão acerca da resistência antimicrobiana pela comunicação efetiva; fortalecer o conhecimento e evidências através da vigilância/pesquisa; reduzir a incidência de infeções através de medidas eficazes de saneamento, higiene e prevenção; otimizar o uso dos antimicrobianos em saúde humana/animal; desenvolver sustentabilidade económica tendo em conta as necessidades de todos os países, e aumentar o investimento em novos medicamentos, ferramentas de diagnóstico, vacinas e outras intervenções (WHO et al., 2016).

Desta forma, o desenvolvimento da competência nº3, é essencial para uma prestação de cuidados de qualidade, pelo que o descritivo da mesma refere que

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento nº429, 2018, p.19364).

No âmbito da unidade curricular de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, foi solicitado a realização de um trabalho de grupo, cujo tema incidiu sobre as infeções por Microrganismos Resistentes aos Carbapenemes, tendo este trabalho alertado para os riscos da utilização indiscriminada dos antibióticos, a preocupação crescente por bactérias multirresistentes e a criação de novos protótipos antibacterianos, combinado antibióticos específicos de última linha, para uma ameaça global crescente.

Em contexto de prática clínica, esta competência foi adquirida e desenvolvida, pelas intervenções e cuidados prestados à PSC em contexto intra e extra-hospitalar, através do estabelecimento de procedimentos e circuitos para a prevenção, intervenção e controlo de infeção, tendo em consideração as vias de transmissão, interrompendo a cadeia de transmissão, com a utilização de equipamento de proteção individual-EPI, isolando a PSC infetada. Da mesma forma, foram cumpridos os cinco momentos de lavagem e desinfeção

das mãos, a separação e o manuseamento correto dos resíduos produzidos e o seu devido acondicionamento.

Perante situações de urgência e emergência, como por exemplo as intervenções *life saving*, que acarretam riscos acrescidos, é necessário igualmente garantir o controlo de infeção, requerendo por diversas vezes a implementação e o reforço de estratégias pró-ativas para a prevenção e/ou controlo de infeção. Foi também necessário agir como agente de educação e promoção da saúde, para a PSC e família, sobre medidas de controlo de infeção e/ou cuidados a ter, em caso de serem portadores de agente de infeção, visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Por sua vez, também a prática clínica, na LEM, permitiu o desenvolvimento da unidade de competência 3.2, nomeadamente pelo estabelecimento dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica (seleção do melhor meio de transporte e notificação dos riscos à equipa interveniente e ao local de receção) ; salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (transmitindo informação de cuidados adicionais no transporte, evacuação e receção da PSC infetada).

No EC efetuado com a UEA, aquando do início e final de cada evacuação, foi possível através de discussão e debate a atribuição de competências e de tarefas aos elementos constituintes da equipa e avaliar em contínuo a articulação e eficiência da equipa, introduzindo medidas corretivas das inconformidades de atuação, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Em todos os momentos da minha prática clínica, constatei que em relação aos cuidados de prevenção de transmissão e resistência a antimicrobianos, aquando dos cuidados, verifica-se uma grande adesão, para com os cinco momentos para a higiene das mãos, preconizados na norma nº7/2019, emitida pela DGS, por parte da categoria de enfermagem, bem como o decorro pessoal, tais como: “remover a joalharia (...) e adornos das mãos e antebraços; manter as unhas naturais, curtas e limpas; aplicar SABA [Solução Antisséptica de Base Alcoólica] ou sabão” (DGS, norma nº7, 2019, p.3), entre outros cuidados.

Foi possível verificar, em EC, os documentos e relatórios dos resultados obtidos, relativos a taxas de incidência de infeções, prevalência de microrganismos, lavagem das mãos, das auditorias por parte do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeção

e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), das quais, foi-me dada a possibilidade de os analisar criticamente. Estas auditorias são efetuadas para avaliar a adoção das Precauções Básicas do Controlo de Infecções (PBCI), de acordo com a norma da DGS, nº29/2012, atualizada a 31 de outubro de 2013. De salientar que o programa PPCIRA, sofreu atualizações, de acordo com o Despacho nº10901/2022, de 8 de dezembro, presente no Decreto-Lei nº174/2022 e participei com sugestões a serem implementadas nos serviços.

Atendendo que no SU, as situações poderão ter distintas prioridades, desde: não urgentes, urgentes e emergentes, mesmo em situações emergentes, verifica-se o cuidado com os feixes de intervenções, pelo que durante o EC, tive possibilidade de identificar e colaborar em procedimentos invasivos e intervenções especializadas à PSC, algumas em situações *lifesaving*.

Salvaguardei o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, através da demonstração de conhecimentos específicos na área de controlo de infeção, como por exemplo, na execução dos *Bundles*/feixes de intervenção para controlo de infeção, emanados pela DGS, nomeadamente na prevenção de pneumonia associada à intubação e nos cuidados ao cateter venoso central, sendo estas transversais, aos cateteres venosos periféricos.

Observei, ainda, que existe concordância com os feixes de intervenção para a colocação de Cateter Venoso Central (CVC), nomeadamente na avaliação da necessidade de colocação deste dispositivo e a implementação das cinco intervenções no momento da colocação deste dispositivo, presentes, na norma nº22/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, no ponto nº2, que ressalva: “garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC; a realização da higiene das mãos; usar barreira de proteção máxima; realizar antisepsia da pele com clorexidina- CHD a 2% em álcool; evitar acesso femoral” (p.3-4). Bem como, as intervenções na manutenção do cateter venoso central, respetivamente “realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC; descontaminar os pontos de acesso com antisséptico; usar técnica assética na realização do penso; desenvolver treino e competência na manutenção do CVC” (p.4-5).

Também verifiquei a aplicação dos feixes de intervenção, presentes na norma nº19 de 2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, pela DGS, para a prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, tais como:

evitar o cateterismo vesical; cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado; realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente;

manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (...) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (p.3).

Em, situações *lifesaving*, existindo o compromisso da via aérea e da ventilação da PSC, após colocação de tubo orotraqueal, verificou-se o cuidado da utilização de feixes de intervenções/*bundles* para a prevenção da pneumonia associada à intubação, de acordo com a norma nº21, emitida pela DGS, a 16 de dezembro de 2015, atualizada a 17 de novembro de 2022, tais como: “sedação ligeira; manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30 graus, evitando momentos de posição supina” (p.3) (que apenas ocorreu para exame complementar de diagnóstico), “manter a pressão do cuff entre 20 e 30cm³ H₂O” (p.3). Prioriza-se a segurança do doente e da equipa, recorrendo a sistema fechado de aspiração de secreções à PSC, utilizando PBCI, sendo posteriormente efetuado o transporte da PSC, à unidade de cuidados intensivos, destacando-se o trabalho do EE, como gestor do risco e elemento de referência numa equipa, transmissor de informação e o prestador de cuidados exímio.

Verifica-se igualmente, a adoção dos feixes/*bundles* de intervenção para a prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, emanados pela DGS, nomeadamente na prevenção da infeção do local cirúrgico, mais concretamente na ala de pequena cirurgia, no SU, onde é sempre realizado “antissépsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antissética de CHD [clorohexidina] a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado” (DGS, 2015, norma nº20, atualizada a 17/11/2022, p.4).

No EC efetuado na UCI, existe um registo dos procedimentos invasivos para cada doente, tais como a colocação de CVC, cateter arterial, cateter vesical, entre outros, de forma a realizar uma vigilância epidemiológica das IACS, sendo este registo função do enfermeiro gestor, ou do enfermeiro responsável por turno, procedimento que tive oportunidade de assistir, nos diferentes turnos, com a minha enfermeira supervisora.

Em todos os contextos de prática clínica, verifiquei equipas de enfermagem, altamente motivadas para formação, no sentido de melhorar os seus conhecimentos, existindo colaboração por parte da chefia para proporcionar a mesma. Estas ações, com frequência, incluem a equipa médica, abordando temas de interesse mútuo e de acordo com evidência científica atual, com uma preocupação crescente com a resistência microbiana aos antibióticos, exercendo cuidados e prevenindo os focos de infeção.

Com esta metodologia, existe uma melhoria crescente da qualidade dos cuidados prestados, e da transmissão de informação a todos os elementos da equipa, fomentando o espírito crítico e reflexivo

A minha intervenção no contexto clínico, teve como prioridade a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência de microrganismos, presentes em contexto hospitalar, perante a PSC e /ou falência orgânica, em situações complexas e com necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Assim, foi possível, contribuir para a atualização dos documentos/protocolos de controlo de infeção, de acordo com as últimas normas emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e verificar as auditorias efetuadas pelo PPCIRA à UCI, efetuando também sugestões de melhoria à chefia daquele serviço.

Dessa forma, dou como desenvolvida e adquirida esta competência de EEEMCPSC, sendo todas estas impulsionadoras para o desenvolvimento das competências de mestre, que abaixo exponho e explano.

5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para compreender a natureza do conhecimento em enfermagem, é importante ter em conta que a enfermagem é uma disciplina profissional, pela qual os enfermeiros obtêm parte do seu conhecimento disciplinar, por meio de educação formal e informal e expandem esse conhecimento adquirido através de experiências clínicas, criando assim diversas dimensões do saber (Benner, 2005).

Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde, obriga a um conhecimento avançado e ao domínio de adversidades através da demonstração dos mesmos. O grau mestre em enfermagem é atribuído de acordo com Decreto-Lei n.º 65 de 2018, de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15º, aos que demonstrem:

Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.4162).

Por sua vez, “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (p.4162).

