

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO EMERGENTE:
Do Pré ao Intra-Hospitalar**

Lara Patrícia Fernandes Abreu nº1211

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2018**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO EMERGENTE:
Do Pré ao Intra-Hospitalar**

Lara Patrícia Fernandes Abreu nº1211

Orientador: Prof. Mestre Noélia Pimenta

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2018

Quando se viaja em direção a um objetivo. É muito importante prestar atenção ao caminho. O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar e enriquece-nos enquanto o cruzamos

Paulo Coelho (1987)

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem São José de Cluny pela oportunidade de desenvolvimento dos Enfermeiros e da Enfermagem.

Aos enfermeiros orientadores e a toda a equipa multidisciplinar pela forma como me receberam e integraram na equipa, pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram crescer pessoalmente e profissionalmente.

À orientadora, Professora Noélia Pimenta pelo incentivo, disponibilidade, orientação, crítica positiva e motivação.

À Doutora Joana Vasconcelos pela revisão integral deste relatório.

À minha família pela dedicação e paciência.

Aos amigos que perguntavam constantemente se já tinha acabado, agora posso dizer que sim!

Aos meus colegas de equipa, pela motivação, incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis.

Por fim, a todas as pessoas que tornaram este percurso académico e profissional possível.

A todos, **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

O presente relatório foi inserido no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2016/2018 e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório expõe o trabalho desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado, nas três práticas clínicas, estágio I - Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça e o Serviço de Emergência Médica Regional, estágio II - Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça, estágio III, de carácter opcional, selecionei o Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Santa Maria e o Instituto Nacional de Emergência Médica de modo a colmatar a minha necessidade de aprofundar a abordagem ao cliente emergente do pré ao intra-hospitalar, com enfoque na vertente traumática e médica.

Os objetivos deste relatório foram: evidenciar as competências comuns e as específicas adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, assim como as competências de Mestre através da descrição e análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas nas práticas clínicas, visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório foi organizado em três capítulos, enfatizando a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nos seus quatro domínios: desenvolvimento das aprendizagens profissionais; responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados (Regulamento nº 122/2011); as competências específicas da pessoa em situação crítica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e atuar na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica (Regulamento nº 124/2011), rumo à aquisição das competências de Mestre de Enfermagem Médico-Cirúrgica, previsto no Regulamento n.º 658/2016.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, pois permitiu-me narrar e descrever objetivamente as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a realização das práticas clínicas.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, competências, Mestre, politraumatizado, emergências médicas

ABSTRACT

The present report is inserted in the scope of a 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, taking place in the "*Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny*" college throughout the academic year of 2016/2018 and was prepared in order to achieve a Master of Science (MsC) degree in Medical-Surgical Nursing.

The current report discloses work performed throughout the course of the Master's Degree, most specifically along three clinical practices - internship I: Emergency Service in *Dr. Nélio Mendonça Hospital* and Regional Medical Emergency Service, internship II: *Dr. Nélio Mendonça Hospital's* Intensive Care Service, internship III (of optional nature): The National Institute and the *Hospital Universitário de Santa Maria's* Medical Emergency Services, in order to fulfill my need to improve the approach towards emergency patients from pre to intra-hospital, focusing on the traumatic and medical aspects.

The objectives of this report were: to pinpoint the common and specific skills acquired and developed during the nursing care services to patients in emergency situations, as well as a Master's skills, through a critical / ponderous analysis and description of the experiences that took place during the clinical practices, with the purpose of achieving a Master of Science Degree in Medical-Surgical Nursing.

This report is organized in three chapters, emphasizing the acquisition and development of skills common to specialized nurses, in their four respective domains: Professional learning development as well as professional, ethical and legal responsibility development; continuous quality improvement and care management (Statute no. 122/2011); skills regarding a person in a critical situation: care of patients living complex processes of critical illness and/or organic failure; dynamic response to situations of catastrophe or multi victim emergency and action towards the prevention and control of infections, regarding patients in critical situations and/or organic failure (Statute no. 124/2011), with the aim of acquiring Master of Medical-Surgical Nursing competences, as foreseen in the Statute no. 658/2016.