Assim sendo, após exposição e demonstração do desenvolvimento e aquisição das competências de EEEMCPSC, surge a oportunidade de demonstrar como desenvolvi e adquirir competências de grau de mestre.

O grau de mestre é obtido, não apenas pela aprovação das unidades curriculares no âmbito da especialidade, mas também pela demonstração de conhecimentos e sua respetiva integração na resolução de problemas em contextos complexos, comunicando de forma clara e explícita as conclusões e raciocínios, e desta forma executar uma práxis segura e de acordo com os padrões de qualidade.

O desenvolvimento das competências de mestre, foi alcançado em conjunto com o desenvolvimento das competências comuns e de EEEMCPSC e também através dos desafios académicos e em contexto prático em EC. Para estas competências contribuiu ainda o

desenvolvimento de uma revisão integrativa de literatura, sobre o estado da arte, permitindo a aquisição de competências de investigação, bem como de gestão, auto formação, aprendizagem e aquisição de competências técnicas e não técnicas, nos domínios da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, da responsabilidade ética e legal e profissional, pela prática de cuidados de enfermagem especializados, assentes na deontologia de enfermagem e na tomada de decisão ética, permitindo avançar e melhorar a práxis de enfermagem, representado pelo REPE.

Para fortalecer as competências de mestre, foi necessário um processo reflexivo sobre a prática, desenvolvendo um conhecimento sobre a enfermagem como profissão e disciplina, realçando a importância da investigação na área da PSC, mais concretamente em contexto extra-hospitalar, mobilizando os conhecimentos anteriores e os mais recentes adquiridos academicamente e em EC, desenvolvendo de competências para as intervenções especializadas na prestação de cuidados, bem como, para a liderança, gestão e organização.

Para a aquisição das competências de mestre, foram realizados workshops, com intuito de aprofundar o conhecimento necessário à realização de uma revisão integrativa de literatura, nomeadamente através da frequência do seminário intitulado “Revisões de literatura”, ministrado pela professora Doutora Bruna Gouveia a três de abril de 2024 e do *workshop* intitulado: “Scoping Review e Revisão Integrativa: Passo a Passo”, que decorreu no dia 21 de maio, através da inscrição no Cluny Spring School (Anexo C).

Esta e outras formações contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e permitiram-me maior facilidade na realização da revisão integrativa de literatura e a sua respetiva publicação. A publicação de artigos científicos, permite o desenvolvimento da prática de enfermagem, sendo importante a divulgação da produção científica, profissional e académica, para desmistificar conceitos errados e contribuir para a melhoria de técnicas e práticas. A criação de novos conhecimentos científicos é parte do trabalho do enfermeiro, que só podem ser conhecidos e mobilizados, quando ocorre a sua divulgação.

É esperado de um mestre de enfermagem o domínio das competências comuns de EE e das competências específicas de EEEMCPSC, pelo que considero que a minha constante procura e atualização de conhecimentos e pela auto formação, foram muito relevantes para a minha práxis de enfermagem, sendo esta baseada na melhor evidência disponível, contribuindo para uma prestação de cuidados à PSC de qualidade, atendendo às necessidades da PSC e da família/cuidador, respeitando as suas particularidades e multiculturalidade.

Considero que uma visão holística da PSC e da família/cuidador permite uma gestão de recursos materiais e humanos adequados e permite uma intervenção atempada e eficaz, para garantir melhores *outcomes* da PSC, espectável de uma práxis assente na deontologia profissional e princípios éticos da profissão de enfermagem, tais como a autonomia, beneficência, não maleficência e a justiça.

Subjacente ao grau mestre, está o saber ser, saber fazer e o saber saber, pelo que a área de investigação, permite a resolução de problemas e solidifica o conhecimento, possibilitando que o mestre emita juízos, de forma responsável e baseado em evidência científica, agindo e atuando muitas vezes como elemento de referência para uma equipa de enfermeiros e refletindo sobre a sua atuação em diversos contextos.

Para tal, foram realizadas várias reflexões de acordo com o exigido em âmbito académico, tendo sido utilizado o Ciclo de Gibbs, para estruturar esta reflexão, sobre algumas situações vivenciadas em contexto de EC, permitindo uma analogia do que é praticado com o que é protocolado, de acordo com os princípios éticos e com o código deontológico, ou seja, perspetivando uma visão ampla da arte de cuidar.

É expectável de um mestre em enfermagem, que tenha a capacidade analítica e crítica dos cuidados prestados à PSC, uma vez que é através do espírito crítico fundamentado, que se desenvolve e se baseia o conhecimento em aspetos legais e profissionais, bem como éticos, ou seja o desenvolvimento dos quatro domínios, pelo que foram efetuados em EC, as reflexões de acordo com o ciclo reflexivo de Gibbs, conforme já mencionado anteriormente. Este, “trata-se de um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas” (Afonso & Loureiro, 2018, p.13).

O ciclo de Gibbs, utilizado na prática reflexiva, é uma ferramenta empregue para a promoção da autorreflexão, monitorização do bem-estar mental académico, para atividades de aprendizagem/ensino, e no desenvolvimento pessoal e profissional. Considerando o bem-estar e a saúde mental como intervenientes fundamentais nos percursos de desenvolvimento académico, profissional e humano, é importante considerar as emoções na estrutura do modelo de Gibbs, que é constituído por seis etapas: descrição; perceção; avaliação; análise; conclusão e planeamento da ação (Galli & New, 2022).

Foi através dos conhecimentos científicos atualizados obtidos para a resolução dos problemas, que surgiram nos diversos contextos que desenvolvi as competências de especialista e grau mestre, competências que tal como refere Benner (2005), é um processo complexo e exigente, mas crucial para a procura da excelência profissional.

A forma como demonstrei segurança e qualidade nos cuidados prestados, foi possível através de um constante aprimoramento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, com foco centrado no doente crítico, quer seja em situação urgente, emergente e/ou de exceção e pelas experiências adquiridas em contexto prático em EC e tendo em conta os vinte anos praticados em contexto pré-hospitalar, anteriores à licenciatura de enfermagem e os adquiridos em contexto profissional em medicina intensiva.

É pretendido do mestre de EEMCPSC, um espírito crítico, analítico e reflexivo, para que possa participar ativamente no desenvolvimento das instituições, não menosprezando o respeito pela PSC e sua família/cuidador, em todo o processo de cuidados. Como tal o mestre deverá participar na inovação e desenvolvimento da prática de enfermagem, salvaguardando uma tomada de decisão ético-legal de acordo com os valores da profissão.

Nos capítulos acima, foi mencionado como estas competências foram desenvolvidas e como efetivamente fortaleci o espírito crítico, contribuindo em inúmeras situações para os saberes de colegas, deixando o meu contributo atualizado de normas emanadas pela DGS. Para tal, sugeri melhorias para a VVcoronária, nomeadamente nos equipamentos e percursos internos, bem como de forma fundamentada, para o controlo de infeção. O EC em extra-hospitalar, não foi exceção, pelo que a partilha de conhecimentos foi fulcral, não só para me integrar na dinâmica de equipa, mas também para sugerir modificações nas malas de emergência, nomeadamente na mala pediátrica da EMIR, em que as malas deveriam ser equipadas de acordo com a escala de *Browselow*.

Atualmente aos enfermeiros, são apresentados cada vez mais desafios, sejam estes de natureza fisiopatológica, humana, ética, deontológica, técnico-científica, relacionados com equipamentos, gestão, entre outros. Torna-se imperativo, que o mestre se prepare adequadamente para estes desafios. E para os enfrentar, considero fundamental a motivação, determinação e capacidade de procurar e desenvolver autoconhecimento, aplicando este conhecimento na sua prática, garantindo intervenções autónomas eficientes e atempadas para a concretização de objetivos, utilizando os recursos humanos e materiais ao seu dispor, recorrendo a equipas multidisciplinares sempre que as necessidades da PSC, assim o exijam.

Considero que realizei uma prática sustentada, integrando a melhor evidência científica disponível e a minha experiência clínica individual, em simultâneo com as preferências e respeitando os valores da pessoa, garantindo uma prática de cuidados segura, sendo um dos pilares de atuação de um mestre, o incremento da segurança e eficácia na

prestação de cuidados e nas práticas de saúde, levando à promoção da qualidade dos cuidados.

O cuidar da PSC é “uma realidade diferente na esfera do cuidar em enfermagem e exige por parte dos profissionais conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas, que a partir da sua intervenção, podem decidir ou conduzir o desfecho da vida humana” (Silva, 2020, p.37-38).

Foi através da consciencialização das aprendizagens obtidas e de todo o meu trabalho desenvolvido, pessoal e em EC, bem como em contexto académico e adquirindo competências em investigação, que concluo que foi possível a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre.

Depreendo que adquiri, desenvolvi e consolidei o conhecimento necessário e a capacidade de compreensão, para a resolução de situações complexas e em lidar com novas situações, permitindo-me comunicar o meu conhecimento e raciocínio necessário à resolução de problemas, através de uma defesa pública, demonstrando a minha competência enquanto futura mestre de enfermagem.

5.1. Atividades desenvolvidas

Em qualquer dos contextos de EC, foram realizados cronograma e planeamento, respetivamente, vislumbrando a aquisição de competências, tendo em conta os objetivos académicos, profissionais e pessoais a desenvolver.

Os objetivos específicos dos ensinamentos clínicos, foram delineados e definidos de acordo com os documentos académicos fornecidos e tendo como referência: o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE (Decreto-Lei nº 161/96), os quatro domínios de competências do enfermeiro especialista (EE), de acordo Decreto-Lei nº26, de 6 de fevereiro, no regulamento nº140/2019, e do EE em EPSC, nomeadamente no Decreto-Lei nº135/2018, de 16 de julho, no regulamento nº429/2018, das competências específicas de EEMCPSC.