The methodology used to the fulfillment of this report was descriptive, analytical and reflective, since it allowed me to objectively narrate and describe the experiences, the problems/situations found, the solutions proposed and the difficulties felt during the implementation of the clinical practices.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, skills, Master, polytraumatized, medical emergency

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A/C- Assistida/Controlada

AAS- Ácido Acetilsalicílico

AO- Assistentes Operacionais

APA- *American Psychological Association*

ASV- *Adaptive Support Ventilation*

ATCN- *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco-Operatório

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMV- Ventilação Mecânica Controlada

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CROS- Centro Regional de Operações de Socorro

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

CVC- Cateter Venoso Central

CVP- Cateter Venoso Periférico

DGS-Direção-Geral da Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Eletrocardiograma

EEMC- Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR- Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI- Equipamento de Proteção Individual

EtCO₂- *End-tidal carbon dioxide*

FC- Frequência Cardíaca

FR- Frequência Respiratória

FV- Fibrilação Ventricular

HNM- Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSM- Hospital Universitário de Santa Maria

HTA- Hipertensão Arterial

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICC- Índice Cardíaco Contínuo
ICEVAP- Índice Extravascular de Água Pulmonar
INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica
IVDFG- Índice Volume Diastólico Final Global
IVSIT- Índice Volume Sanguíneo Transtorácico
mm/Hg- Milímetros de Mercúrio
MRMI- *Medical Response to Major Incidents*
MRSA- *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial da Saúde
p.- Página
PaCO₂- Pressão parcial de dióxido de carbono
PAI- Pneumonia Associada à Intubação
PAM- Pressão Arterial Média
PBCI- Precauções Básicas do Controlo da Infecção
PCR- Paragem Cardiorespiratória
PIA- Pressão Intra-Abdominal
PIC- Pressão Intracraniana
PiCCO- *Pulse index Contour Continuous Cardiac Output*
PNAD- Plano Nacional de Avaliação da Dor
PPC- Pressão de Perfusão Cerebral
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSV- Ventilação por Pressão de Suporte
PVC- Pressão Venosa Central
RAM- Região Autónoma da Madeira
RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*
RCE- Retorno da Circulação Espontânea
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RM- Ressonância Magnética
rtPA- *recombinant tissue plasminogen activator*
RVS- Resistência Vascular Sistémica
SABA- Solução Anti-séptica de Base Alcoólica
SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida
SCA- Síndrome Coronária Aguda
SCACST- Doença Coronária Aguda Com supradesnivelamento do segmento ST
SCASST- Doença Coronária Aguda Sem supradesnivelamento do segmento ST
SEMER- Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SF- Soro Fisiológico
SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV- Suporte Imediato de Vida
SMI- Serviço de Medicina Intensiva
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SO- Sala de Observação
SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
START- *Simple Triage and Rapid Treatment*
STM- Sistema de Triagem de Manchester
SU- Serviço de Urgência
SUC- Serviço de Urgência Central
SUP- Serviço de Urgência Polivalente
TA- Tensão Arterial
TC- Tomografia Computadorizada
TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*
TOT- Tubo Orotraqueal
TRTS- *The Triage Revised Trauma Score*
TVM- Traumatismo Vertebro-Medular
VMER- Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação
VMI- Ventilação Mecânica Invasiva
VPP- Variação da Pressão de Pulso
VV- Via Verde
VVS- Variações do Volume de Injeção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I –RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	17
1.1. Contextualização teórica	22
1.1.1. Emergências traumáticas	23
1.1.2. Emergências médicas	26
1.2. Caracterização dos contextos da prática clínica especializada.....	29
1.2.1 Estágio I- Serviço de Urgência.....	29
1.2.1.a. Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça.....	30
1.2.1.b. Serviço de Emergência Médica Regional.....	31
1.2.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva	32
1.2.3. Estágio III- Opção	33
1.2.3.a. Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria.....	33
1.2.3.b. Instituto Nacional Emergência Médica	35
CAPÍTULO II – UM PERCURSO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA	37
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	39
2.1.1. Aprendizagens profissionais.....	39
2.1.2. Responsabilidade profissional, ética e legal	41
2.1.3. Melhoria contínua da qualidade	44
2.1.4. Gestão dos cuidados	49
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica	52
2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica.....	53
2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas	79
2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica	82
CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA	87
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular, relatório de estágio, inserido no 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no 3º semestre, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no ano letivo 2016/2018, orientado pela Professora Mestre Noélia Pimenta, foi-me proposto a realização de um relatório de estágio que após a apresentação e a discussão pública, visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo o Regulamento n.º 658/2016 o relatório de estágio é definido como um “trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