Num EC foi realizado um estudo de caso de acordo com um referencial teórico. O referencial selecionado diz respeito ao modelo de Dorothea Orem, teoria de autocuidado. O estudo de caso integrou, o processo de enfermagem, constituído por cinco fases, estando estas interligadas entre si: a investigação, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação.

Para a elaboração do estudo de caso, foram utilizadas as seguintes estratégias: pesquisa em bases de dados; conhecimento do referencial teórico; conhecimento/utilização

das etapas do processo de enfermagem; análise crítica a resultados de intervenções efetuadas; utilização de instrumentos de avaliação/monitorização (como por exemplo as escalas da dor) de acordo com a condição clínica do doente; avaliação das intervenções implementadas.

O estudo de caso foi apresentado e discutido em ambiente académico, pelo que foi possível concluir que a utilização do processo de enfermagem, permite uma visão holística da PSC, sendo o referencial teórico uma forma de esquematizar a nossa intervenção. Contudo de acordo com a minha prática clínica, posso concluir que em diversos momentos, como EE, não nos cingimos apenas a um referencial teórico, utilizando uma panóplia de intervenções para atuar com a PSC.

Atendendo à complexidade de cuidados, pude verificar, a utilização das seguintes teorias de enfermagem: a teoria do autocuidado, de Dorothea Orem, uma vez que o défice de autocuidado ocorre quando a PSC, não consegue atender às suas necessidades de autocuidado, devido à patologia/sintomatologia que leva a limitações físicas, mentais e emocionais, fazendo-o recorrer aos serviços de saúde.

Através da observação de cuidados prestados, pude constatar que para além da teoria de Orem, existe uma panóplia de intervenções e cuidados prestados pelos enfermeiros, baseados noutras teorias, tais como a teoria do cuidado humano, de Jean Watson, uma vez que a teoria do cuidado humano, está centrada no conceito de cuidar e pressupõe ver a PSC, para além da sua sintomatologia, ou seja de forma holística independentemente da patologia/sintomatologia que a leva a recorrer ao SU.

Fundamentei-me ainda na teoria do conforto, de Katherine Kolcaba, na prestação de medidas de conforto, para o desenvolvimento de bem-estar e melhoria hemodinâmica de uma PSC, como por exemplo na anulação/diminuição de dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, bem como, na utilização da teoria das transições, de Afaf Meleis, onde muitas das vezes o enfermeiro verifica e analisa as condicionantes da transição, sejam estas facilitadoras/inibidoras e verifica os respetivos padrões de resposta da PSC.

Pode-se verificar a utilização também da teoria de Madeleine Leininger, através teoria da enfermagem transcultural, pela afluência multicultural aos cuidados de saúde e pelo respeito cultural, de crenças e valores que o enfermeiro tem perante a PSC, tendo de se adaptar e adaptar os cuidados à mesma. Observei, ainda, a teoria das relações interpessoais, de Hildegard Peplau, uma vez que os enfermeiros desta SUP, cuidam da PSC, utilizando na sua relação paciente-enfermeiro, a confiança, a empatia, através da compreensão das

necessidades e perspetivas do paciente, adaptando-se a uma comunicação fácil, simples, acessível e eficaz.

Concluo que os cuidados, são efetuados de acordo com os quatro elementos do metaparadigma de enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, tendo o enfermeiro de utilizar o seu conhecimento e estratégias perante a PSC e agir de acordo com as necessidades emergentes ou não da PSC, família e cuidador, estabelecendo prioridades e de acordo com os padrões de qualidade de enfermagem, pois estes permitem estruturar/orientar o exercício dos enfermeiros, quer seja em intervenções autónomas, quer seja em intervenções interdependentes, tal como pode ser lido, no REPE, nomeadamente, no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril), no seguinte ponto: “organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção” (p.2961) e “terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (p. 2960).

A capacidade que o EEEMCPSC tem de utilizar os referenciais teóricos e reconhecer todos os focos necessários à sua intervenção, tendo em conta uma visão holística da PSC, faz com que este se destaque da equipa e seja referência na atuação multidisciplinar.

No estágio de opção, foi realizado um Projeto de Autoformação (PAF), que consiste num “...trabalho sistemático e organizado, que deve concretizar-se num conjunto ordenado de atividades” (Alves, 2004, p.30), no qual foi inserida a realização de uma revisão integrativa de literatura.

Uma revisão integrativa de literatura, é um método de investigação que permite sintetizar os resultados de estudos e por sua vez a transferência de conhecimento científico para a prática de enfermagem, do qual resulta o estado da arte. Esta é “concebida para contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos que irão melhorar as abordagens da profissão à prática clínica (Hickey & Giardino, 2019, p.30).

A nível pessoal, estabeleci a constante procura de conhecimento, exercendo um percurso profissional fundamentado, através de esforço próprio e o desenvolvimento de competências, pelo que após a revisão integrativa de literatura, foi realizado um artigo científico com os resultados obtidos sobre a temática, tendo sido este publicado, com o objetivo de que exista continuidade de investigação sobre o tema e enriquecimento de conhecimentos para a prática de enfermagem.

Fundamentar o meu conhecimento e os meus cuidados, é algo que identifico como necessário e obrigatório, para a arte de bem cuidar. A título profissional e pessoal, selecionei

o tema: “o cuidado especializado no transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar na RAA e na RAM”, uma vez que detenho um carinho e interesse pela temática, dada a minha participação e atuação durante alguns anos neste contexto, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de intervenção neste domínio. Sendo que os objetivos gerais, foram: determinar quais os cuidados especializados efetuados em ambas as regiões e que se refletem em melhores resultados no doente; aprofundar conhecimentos relativos à PSC, em contexto extra-hospitalar e em simultâneo desenvolver competências na prestação de cuidados especializados, bem como, identificar o papel do enfermeiro no transporte/transferência do doente.

Esta revisão integrativa de literatura, foi revista e aceite para publicação no *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research- BJSCR*, tendo sido publicado na edição 48(2), de outubro (primeira quinzena), como é possível verificar na figura nº1, abaixo exposta.

Figura nº1- Revisão integrativa de literatura

Vol.48,n.2,pp.60-65 (Set - Nov 2024)

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research –

1

O CUIDADO ESPECIALIZADO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

SPECIALIZED CARE IN THE TRANSPORTATION OF CRITICAL PATIENTS IN EXTRA-HOSPITAL SETTINGS

MARÍLIA DE FATIMA MARTINS CORDEIRO^{1*}, DANIEL JOSÉ NUNES MADUREIRA DA CUNHA²

1, Hospital Divino Espírito Santo/Ilha de São Miguel – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente/Unidade de Cuidados Intermediários; Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica 2023/2024 pela Escola Superior de Saúde São José de Cluny, Funchal, Portugal e Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto, Portugal; 2, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, CINTESIS, Porto, Portugal; Mestre em Enfermagem Avançada (Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa) e Doutor em Enfermagem (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto).

* HDES/SM – Avenida D. Manuel I Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, Açores, Portugal., ZIP-CODE: 9500-370. marilia.f.m.cordeiro@gmail.com

Recebido em 30/08/2024. Aceito para publicação em 04/09/2024

RESUMO

Objetivo: Identificar quais as intervenções de enfermagem especializadas no transporte do doente crítico, em contexto extra-hospitalar. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura com recurso a pesquisa no agregador de conteúdos da EBSCO (CINAHL) e Pubmed/MEDLINE, entre os anos de 2018 a 2023, incluindo todos os artigos disponíveis em texto integral, que abordam a temática em português, espanhol ou inglês. **Resultados:** incluíram-se quatro estudos: um estudo de revisão de melhoria, um estudo de caso, uma revisão da literatura e um estudo de coorte retrospectivo. A análise dos estudos incluídos nesta revisão possibilitou a descrição dos cuidados especializados de enfermagem promotores de ganhos em saúde no contexto extra-hospitalar. **Conclusão:** O enfermeiro assume um papel primordial na monitorização de todas as variáveis hemodinâmicas, no controlo da dor, no reconhecimento e intervenção precoce a focos de instabilidade e na prevenção e controlo de infeção, planeando as suas intervenções para uma gestão simultânea e eficaz de todas as variáveis. O reconhecimento precoce das necessidades formativas da equipe multiprofissional, a utilização de estratégias de comunicação entre a equipa e a promoção da relação com a família e a utilização de *checklists*, influencia os ganhos em saúde do doente crítico.

PALAVRAS-CHAVE: Doente crítico; estado crítico, cuidados de enfermagem; transporte de paciente; assistência pré-hospitalar.

ABSTRACT

Objective: Identify which nursing interventions are specialized in transporting critical patients, in an extra-hospital context. **Methodology:** Integrative literature review using research in the EBSCO content aggregator (CINAHL) and Pubmed/MEDLINE between the years 2018 and 2023, including all articles available in full text, which address the topic and in Portuguese, Spanish or English. **Results:** four studies were included, one improvement review study, one case study, one literature review and one retrospective cohort study. The analysis of the studies included in this review made it possible to describe specialized nursing care that promotes health gains in the extra-hospital

context. **Conclusion:** The nurse assumes a primary role in monitoring all hemodynamic variables, controlling pain, recognizing and early intervening in instability areas and preventing and controlling infection, planning interventions for simultaneous and effective management of all the variables. Early recognition of the training needs of the multidisciplinary team and the use of communication strategies between the team and the promotion of relationships with the family, the use of checklists, influences health gains for critically ill patients.

KEYWORDS: Critical patient; critical condition, nursing care; patient transport; pre-hospital assistance.

1. INTRODUÇÃO

O transporte do doente crítico, acarreta riscos, pelas inúmeras variáveis e componentes associados, pelo que a definição do cuidado especializado à Pessoa em Situação crítica (PSC), é um conceito que foi evoluindo ao longo do tempo, sendo que vários autores, fazem referência à atuação dos enfermeiros, por estes assumirem um papel importante na assistência à população em contexto pré-hospitalar.

A especialização dos enfermeiros e dos cuidados que prestam, surge como resposta aos desafios atuais de saúde e às necessidades do cuidado ao doente crítico e neste contexto, reflete-se em ganhos de eficiência e efetividade em saúde e numa prestação de cuidados de qualidade, uma vez que estes são dotados de conhecimentos especializados e possuem uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada¹. Como tal, o doente crítico, é definido como aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018, p.19362)².

Esta tipologia de doentes, encontra-se, no contexto intra e extra-hospitalar, sendo o seu transporte, definido em duas categorias: primário e secundário, e que “o transporte primário corresponde àquele realizado do ambiente extra-hospitalar para uma unidade de saúde;

BJSCR (ISSN online: 2317-4404)

Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjsr>

enquanto o transporte secundário compreende o transporte entre unidades de saúde" (SPCI; OM, 2023, p.11)³.

O estado da arte sobre o cuidado especializado no transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar, surge da necessidade de compreender o transporte do doente crítico, os seus riscos, variáveis e componentes, pelo que é importante para a definição do cuidado especializado à PSC, que é um conceito que foi evoluindo ao longo do tempo, em que vários autores, fazem referência à atuação dos enfermeiros, por estes assumirem "...um papel importante na assistência à população em contexto pré-hospitalar. A atuação do enfermeiro paramédico exige o domínio de competências em diversas áreas, nomeadamente: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria da Qualidade, Gestão do Cuidado, Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional, Domínio da Prestação Técnica de Cuidados à Pessoa e Domínio da Condução de Emergência" (Canas, Malta & Oliveira, 2022, p.5)⁴, para a manutenção da qualidade dos cuidados refletindo-se em ganhos em saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes, tendo sido consensual a mesma, pelo que não foi necessário o envolvimento de um terceiro revisor.

A pesquisa foi realizada no agregador de base de dados EBSCO host: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MediciLatina, Cochrane Clinical Answers.

Foi utilizada a mnemónica PICO, para elaborar a questão de pesquisa: "Quais as intervenções de enfermagem especializadas no transporte do doente crítico, promotoras de melhores resultados?", como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Questão de Investigação.

P (população)	I (intervenção)	C (contexto)	O (resultado)
Critical patient	Nursing Interventions; Specialized care; Patient transport; Pre-Hospital assistance.	(no terms to compare)	Critical Care Outcomes; Quality Improvement.

Fonte: os Autores.

Recorreu-se ao browser DeCS/MeSHP, para a seleção dos descritores e aos operadores booleanos "AND" e "OR", para a criação da seguinte frase booleana: ("Patients" OR "Critical Care") AND ("Nursing Care" OR "Transportation of Patients" OR "Prehospital Care") AND ("Critical Care Outcomes" OR "Quality Improvement").

Para a condução desta revisão integrativa de literatura, foi construído o diagrama PRISMA, como sintetizado na Figura 1, clarificando os critérios de inclusão: texto integral/completo, nos idiomas:

português, inglês e espanhol, e artigos publicados entre 2018 e 2024, que abordassem, a temática em estudo. Perante os resultados obtidos, procedeu-se a análise por título, resumo, texto integral, com aplicação dos critérios de inclusão, previamente definidos. Foram excluídos 23 documentos em duplicado. A leitura integral de 39 documentos, após exclusão por título e resumo, permitiu selecionar quatro documentos elegíveis, para esta revisão.

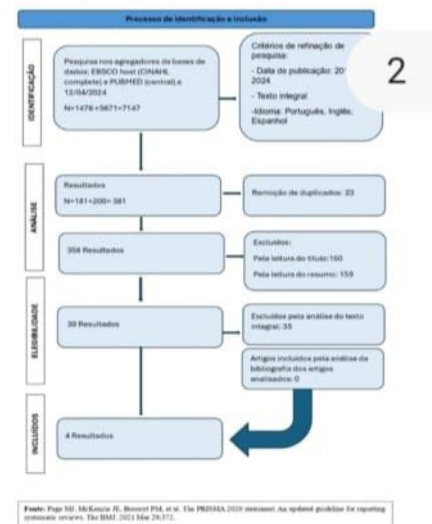


Figura 1. Diagrama de PRISMA 2020. Fonte: Page et al. (2021)⁵

3. DESENVOLVIMENTO

Foram incluídos quatro artigos nesta revisão, que pela temática abordada em cada um, foi possível a criação de diferentes categorias, no que respeita ao cuidado especializado dos enfermeiros, no transporte do doente crítico, em contexto extra-hospitalar.

Um dos artigos, aborda a importância da utilização de recursos para o transporte de doentes críticos e as dificuldades mais habituais durante o transporte, podendo levar à deterioração do estado de saúde do doente.

Outro artigo reforça que o cuidado a pacientes portadores de queimaduras, deverá ter como consideração primária: cuidar da dor, as terapias restauradoras que causam dor e evitar perda de calor e risco de sub-ressuscitação e sobre-ressuscitação, identificando precocemente a sépsis, estando esta correlacionada com um aumento significativo na taxa de mortalidade.

O terceiro artigo, revela que o cuidado a pacientes com diagnóstico de Enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, parte do reconhecimento e a

intervenção precoces, pelo que são fundamentais para a prevenção da morte e redução da morbilidade a longo prazo.

O último artigo, refere que o diagnóstico e intervenção precoce, são fulcrais no caso de sépsis.

Assim dois artigos fazem referência à atuação do enfermeiro, perante situação de sépsis, sendo o diagnóstico e a intervenção precoce, decisivos, para melhorar os resultados em pacientes com sépsis diminuindo a mortalidade.

São unânimes que a falta de conhecimento, e formação específica, poderá conduzir a obstáculos ao sucesso do transporte do doente crítico, neste contexto.

Os resultados sumários dos estudos incluídos nesta revisão encontram-se incluídos na seguinte tabela de extração (Tabela 2).

Tabela 2. Extração dos artigos.

Artigo 1	Autor (es)	Denton, G; Green, L.; Palmer, M.; Jones, A.; Quinton, S; Simmons, A.; Choyce, A.; Higgins, D.; Arora, N. (2021).
	Título	Evaluation of the safety of inter-hospital transfers of critically ill patients led by advanced critical care practitioners.
	Tipo de estudo	Estudo de revisão de melhoria
	Objetivos de estudo	Melhorar a qualidade de um serviço de transferência inter-hospitalar liderado por um profissional de saúde.
	Principais resultados e conclusões	Os enfermeiros recorreram a uma <i>checklist</i> de transferência, resultando em 81,4% (233) dos casos, em que a transferência decorreu sem intercorrências, referindo as seguintes dificuldades/deficiências: falta de experiência, de treino de pessoal, equipamentos (falha do equipamento), dificuldades logísticas (devolução de equipamentos) e estabilização precoce do doente antes da partida do local de origem para o local de chegada, mecanismos de recolha de dados, pelo que durante o transporte os pacientes poderão correr alto risco de deterioração do estado neurológico, hemodinâmico (a hipotensão foi a deterioração clínica mais comum) e respiratório, podendo evoluir até à morte. O transporte não se resume em deslocar pacientes de um lado para outro, mas sim na comunicação entre equipas em diferentes locais, com a família e com a equipa multidisciplinar.

Artigo 2	Autor (es)	Carey, M.G.; Valcin, E.K.; Lent, D.; White, M. (2021).
	Título	Nursing care for the initial resuscitation of burn patients.
	Tipo de estudo	Estudo de caso
	Objetivos de estudo	Determinar os cuidados prestados a doentes que sofreram queimaduras graves, e se existe o devido encaminhamento em contexto extra hospitalar a centros de queimados, que determinam o melhor outcome destes doentes.
	Principais resultados e conclusões	O cuidado ideal para o paciente com queimaduras graves é crítico em termos de tempo e uso intensivo de recursos. Os centros de queimados devem ter enfermeiros altamente treinados, familiarizados com as modalidades de cuidado e a trajetória de recuperação do paciente. Os cuidados devem fazer parte de um esforço interdisciplinar e coordenado para restaurar o paciente ao mais alto nível de funcionamento possível. Existe o risco de sub-ressuscitação e sobre-ressuscitação, sendo que ambos indesejáveis. O enfermeiro deve ter consideração primária: cuidar, tendo em consideração que terapias restauradoras causam dor, evitar perda de calor. A lesão não afeta apenas a saúde física, podendo ter implicações a longo prazo para a saúde mental e qualidade de vida do paciente. É fundamental que os enfermeiros identifiquem precocemente a sépsis, uma vez que existe um aumento significativo na taxa de mortalidade, relacionada com cada hora de atraso na administração de antibióticos após o início de hipotensão. Os enfermeiros frequentemente são os primeiros membros da equipa interdisciplinar a identificar a sépsis, pelo que desempenham a importante função de mobilizar a equipa, recorrendo à implementação de estratégias de comunicação recomendando a necessidade urgente de avaliação e/ou a implementação de pacotes prescritivos de sépsis, tais como: hemoculturas, antibióticos, exames laboratoriais iniciais, necessidade de vasopressor ou suporte fluidos.