Segundo o plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, publicado em Despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho, o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla três práticas clínicas, sendo o estágio I realizado no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça e no Serviço de Emergência Médica Regional, estágio II- Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça, estágio III, de carácter opcional, no Serviço de Urgência Central do Hospital Universitário de Santa Maria e no Instituto Nacional de Emergência Médica, sendo estes serviços reconhecidos a nível regional e nacional, no atendimento à pessoa em situação crítica.

A seleção pelo serviço de urgência central do Hospital Universitário de Santa Maria foi multifatorial: por ser um hospital universitário e pela elevada experiência, os colegas são considerados peritos na supervisão clínica sendo um fator facilitador no desenvolvimento de competências e por ser reconhecido como uma referência nacional na abordagem à pessoa em situação crítica, usufruindo de uma afluência anual de cerca de 160 000 clientes, constituí um dos locais qualificados para assumir a responsabilidade integral da pessoa em situação emergente.

A seleção pelo Instituto Nacional de Emergência Médica foi um processo natural, estando em território continental, com um sistema pré-hospitalar totalmente distinto da Região Autónoma da Madeira (RAM), tornou-se imperioso o seu conhecimento e funcionamento, desde o Centro de Orientação de Doentes Urgentes, pelo atendimento, encaminhamento e o acionamento de meios; ambulância de Suporte Imediato de Vida de Lisboa, pela autonomia do enfermeiro e por ser um meio não existente na RAM, suscitou-me muito interesse; em Lisboa, por estatisticamente, deter um maior número de

acionamentos em território continental; a Viatura Médica de Emergência e Reanimação para verificar as diferenças/semelhanças à Equipa Médica de Intervenção Rápida.

O tema selecionado para a concretização deste relatório vai de encontro ao percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado, a abordagem à pessoa em situação emergente: do pré ao intra-hospitalar, com enfoque na vertente traumática e médica. A minha opção baseou-se, além do gosto pessoal pela temática, no percurso académico que tenho vindo a desenvolver, através da realização de formações nesta área, assim como, o facto de exercer funções na equipa de emergência do Hospital dos Marmeleiros.

Com a realização deste relatório pretendo atingir os seguintes objetivos: evidenciar as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus quatro domínios: desenvolvimento das aprendizagens profissionais, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados; evidenciar as competências específicas da pessoa em situação crítica, nos seus três parâmetros de ação: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e atuar na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, assim como evidenciar as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica através da descrição e análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas nas práticas clínicas.

Este relatório encontra-se organizado em três capítulos, sendo o primeiro constituído pela contextualização teórica da temática selecionada e pela caracterização dos contextos das práticas clínicas com o respetivo motivo da sua seleção; no segundo capítulo abordo o percurso de construção e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, assentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados e, por fim, o terceiro capítulo culmina no desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia utilizada é a descritiva, analítica e reflexiva, pois permite-me narrar e descrever objetivamente as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a realização das práticas clínicas.

As citações e as referências bibliográficas apresentadas estão de acordo com as normas APA (*American Psychological Association*) emanadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (Santos, 2017).

CAPÍTULO I – RUMO À ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à pessoa em situação emergente: do pré ao intra-hospitalar

A noção de competência vem do latim *competentia*, derivada de *competere*, que significa “chegar ao mesmo ponto”, oriunda de *petere*, “dirigir-se para”. Refere-se a “o que convém”; no francês antigo, significava “apropriado” (Dadoy, 2004, p. 108).

A necessidade de definir o conceito de competência surge na década de 60 nos Estados Unidos e no Canadá. Nas décadas de 70 e 80, autores americanos, referem-se ao termo competência como o conjunto de qualificações que um indivíduo detém para executar o trabalho com nível superior (Paiva & Melo, 2008). Nos anos 90, autores europeus concluíram que o facto de uma pessoa possuir as qualificações necessárias para um determinado trabalho não garante que elas sejam realmente utilizadas e que realize uma atividade produtiva (Le Boterf, 2003).