Artigo 3	Autor (es)	Howard, I.; Castle, N.; Sahaikh, L.A.; Owen, R. (2019).
	Título	Improving the prehospital management of ST elevation myocardial infarction: a national quality improvement initiative.
	Tipo de estudo	Revisão de literatura
	Objetivos de estudo	O objetivo geral desta iniciativa nacional foi melhorar a eficácia do atendimento pré-hospitalar de pacientes com STEMI.
	Principais resultados e conclusões	O reconhecimento e a intervenção precoces são fundamentais na apresentação aguda e emergente da doença cardíaca isquémica e têm o potencial de melhorar a experiência do paciente, prevenir mortes e reduzir a morbilidade a longo prazo. Existem várias áreas com potencial de melhoria, centradas em três domínios-chave: prática clínica, formação e equipamento/medicação clínica.

Artigo 4	Autor (es)	Alhusain, F.; Alsuwaillem, H.; Aldrees, A.; Bugis, A.; Alzuhairi, S.; Alsulami, S.; Arabi, Y.; Aljerian, N. (2019).
	Título	Does being transported by Emergency Medical Services improve Compliance with the surviving sepsis bundle and mortality rate? A retrospective cohort study.
	Tipo de estudo	Estudo de coorte retrospectivo
	Objetivos de estudo	O objetivo do presente estudo foi estudar a relação entre ser transportado por Trabalhadores de Serviços Médicos de Emergência (TSEM) e não TSEM de emergência, e os resultados de pacientes transportados aos serviços de emergência, com sepsis grave e choque séptico e determinar a melhoria na adesão à via verde sepsis.
	Principais resultados e conclusões	Os autores recomendam o diagnóstico e intervenção precoce, para melhorar os resultados em pacientes com

		sépsis diminuindo a mortalidade. A sépsis é considerada uma das principais causas de mortalidade por infeção. Assim sendo, é esperado que o enfermeiro cuide do paciente de forma oportuna para o tratamento da sépsis, através das seguintes intervenções: dependendo da pressão arterial, a reposição de fluidos precocemente; a administração de antibióticos e o transporte dos pacientes para o centro de atendimento adequado. Protocolos de gestão da via verde sépsis, neste contexto, é uma área potencial para melhoria.
--	--	--

Fonte: os Autores.

4. DISCUSSÃO

Os enfermeiros enfrentam diversos desafios para gerir eficazmente os cuidados críticos agudos, reabilitação e cuidados de longo prazo ⁶. O controle da dor, por exemplo, é uma consideração fundamental nos cuidados de enfermagem, aos doentes portadores de queimaduras, pois além da própria queimadura, as terapias restauradoras utilizadas para as tratar agravam a dificuldade de controle da dor, porque a maioria das intervenções está associada à dor (troca de material de penso, excisão e enxerto e fisioterapia) ⁶. Para além do controle da dor, uma das prioridades é o reaquecimento rápido, que permite: evitar perda de calor, devendo os enfermeiros, conhecer e administrar prontamente medidas adequadas de reaquecimento, promovendo a sobrevivência com queimaduras graves. A lesão por queimadura não afeta apenas a saúde física, podendo ter implicações a longo prazo para a saúde mental e qualidade de vida do paciente, tendo em atenção o risco de sub-ressuscitação e sobre-ressuscitação, se ambos são indesejáveis ^{6,7}.

Por outro lado é fundamental que os enfermeiros identifiquem precocemente a sépsis, uma vez que existe um aumento significativo na taxa de mortalidade, relacionada com cada hora de atraso na administração de antibióticos após o início de hipotensão, sendo os enfermeiros frequentemente os primeiros membros da equipa interdisciplinar a identificar a sépsis, pelo que desempenham a importante função de mobilizar a equipa, recorrendo à implementação de estratégias de comunicação precisa e oportuna entre as disciplinas de saúde, por exemplo, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação, podendo os enfermeiros recomendar a necessidade urgente de avaliação e/ou a implementação de: hemoculturas, antibióticos, exames laboratoriais iniciais, necessidade de vasopressor ou suporte fluido ⁸. Assim sendo, a urgência das intervenções e a monitorização de possíveis complicações, podem exigir intervenções de enfermagem quase constantes, pelo que deverá ter-se em atenção que a proporção

enfermeiro-paciente seja ajustada para os pacientes de sépsis com risco de vida ⁶.

No que diz respeito, ao cuidado pré-hospitalar com doentes com enfarte agudo do miocárdio com supra de segmento ST, o reconhecimento e a intervenção precoces são fundamentais na apresentação aguda e emergente da doença cardíaca isquémica e têm o potencial de melhorar a experiência do paciente, prevenir mortes e reduzir a morbilidade a longo prazo. Existem várias áreas com potencial de melhoria, tais como: a prática clínica, formação e equipamento/medicação clínica ⁹.

Alhusain, *et al.* (2019) ¹⁰, determinaram que no transporte extra-hospitalar, para melhorar os resultados em pacientes com sépsis diminuindo a mortalidade, está recomendado o diagnóstico e intervenção precoce, através das seguintes intervenções: dependendo da pressão arterial, a reposição de fluidos precocemente; a administração de antibióticos e o transporte dos pacientes para o centro de atendimento adequado ^{6, 10}.

Em estudos anteriores, existiu uma melhoria dos resultados em diferentes condições de saúde, após as intervenções do enfermeiro, contudo neste estudo apenas a verificação dos valores de lactato era estatisticamente significativa entre os dois grupos em estudo, não existindo diferenças nos demais feixes da via verde sépsis ou na mortalidade geral, refletindo a falta de consciencialização sobre a sépsis nos cuidados pré-hospitalares, pelo que protocolos de gestão da via verde sépsis, neste contexto, constituem uma área potencial para melhoria ⁶.

O transporte não se resume a deslocar pacientes de um lado para outro, mas sim à comunicação entre equipas em diferentes locais, com a família e com a equipa multidisciplinar, tendo sido identificadas as seguintes dificuldades/deficiências: falta de experiência, de treino de pessoal, equipamentos (falha do equipamento), dificuldades logísticas (repatriação de equipamentos) e estabilização precoce do doente antes da partida do local de origem para o local de chegada, mecanismos de recolha de dados, pelo que durante o transporte os pacientes poderão correr alto risco de deterioração do estado neurológico, hemodinâmico (a hipotensão foi a deterioração clínica mais comum) e respiratório, podendo evoluir até à morte ^{10, 11}.

O conhecimento das intercorrências mais frequentes, das dificuldades e riscos associados ao transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar, permite que o enfermeiro previna e utilize os recursos disponíveis para facilitar e garantir a segurança do doente durante o transporte, recorrendo a *checklists* antes do transporte, manutenção da comunicação antes, durante e após entrega do doente crítico ^{11, 12, 13}.

É essencial a formação adequada e atempada dos enfermeiros que executam este serviço em técnicas *lifesaving* e proeficiência em manusear os equipamentos ^{4, 9, 11, 12, 14}.

O reconhecimento de focos de instabilidade e

atuação atempada, reflete-se em ganhos em saúde, diminuindo comorbidades e a mortalidade dos doentes críticos, durante o transporte em contexto extra-hospitalar ^{9, 10, 15, 16, 17}.

O trabalho em equipa e a atuação multidisciplinar, permite uma atuação mais segura e a estabilização precoce dos sinais vitais, evitando focos de instabilidade ^{12, 18}.

5. CONCLUSÃO

A intervenção do enfermeiro, tem impacto no estado de saúde do doente crítico, pelo que influencia positivamente ou negativamente a interrupção e/ou aparecimento de focos de instabilidade. É essencial a preparação prévia por parte do enfermeiro, quanto à formação, organização dos equipamentos, comunicação com a instituição de saúde que irá receber o doente crítico e a estabilização prévia do doente crítico antes da saída do local de origem, para o destino final.

O Enfermeiro, assume um papel primordial na monitorização de todas as variáveis hemodinâmicas, prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de focos de instabilidade, gestão da dor e do bem-estar, na prevenção de focos de infeção, assistindo a pessoa e família neste processo.

Por outro lado, torna-se evidente que o conhecimento específico do enfermeiro neste contexto e a preparação inicial, antes do transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar é essencial para a estabilização e otimização, dos ganhos em saúde.

É fulcral igualmente a investigação contínua para garantir a segurança no transporte do doente crítico neste contexto e a criação de protocolos/checklists, como estratégia facilitadora para o cumprimento de toda a gestão inerente a esta tipologia de transporte de doente crítico, bem como a manutenção da formação dos enfermeiros, para colmatar eventuais défices formativos.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Ordem dos Enfermeiros- OE (2018). Os Cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. [acesso 04 abr. 2024]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescfecabril2018.pdf
- [2] Lei n.º135/2018. Diário da República. II série. 429 (16-07-2018). 19359-19370. Regulamento n.º 429-Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. [acesso 26 mar. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- [3] Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – SPCI; Ordem dos Médicos – OM (2023). Transporte de doentes críticos adultos: recomendações 2023. [acesso

- 04 abr. 2021. Disponível em:
<https://ordendosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI-OM-III-2023.pdf>
- [4] Canas IMM, Malta HF, Oliveira LM. Memories of the emergency and resuscitation medical vehicle: experiences in a district hospital. Poster. Revista pensar em enfermagem. 2022; 26: 5-6.
 - [5] Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. The BMJ. 2021, 29: 372.
 - [6] Carey MG, Valcin EK, Lent D, *et al.* Nursing care for the initial resuscitation of burn patients. Critical care nursing clinical Am. 2021; 1-11.
 - [7] Cáceres-Jerez L, Gomezese-Ribero O, Reyes-Cárdenas L, *et al.* Management of acute pain in extensive burn injury: Nonsystematic review of the literature. Colombial jornal of anesthesiology 2018; 46(1):49-54.
 - [8] Henrique DM, Costa, BSR, Fassarella CS, *et al.* Nurse-managed protocols for early identification of sepsis: a scoping review. UERJ nursing jornal 2023, 31: 1-9.
 - [9] Howard I, Castle N, Sahaikh LA, *et al.* Improving the prehospital management of ST elevation myocardial infarction: a national quality improvement initiative. BMJ Open Quality. 2019;1-5.
 - [10] Alhusain F, Alsulwailam H, Aldrees A, *et al.* Does being transported by Emergency Medical Services improve Compliance with the surviving sepsis bundle and mortality rate? A retrospective cohort study. Journal of epidemiology and global health. 2019; 10(4): 276-279.
 - [11] Denton G, Green L, Palmer M, *et al.* Evaluation of the safety of inter-hospital transfers of critically ill patients led by advanced critical care practitioners. British journal of nursing. Advance clinical Practice 2021; 30(8):470-476.
 - [12] Vitorio JG, Gonçalves ECM, Haury CM, *et al.* Desafio da enfermagem frente a urgências durante o transporte inter-hospitalar. BJSCR 2018; 23(3):107-111.
 - [13] Loftin E, Andrews D, Mikitarian G, *et al.* Zero harm during transition in care from the emergency department to medical/surgical units. Nurse Care quality jornal. 0 (0): 1-5.
 - [14] Nathanson MH, Andrzejowski JD, Dinsmore J, *et al.* Guidelines for safe transfer of the brain-injured patient: trauma and stroke. Anaesthesia jornal; 2019: 1-15.
 - [15] Jennifer AN, Bills CB, Matheson L, *et al.* A profile of traumatic injury in the prehospital setting in India: A prospective observational study across seven states. Injury Journal 2020; 51:286-293.
 - [16] Pullybank A, Tavaré A, Little H, *et al.* Implementation of the national early warning score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. British journal of General Practice 2020, 381-388.
 - [17] Chuck CC, Martin TJ, Kalagara R, *et al.* Emergency medical services protocols for traumatic brain injury in the United States: a call for standardization. Injury jornal 2021, 52:1145-1150.
 - [18] Liu SI, Curren J, Leahy NE, *et al.* Trauma response nurse: bringing critical care experience and continuity to early trauma care. Journal of trauma nursing. 2019, 26(4):215-220.

Fonte: O cuidado especializado no transporte do doente crítico em contexto extra-hospitalar, publicado em Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research; Vol. 48, n.2, pp.60-65 (set-Nov 2024).

De acordo com o supramencionado, determino que desenvolvi e adquiri as competências necessárias para a aquisição do grau de mestre.

CONCLUSÃO

O percurso realizado, durante o curso de Mestrado em EEEMCPSC, permitiu-me aprofundar e consolidar conhecimentos, desenvolvendo e adquirindo as competências comuns e de EEEMCPSC e os seus domínios de especialidade, através das experiências em contexto prático e pelas estratégias delineadas para a resolução de problemas, tendo por base o código deontológico, os domínios comuns e os princípios éticos.

A unidades curriculares e cada EC, permitiram-me uma visão ampla e simultaneamente, específica do cuidar especializado de enfermagem, proporcionando-me uma forma de visualizar a PSC, de forma holística, bem como atender às suas necessidades e da sua família.

Todos os Ensinos Clínicos, foram planeados e delineados, tendo por base os objetivos pessoais e os curriculares, para a aquisição de competências de EEEMCPSC, permitindo desenvolver uma capacidade crítica e reflexiva. Os frequentados na EMIR, SIV, LEM e UEA, possibilitaram uma visão especializada da PSC e de cuidados emergentes, bem como o trabalho do EE na triagem, na seleção e encaminhamento de meios, acompanhando o desenrolar da situação da PSC do extra-hospitalar para o intra-hospitalar. Por sua vez na UP e na UCIP, permitiu efetuar uma analogia à continuidade dos cuidados à PSC e à sua família.

Nestes contextos prestei cuidados especializados, tendo em conta os padrões de qualidade no cuidar à PSC.

Através dos trabalhos realizados academicamente e também neste relatório evidenciei o desenvolvimento e aquisição das competências de EEEMCPSC.

Em relação à competência cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, esta foi adquirida através de um exercício pautado pela evidência científica, dinamismo, gestão de recursos humanos e materiais, competências sociais, humanas e éticas do cuidar.

A competência número dois, referente ao dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, permitiu-me desenvolver cuidados através da atuação em cenários reais e simulados, para uma intervenção especializada do cuidar à PSC, preparando-me para cenários complexos, onde o imprevisto é necessário, não ignorando os princípios básicos inseridos nas outras competências.

Por último a terceira competência de maximizar 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, permitiu-me desenvolver cuidados em parceria ou individuais, tendo em conta *guidelines* atuais e o respeito pelas instruções emanadas da DGS.

As competências de grau mestre, foram atingidas através da soma do desenvolvimento e aquisição das competências comuns, da especialidade de EEEMCPSC e pelo desenvolvimento de competências de investigação, gestão e melhoria continua pessoal, apanágio de melhoria continua dos cuidados especializados prestados à PSC.

As orientações tutoriais, foram uma mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como a partilha de experiências, encaminhando-me para a prestação de cuidados de excelência e para a execução dos trabalhos propostos academicamente e em EC, bem como as orientações efetuadas pelos enfermeiros responsáveis para o desenvolvimento de competências de EEEMCPSC.

A partilha de experiências e a colaboração com equipas multidisciplinares, através visão holística da PSC e das suas necessidades, permitiu discussões aprazíveis e um pensamento analítico e reflexivo para a resolução de problemas.

Uma das formas de colmatar as dificuldades, foi a minha autodeterminação e disciplina com o estudo, bem como apoiar-me em colegas com muita experiência.

Saliento que, o esforço e dedicação à conclusão deste mestrado, fez-se com a gestão de prioridades e do tempo disponível, constituindo, em diversos momentos uma difícil conciliação entre ambos. Ao nível pessoal e profissional, o mestrado ocupou uma grande parte do meu tempo disponível, por ter vivenciado em tempo real a evacuação do hospital onde trabalho, tornando esta conciliação complexa.

O acompanhamento do meu orientador, foi fulcral para este percurso e para a realização deste relatório, refletido e fundamentado, reforçando positivamente o meu desempenho.

Apesar de complexa e difícil esta jornada, foi um objetivo autoproposto o meu desenvolvimento pessoal e profissional, do qual termino satisfeita com as minhas prestações ao nível dos Ensinos Clínicos, que foram promotores de aprendizagens e academicamente, resultado sumo do meu esforço e dedicação.

Considero que todo o trabalho desenvolvido, foi ao encontro das competências de mestre, presentes no Decreto-Lei nº115/2013, tendo sido estas desenvolvidas e atingidas, através da disponibilidade de aprender novos conhecimentos e aplicando estes a novas situações, integrando-os na arte especializada de cuidar, no sentido de solucionar situações novas e que necessitavam de raciocínio e espírito analítico e crítico.

Ao consciencializar-me das necessidades da PSC, desenvolvi um cuidar holístico, com intuito da resolução das necessidades da PSC e da família e ao mesmo tempo determinei as minhas necessidades, colmatando-as com a procura constante de novos conhecimentos.

Assim sendo, depreendo que concluo com sucesso, o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e do eeemcpsc e do grau de mestre, atingindo os objetivos propostos académicos e pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T. & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica – reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Revista ENFormação*. (9), 12-17. <<https://www.acenfermeiros.pt/files/upload/revistas/9-revista-ace-w.pdf>>
- Alhusain, F., Alsuwailem, H., Aldrees, A., Bugis, A., Alzuhairi, S., Alsulami, S., Arabi, Y. & Algerian, N. (2019). Does being transported by Emergency Medical Services improve Compliance with the surviving sepsis bundle and mortality rate? A retrospective cohort study. *Journal of epidemiology and global health*. 10(4). 276-279. [https:// doi.org/10.2991/jegh.k.191215.001](https://doi.org/10.2991/jegh.k.191215.001)
- Alves, A. (2004). *Etapas da metodologia de projeto*. O professor. 85. 30-37.
- Baetzner, A.S., Wespi, R., Hill, Y., Gyllencreutz, L., Sauter, T.C., Saveman, B., Mohr, S., Regal, G., Wrzus, C. & Frenkel, M.O. (2022) Preparing medical first responders for crises: a systematic literature review of disaster training programs and their effectiveness. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, CIE30(76), 1-23. <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1526>
- Barros, J.P. de Melo (2023). Papel do enfermeiro extra-hospitalar na abordagem à criança com convulsões. *Recien, Revista Científica de Enfermagem* 13(41). Doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.186-197>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., Salari, A., Safarpour, H., & Khankeh, H. R. (2022). Accuracy of Triage Systems in Disasters and Mass Casualty Incidents; a Systematic Review. *Archives of Academic Emergency Medicine journal*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1526>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2ª edição). Lisboa: Quarteto.