Atualmente, Le Boterf (2006) define competência como a prática do que se sabe em certo contexto, geralmente marcado pelas relações de trabalho, pela cultura organizacional, pelas contingências, por diversas limitações, entre outros. As competências não se resumem a um saber, nem sequer a um saber-fazer, mas sim a um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos não só através da formação, como também todos os conhecimentos e experiências adquiridos ao longo da vida.

Dias (2004) acrescenta que o desenvolvimento de competências é

um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho (p. 58).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) caracteriza a competência como um fenómeno multidimensional complexo, sendo definido como a “capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (2003, p.51).

No âmbito da enfermagem, as competências “dizem respeito às características individuais, conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designada por cuidados de enfermagem” (Dias, 2006, p. 36).

Para Le Boterf (2005), o conceito de competência engloba uma construção multidimensional, Dias (2006) agrupa essa construção em cinco categorias: competências pessoais, genéricas ou *soft-skills*; competências científicas, os conhecimentos, diferentes formas de saber, e saberes formalizados; competências técnicas, os saberes-fazer que caracterizam a profissão; competências sócio-afetivas, incluindo as competências relacionais e, finalmente, as competências ético-morais, dimensões do desenvolvimento pessoal, social e moral.

Estas categorias incluem um conjunto de atitudes, comportamentos e capacidades em diferentes saberes, que convergem nas capacidades técnicas e empíricas que constituem a prática de enfermagem. Estes diferentes saberes são o que sustenta a tomada de decisão em enfermagem, que na fase de implementação das intervenções, leva o enfermeiro a incorporar os resultados da evidência científica, da evidência empírica e da investigação na sua prática (Dias, 2006).

Assim, podemos constatar que a prática clínica é fundamental para o desenvolvimento de competências na enfermagem, uma vez que estas só podem ser desenvolvidas em situações reais e os níveis de aquisição de competências dos enfermeiros é progressivo: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Em cada estadio, o enfermeiro reconhece e reage de forma diferente às situações, fruto da sua experiência e formação (Benner, 2001).

Na mesma linha de pensamento, Nunes (2002) refere que “através da experiência e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais e legais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente” (p.1). Assim, o enfermeiro especialista, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Lei nº156/2015, de 16 de setembro, é definido como:

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (p. 99).

Segundo o Regulamento nº 124/2011 o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) detém um conjunto de competências clínicas especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica, integrada com o perfil de competências comuns, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 as competências comuns são definidas como:

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.8649).

Segundo o Regulamento nº 122/2011 o enfermeiro EEMC rege-se pelos quatro domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas: responsabilidade profissional, ética e moral, que inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos; melhoria contínua da qualidade, em que o enfermeiro

concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade; gestão dos cuidados: o enfermeiro gere os cuidados otimizando a qualidade dos cuidados e, por fim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais: o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Cada um dos domínios supracitados é composto por unidades de competência com os respetivos critérios de avaliação, que permitem inferir se o desempenho profissional correspondeu aos resultados estabelecidos para cada unidade de competência. A unidade de competência é, assim, definida pelo Regulamento nº 122/2011 como “um segmento maior de competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (p. 8649).

O enfermeiro EEMC para além das competências comuns detém um conjunto de competências específicas na pessoa em situação crítica. Segundo o Regulamento nº 122/2011 as competências específicas são definidas como:

As competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (p.8649).

A pessoa em situação crítica é definida pelo Regulamento nº 124/2011 como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656).

O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica presta:

cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011, p.8656).

Segundo o Regulamento nº 124/2011 as competências do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica consideram-se altamente exigentes e são distribuídas em três parâmetros de ação: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação.

Cada competência específica supracitada é também composta por unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação, que serão desenvolvidos no capítulo seguinte.

Neste capítulo importa ainda referenciar as competências de Mestre, uma vez que este relatório visa a obtenção do grau de Mestre, previsto no Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho. Assim, o Mestre deve demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão: sustentando os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os; aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares.

O Mestre deve demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções; comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas e, finalmente, demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado.

1.1. Contextualização teórica

Atendendo ao aumento da complexidade e do número de doenças súbitas, de acidentes, da violência urbana, de catástrofes naturais e de agudizações de doenças crónicas torna-se essencial a presença de enfermeiros especializados no atendimento destes clientes/família, a nível pré e/ou intra-hospitalar (Costa, 2012).

O enfoque para a realização dos estágios definidos pelo Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e para a concretização deste relatório com vista a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi a abordagem à pessoa em situação emergente: do pré ao intra-hospitalar.

A minha opção baseou-se, além do gosto pessoal pela temática, no percurso académico que tenho vindo a desenvolver, através da realização de formações nesta área, nomeadamente, Pós-Graduação em Enfermagem Cirúrgica e Peri-Operatória, curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN), curso de *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) e o curso de Suporte Imediato de Vida (SIV). O facto de exercer funções na equipa de emergência do Hospital dos Marmeleiros foi também fundamental, assim como, pela necessidade pessoal em adquirir conhecimentos e competências específicas e especializadas no âmbito do cuidar da pessoa em situação emergente, na vertente médica e traumática.

Assim, impõe-se, antes de mais, clarificar os conceitos de urgência e emergência que a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) em 2012 define da seguinte forma:

Entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo (p. 8).

A OE (2009) define emergência como uma:

situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que, afetando-lhe ou podendo potencialmente afetar algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (p. 2).

Segundo Nunes *et al* (2009), em emergência o objetivo é conquistar tempo, vital para a sobrevivência do cliente e para a redução de lesões primárias e secundárias. Portanto, a função de todos aqueles que trabalham em emergência é evitar que o processo de falência chegue ao limite da irreversibilidade (Batuca, 2005).

Para que a prestação dos cuidados de enfermagem a vítimas de doença súbita ou trauma seja efetuada de forma eficaz e de forma a minimizar/eliminar possíveis falhas é necessário respeitar múltiplas etapas na sua abordagem inicial. A avaliação primária das vítimas deve ser realizada de forma vertical, ou seja, através da verificação sequencial das várias etapas sugeridas pela mnemónica ABCDE (em inglês), pela sua ordem de prioridade, sendo adaptada às características individuais do cliente (Afonso, 2014).

1.1.1. Emergências traumáticas

O trauma pode ser definido como o conjunto de danos corporais provocados por uma troca de energia com o ambiente que é superior à resistência do organismo (Soreide, 2009). A pessoa vítima de trauma apresenta lesões que resultaram da força e movimentos envolvidos durante o incidente, que de acordo com a gravidade das lesões, é muitas vezes, considerada uma pessoa em situação crítica.

O trauma é uma importante causa de mortalidade e morbidade em todo o Mundo, correspondendo a cerca de 5,8 milhões de mortes por ano a nível mundial e prevê-se que em 2020 mais do que uma em dez mortes seja provocada por trauma (*American College of Surgeons*, 2012). Segundo o Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014) em 2013 ocorreram em Portugal Continental 518 mortes e 2054 feridos graves decorrentes de acidentes de viação (Pereira & Borges, 2015).

Os fatores etiológicos mais frequentes são: os acidentes de viação e de trabalho, as quedas, as tentativas de suicídio e a violência interpessoal (*American College of Surgeons*, 2012).

A identificação de três picos distintos de morte decorrente do trauma veio reforçar a necessidade de implementar medidas rápidas e coordenadas para abordar estes clientes de forma a reduzir as taxas de mortalidade e morbidade.

O primeiro pico apresenta uma prevalência de cerca de 50% de todas as mortes, ocorrendo normalmente no local do acidente e surgem segundos ou minutos após o traumatismo (*American College of Surgeons*, 2012).

O segundo pico, com uma predominância de cerca de 30%, ocorre algumas horas após o acidente. Este grupo beneficia de um atendimento adequado no local o mais precocemente possível. A *Golden Hour* inicia-se quando ocorre o acidente, não apenas quando a vítima chega à unidade hospitalar e é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação (Nunes *et al.*, 2009).

O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte decorre, geralmente, de sépsis ou disfunção multiorgânica (*American College of Surgeons*, 2012).