- Butts, J. B. (2020). *Ethics in professional nursing practice*. Nursing Ethics: Across the Curriculum and Into Practice, (5th ed.). https://samples.jblearning.com/0763748986/48986_ch03_pass3.pdf
- Canas, L.M.M.; Malta, H.F. & Oliveira, L.M. (2022). Memories of the emergency and resuscitation medical vehicle: experiences in a district hospital. Poster. *Revista pensar em enfermagem*. 26. 5-6. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26iSup.253>
- Carey, M.G., Valcin, E.K., Lent, D., & White, M. (2021). Nursing care for the initial resuscitation of burn patients. *Critical care nursing clinical Am*. 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.05.004>
- Carta dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. **ERS-Entidade reguladora da saúde**. (2021) 1-243. [Consult. 10 julho 2024] Disponível em WWW: <https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers-direitos-e-deveres.pdf>
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia: em linguagem simplificada. **Comissão europeia**. (2020) 1-40. [Consult. 09 maio 2023]. Disponível em WWW: <<https://op.europa.eu/webpub/com/carta-dos-direitos-fundamentais/pt/>>
- Casimiro, S. (2015). *Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem* (Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem; Relatório Final de Estágio em gestão de enfermagem) Escola Superior de Enfermagem do Porto; Porto. RCCAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/10728>
- Chuck, C.C., Martin, T.J., Kalagara, R., Shaaya, E., Kheirbek, T, & Cielo, D. (2021). Emergency medical services protocols for traumatic brain injury in the United States: A call for standardization. *Injury journal*. 52. 1145-1150. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.01.008>
- Decreto-Lei nº65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Diário da República, I série; 157. (2018-08-16). 4147-4182.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Denton, G., Green, L., Palmer, M., Jones, A., Quinton, S., Simmons, A., Choyce, A., Higgins, D., & Arora, N. (2021). Evaluation of the safety of inter-hospital transfers of critically ill patients led by advanced critical care practitioners. *British journal of nursing, Advance clinical Practice*. 30(8). 470-476.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.8.470>

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem do problema aos fundamentos para o agir*. Edições Almedina, S.A.

Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD). **Diário da República**, II série; 187; (2021-09-24); 96-103. [Consult. 09 jan. 2024]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>

Despacho nº1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD). **Diário da República**, 28 (2015-02-10). 3882 (2) -3882 (10). [Consult. 09 jan. 2024]. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Direção Geral de Saúde- DGS (2003). Circular normativa nº9/DGCG de 14 de junho de 2003. *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. [Consult. 11 jan. 2024]. Disponível em WWW: <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>>

- Direção Geral de Saúde-DGS (2012). Norma 012/2012. Via Verde do Trauma no Adulto. [Consult. 18 maio 2024]. Disponível em WWW:< https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf>
- Direção Geral de Saúde -DGS (2013). Norma nº029/2012- *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. [Consult. 18 maio 2024]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>>
- Direção Geral de Saúde -DGS (2015). Norma nº19/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022- *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. [Consult. 18 jul. 2024]. Disponível em WWW:<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf>
- Direção Geral de Saúde -DGS (2015). Norma nº22/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022- *Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. [Consult. 03 fev. 2024]. Disponível em WWW:< https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf>
- Direção Geral de Saúde- DGS (2015). Norma nº20/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. [Consult. 18 jun. 2024]. Disponível em WWW:<<https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/DGS-Norma-n.-20-2015.pdf>>

- Direção Geral de Saúde- DGS (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. [Consult. 20 abr. 2024]. Disponível em WWW: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção Geral de Saúde- DGS (2017). Norma nº1/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. [Consult. 21 mar. 2024]. Disponível em WWW: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção Geral de Saúde- DGS. Norma nº002/2018. *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*; <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Direção Geral de Saúde – DGS (2019). Norma nº07/2019. *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Consult. 18 maio 2024]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde- DGS (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. [Consult. 20 mar. 2024]. Disponível em WWW: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>>
- Direção Geral de Saúde- DGS (2022). Norma 21/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022- *Feixe de Intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação*. [Consult. 18 jun. 2024]. Disponível em WWW:< https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf>

Direção Geral de Saúde- DGS (2023). Norma 004/2023-*Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento*. Consultado a 30 jun. 2024. Disponível em: <WWW: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>>

Diário da República, 79. I série; (2007-04-23); Decreto Regulamentar Regional N° 11/2007/A. Altera a orgânica e o quadro de pessoal do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA). [Consult. 18 maio 2024]. Disponível em WWW:< https://www.ivar.azores.gov.pt/legislacao/Documents/DRR%2011-2007_Org%C3%A2nica%20SRPCBA.pdf

Diário da República, 153. II Série (2014-08-11). 20673-20678. Despacho n° 10319/2014, de 11 de agosto. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Diário da República, 79, II Série (2014-04-23), 11123 – 11124. Despacho n° 5561/2014, de 11 de abril; Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>

Diário da República, 198, II Série (2018-10-15), 27533-27533. Despacho n.º 9639/2018; <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Diário da República, 218. II série (2020-11-09). 180-182. Despacho n° 10960/2020, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10960-2020-147933360>

- Expresso (2023). Missões da Força aérea para transportar doentes nos Açores disparam. Journal Expresso online [Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW:<
<https://www.google.com/amp/s/amp.expresso.pt/politica/2023-02-17-Missoes-da-Forca-Aerea-para-transportar-doentes-nos-Acores-disparam-2beff586>>
- Fregonese, L., Currie, K., & Elliott, L. (2023). Hospital experiences of contact isolation for antimicrobial resistant organisms in relation to health care-associated infections: A systematic review and narrative synthesis of the evidence. *American Journal of Infection Control*. 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.04.011>
- Farhat, H., Alinier, G., EL Aifa, K., Athemneh, K., Gangaram, P., Romero, R., Khenissi, M. C., Shaikh, L.A., & Laughton, J. (2023). Quality improvement tools to manage emergency callbacks from patients with diabetes in a prehospital setting. *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002007>
- Galli, F. & New, K. J. (2022). Gibbs' cycle review - emotions as a part of the cycle. *Revista e- Motion- Revista de Educación, Motricidad e Investigación*. (19), 92-101. <https://doi.org/10.33776/remo.vi19.7224>
- Godinho, P. M. G. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multivítimas* (Relatório para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>
- Gonçalves, S. C. M. & Carmo, T. I. G. D. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 11 (1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Hickey, J.V., & Giardino, E.R. (2019). The role of the nurse in quality improvement and patient safety. *The jornal of neurological and neurosurgical nursing*. 8(1). 30-36. <https://doi.org/10.15225/PNN.2019.8.1.5>
- HSEIT, (n.d.). Unidade de Evacuações Aéreas- UEA. [Consult. 28 mar. 2024]. Disponível em WWW:< <https://cms.hseit.pt/unidade-de-evacuacoes-aereas>>

Howard, I., Castle, N., Sahaikh, L.A., & Owen, R. (2019). Improving the prehospital management of ST elevation myocardial infarction: a national quality improvement initiative. *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2018-000508>

Instituto nacional de Emergência-INEM (Despacho nº 5058/2016) Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/04/072000002/0000500005.pdf>

INEM (2012). *Situação de Exceção - Manual de TAS*. Consultado a 30 maio 2024. Disponível em: <<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>>

INEM (2023). *Orientação técnica n.º28-Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.028-01.DEM_.Restricao-de-movimentos-de-coluna-na-vitima-com-suspeita-de-traumatismo-vertebro-medular.pdf

Jornal Oficial - RAM, I Série, nº86. Aprovação dos Estatutos do Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, abreviadamente designado por SRPC, IP-RAM. (2022-05-18). 1-13. [Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW: <https://www.procivmadeira.pt/images/legisla%C3%A7%C3%A3o/estatutos_srpc_2022.pdf>

Lei nº26/2019. **Diário da República**. II série. 140 (2019-02-06), 4744-4750. Regulamento nº140- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Consult. 27 mar. 2024]. Disponível em WWW:<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>

Lei nº28/2015. **Diário da República**. II série. 10 -02-2015. 3882 (2) -3882 (10). Despacho nº1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. [Consult. 19 abr. 2024]. Disponível em WWW:<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010>>

Lei nº 161/96. **Diário da República**. I Série-A. 205 (96-09-04), com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. 2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros- REPE. [Consult. 31 mar. 2024]. Disponível em WWW:< <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-241640>>

Lei nº135/2018. **Diário da República**, II série, 2018-07-16, 19359 – 19370. Regulamento nº429. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. [Consult. 12 jan. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>>

Lei nº21/2018. **Diário da República**, II Série (2018-01-30). 3478 – 3487. Regulamento nº76 de 2018. (3478-3487). Regulamento da competência acrescida avançada em gestão (2018). [Consult. 10 julho 2024] Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Lei nº115/2013, **Diário da República**; 151, I Série (2013-08-07), 4749 – 4772. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>.

Lei nº184/2019. **Diário da República**. II série. Regulamento n.º 743 (2019-09-25), 128-154. Regulamento n.º 743/2019- Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [Consult. 19 nov. 2023]. Disponível em WWW:< <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>.

Liu, S.I., Curren, J., Leahy, N.E., Sobocinski.K., Zambardino, D., Shikar, M.M., Vasquez, C., Miluszusky, B., & Winchell, R.J. (2019). Trauma Reponse Nurse: Bringing critical care experience and continuity to early trauma care. *Jornal of trauma nursing*. 26 (4). 215-220. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000454

Magalhães, M. (2020). A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros (Tese

de Doutoramento). Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalh%C3%A3es.pdf

Mancuso, G, Gaetano, S.D., Midiri, A, Zummo, S. & Biondo, C. (2023) The Challenge of Overcoming Antibiotic Resistance in Carbapenem-Resistant Gram-Negative Bacteria: “Attack on Titan”. DOI: <https://doi.org/10.3390/microorganisms11081912>

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. [Consult. 19 nov. 2023]. Disponível em WWW:<<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>>

Ordem dos Enfermeiros- OE (2015). *Código deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)*. [Consult. 13 jan. 2024]. Disponível em WWW:<<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>

Ordem dos enfermeiros- OE (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. [Consult. 01 abr. 2024]. Disponível em WWW:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros- OE (2018). Os Cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. [Consult. 04 abr. 2023]. Disponível em WWW:<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros-OE (2017). Parecer nº9, da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgico. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. [Consultado a 06 set. de 2014]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf>
- Organização Mundial de Saúde- OMS. (2020) 1-81. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. [Consultado a 06 set. de 2014]. Disponível em WWW: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>>
- Ordem dos Enfermeiros- OE (2018). Lei nº74/2018. **Diário da República. II** série. (2018-04-16), 10758-10764. Regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9271/regulamento-n%C2%BA-223_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf
- Pullybank, A, Tavré, A., Little, H., Redfern, E., Le Roux, H., Inada-Kim, M., Cheema, K., & Cook, A. (2020). Implementation of the national early warning score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. *British journal of general practice*. 381-388. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709349>
- Pap, R., Lockwood, C., Stephenson, M. & Simpson, P. (2020). Development and testing of Australian prehospital care quality indicators: study protocol. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038310>
- Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Portaria n.º 23/2013. Jornal Oficial RAM, I série, nº41. (2013-03-28). Portaria n.º 23/2013 Quarta alteração à Portaria Conjunta n.º 44/2004, de 2 de março, das Secretarias Regionais do Equipamento Social e Transportes e dos Assuntos Sociais, que adapta à Região Autónoma da Madeira o Regulamento do Transporte de Doentes.

[Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW: <
<https://www.procivmadeira.pt/images/legisla%C3%A7%C3%A3o/ISerie-041-2013-03-28.pdf>>

ProcivAzores (n.d.). Emergência Médica. [Consult. 28 mar. 2024]. Disponível em WWW:<
<https://www.prociv.azores.gov.pt/emergencia-medica/>>

ProcivMadeira, (n.d.). SEMER. [Consult. 28 mar. 2024]. Disponível em WWW:<
<https://www.procivmadeira.pt/pt/a.html>>

ProcivMadeira (n.d.). Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM Emergência Pré-Hospitalar 1.º semestre de 2024. [Consult. 27 mar. 2024]. Disponível em WWW:<
https://www.procivmadeira.pt/images/dispositivo-socorro/semestrais/1sem_2024.pdf>

Quaresma, L. T. & Rendeiro, M. M. P. (2020). Triage de pacientes em situação de catástrofe: aplicativos educacionais disponíveis como ferramenta para treinamento e auxílio de socorristas. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, 5(2), 147-160. <https://doi.org/10.36517/resdite.v5.n2.2020.a11>

Queirós, A. (2001) *Ética e enfermagem*. Quarteto Editora.

Rigolon, A. (2022). Entendendo a transmissão e os fatores de risco das bactérias multirresistentes em um serviço de emergência de um hospital de ensino (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. [Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW:<
<https://repositorio.unifesp.br/11600/66180>>

Rampogal, S., Elmer, J., Escajeda, J. & Martin-Gill, C. (2018). Differences in Prehospital patient assessments for pediatric versus adult patients. *The journal of pediatrics*. 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.03.069>

Regulamento interno do SEMER (n.d.). [Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW:

<https://www.procivmadeira.pt/images/Instrumentos_de_Gestao/plano_atividades-semer.pdf>

PROCIV (2023). Sistema integrado de emergência médica dos Açores-SIEM. [Consult. 06 abr. 2024]. Disponível em WWW: <<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1690542347.pdf>>

Saleem, Z., Goodman, B, Hassali, M. A., Hashmi, F. K., Azhar, F., & Rehman I. U. (2019). Point prevalence surveys of health care associated infections: a systematic review. *Pathogens and Global Health*. 1113 (4). 191-205. <https://doi.org/10.1080/20477724.2019.1632070>

Santos, E. S. & Marinho, C. M. S. (2013). Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia Intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de enfermagem referência*. (9) 181-189. Consultado a 01 dez. 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.12707/RIII1272>>

Silva, T. A. (2019). *Triagem realizada no Pré-hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4713>

Silva, M. S.T. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção* (Relatório de estágio). Universidade Católica Portuguesa. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/31612>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – SPCI & Ordem dos Médicos -OM (2023). Transporte de doentes críticos adultos: recomendações 2023. [Consult. 04 abr. 2024]. Disponível em WWW:< https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos-SPCI (n.d.). *Resultados Plano Nacional de*

Avaliação da Dor. [Consult. 20 jan. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>>

Stojek, L., Bieler, D., Neubert, A., Ahnert, T., & Imach, S. (2022). The potencial of point-of-care diagnostics to optimise prehospital trauma triage: a systematic review of literature. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 49(4), 1727-1739. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02226-8>

Taylor, B.N., Rasnake, N., McNutt, K., McKnight, L., & Daley, B.J. (2018). Rapid ground transport of trauma patients: a moderate distance from trauma center improves survival. *Journal of surgical research*. 232. 318-324. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.06.055>

Vala, J. B. C. L. (2018). *Protocolo de comunicação de más notícias em evento crítico.* (Dissertação para obtenção de grau mestre em enfermagem médico-cirúrgica). Escola Superior de enfermagem de Coimbra. [Consult. 20 agos. 2024]. Disponível em WWW: <http://web.esenfc.pt/?url=rXtD8zA0>

Vasconcelos, A. L. S., Lopes, C. R. P., & Souza, M. G. S. (2014). Transporte inter-hospitalar de pacientes críticos: Itens de Segurança. XIII SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica, UNIFACS. 2014 Jan.3-15; Salvador.

Vitório, J.G., Gonçalves, E.C.M., Haury, C.M., Neto, J.L.T., Bravo, D.S., & Costa, A.B. (2018). O desafio da enfermagem frente a urgências durante o transporte inter-hospitalar. *BJSCR, Brazilian Journal of surgery and clinical research*. 23(3). 107-111. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Woods, B., Lang, B., Blayney, C., O'Mahony, L., Tuig, A.V., Rea, T., Carlbom, D.; Sayre, M., & King, M. (2019). Medic One Pediatric (MOPed) cards: Standardising paramedic paediatric resuscitation. *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2018-000534>

Wästerhed, J., Ekenberg, E. & Hagiwara, M. A. (2024). Ambulance nurses' experiences as

the sole caregiver with critical patients during long ambulance transports: an interview study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 32(6).1-10. <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01178-1>

World Health Organization (WHO), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and World Organisation for Animal Health (OIE). (2016) Antimicrobial resistance: a manual for developing action plans. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204470/9789241549530_eng.pdf?sequence=1

ANEXOS

Anexo A – Formação Técnicas Dialíticas em Cuidados Intensivos



HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO
DA ILHA TERCEIRA

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direção Regional da Saúde
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira E.P.E.
Unidade de Cuidados Intensivos

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

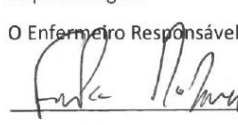
FORMAÇÃO INTERNA

Declara-se para os devidos efeitos que a Sr^a Enfermeira Marília de Fátima Martins Cordeiro a realizar Ensino Clínico II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, previsto no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, participou como formanda na ação de formação interna realizada sobre a temática “Técnicas Dialíticas em Cuidados Intensivos” que decorreu no dia 17 de novembro com uma duração de três horas.

Angra do Heroísmo, 25 de novembro de 2023

Filipe Rodrigues

O Enfermeiro Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios


Unid. de Cuidados Intensivos e Intermédios

CONTRIBUINTE N.º 512 018 529

Canada do Barreiro, 9700-856 Angra do Heroísmo
E-mail: secretariado@hseah.org

Tel. Geral - 295 403 200 Secretariado 2954 03 215
Fax Geral - 295 403 271 Secretariado 295 628 924

Anexo B – Certificado de participação em simulacro



HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO
DA ILHA TERCEIRA

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direção Regional da Saúde
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira E.P.E.
Unidade de Cuidados Intensivos

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

SIMULACRO DE INCIDENTE

Declara-se para os devidos efeitos que a Srª Enfermeira Marília de Fátima Martins Cordeiro a realizar Ensino Clínico II na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, previsto no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, colaborou com a Equipa de Emergência Médica Interna na realização de um Simulacro de Incidente no âmbito da Implementação das Medidas de Autoproteção que decorreu no dia 24 de novembro.

Este simulacro teve como objetivo reforçar as competências e capacidades das equipas e protocolos de segurança estabelecidos no HSEIT.

No decorrer do simulacro que envolveu um cenário de multi-vítimas, a Enfª Marília Cordeiro colaborou na implementação da área de proteção e assistência às vítimas no local, prestando os cuidados de emergência necessários, incluindo a evacuação local das vítimas.

Angra do Heroísmo, 25 de novembro de 2023

Filipe Rodrigues

O Enfermeiro Responsável da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermedios



CONTRIBUINTE N.º 512 018 529

Canada do Barrico, 9700-856 Angra do Heroísmo
E-mail: secretariado@hscih.org

Tel. Geral - 295 403 200 Secretariado 2954 03 215
Fax Geral - 295 403 271 Secretariado 295 628 924

Anexo C – Workshop “Scoping Review e Revisão Integrativa: Passo a Passo”

 Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny	CERTIFICADO
Certifica-se que Marília de Fátima Martins Cordeiro, participou na Formação online “Cluny Autumn School 2024 — Scoping Review e Revisão Integrativa: Passo a Passo”, no dia 21 de maio de 2024 num total de quatro horas.	
Funchal, 22 de maio de 2024	A Presidente do Conselho de Direção
Assinado por: CRISTINA BÁRBARA DA COSTA FREITAS PESTANA Num. de identificação: 06198336 Data: 2024.05.24 10:59:32+01:00	

Form 21