Segundo a Norma 07/DQS/DQCO (2010), o atendimento inicial do cliente vítima de trauma obedece à sequência “ABCDE”, recomendada pelo *American College of Surgeon*. É a metodologia universalmente aceite e a recomendada no nosso País. A mnemónica correspondente é a seguinte: A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B – Respiração e Oxigenação, C – Circulação com controlo de hemorragia, D – Disfunção Neurológica; E – Exposição, evitando a hipotermia. Esta avaliação permite identificar os problemas que exigem intervenção imediata e estabelece a prioridade dos tratamentos a efetuar (Matias, 2015). Esta avaliação deverá ser realizada por um período inferior a 20 minutos (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, da Direção-Geral da Saúde -DGS, 2010).

A primeira prioridade é a avaliação da via aérea (A – *Airway*), verificando a sua permeabilidade de modo a garantir a oxigenação dos órgãos vitais (Boswel & Menaker, 2013). Com base na história do trauma, deve-se presumir a perda de estabilidade da coluna cervical. Inicialmente, a proteção da medula do cliente deve ser feita e mantida com uso de dispositivos apropriados de imobilização. Podem ser realizadas radiografias de coluna cervical para confirmar ou excluir a presença da lesão (*American College of Surgeons*, 2012).

A segunda prioridade é a avaliação da respiração (B – *Breathing*). A permeabilidade da via aérea, por si só, não garante ventilação adequada. Uma boa ventilação exige um

funcionamento adequado dos pulmões, da parede torácica e do diafragma. Cada componente deve ser avaliado e examinado rapidamente. O pescoço e o tórax do cliente devem ser expostos para avaliar a distensão de veias jugulares, a posição da traqueia e a movimentação da parede torácica. A auscultação deve ser realizada para se confirmar o fluxo de ar nos pulmões. A inspeção visual e a palpação poderão detetar lesões da parede do tórax capazes de comprometer a ventilação. A percussão do tórax também pode identificar anormalidades (*American College of Surgeons, 2012*).

A terceira prioridade é a circulação (C - *Circulation*) com controlo da hemorragia. A hemorragia é a principal causa de mortes pós-traumáticas evitáveis. Por isso, a identificação e a paragem da hemorragia são métodos cruciais na avaliação e no tratamento desses clientes. A hipotensão em clientes traumatizados deve ser considerada hipovolémica até prova em contrário (*American College of Surgeons, 2012*).

A quarta prioridade é a disfunção neurológica (D – *Disability*) que deverá ser avaliada através da Escala de Coma de Glasgow, antes de realizar qualquer sedação. Toda a alteração do estado de consciência deve ser considerada originária de um trauma ao sistema nervoso central até que se prove o contrário (*American College of Surgeons, 2012*).

Por fim, a última prioridade é a exposição (E – *Exposure*), a qual deve ser rápida, mas que permite identificar lesões ocultadas pelas roupas (lesões neurovasculares, feridas, crepitações, instabilidade pélvica, deformidades). Implica também manter a pessoa normotérmica, para evitar as consequências da hipotermia inadvertida.

A Circular Normativa nº07/DQS/DQCO recomenda, ainda na avaliação primária, a implementação de adjuvantes, nomeadamente, a monitorização da Frequência Respiratória (FR), oximetria de pulso, dióxido de carbono expirado em clientes ventilados, electrocardiograma (ECG), Frequência Cardíaca (FC), Tensão Arterial (TA), gasometria, temperatura, débito urinário, monitorização de lactato sérico e a colheita de sangue para rotinas, alcoolémia e drogas.

Após a realização da avaliação primária segue-se a avaliação secundária que deverá ser realizada por um período inferior a uma hora e tem como objetivo identificar e corrigir o maior número possível de lesões (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, 2010). Para Boswell & Menaker (2013) a avaliação secundária implica o levantamento da história atual, dos mecanismos de lesão, a apreciação total da cabeça aos pés e, particularmente, da coluna vertebral e da sua musculatura, a qual deve ser examinada através da palpação de deformidades como depressões, proeminências, crepitações e a observação de hematomas, escoriações e edema.

A Norma 07/DQS/DQCO recomenda nesta fase a realização de diversos procedimentos complementares, nomeadamente, analgesia adequada, profilaxia antibiótica e antitetânica (se indicada), análises clínicas, registos de informação que permitam a caracterização da situação, avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída, definição de diagnósticos de presunção e formulação de um plano de atuação para tratamento definitivo e identificação do destino do cliente.

1.1.2. Emergências médicas

As emergências médicas são definidas como “eventos que alteram o estado de saúde de forma inesperada, súbita e que necessitam de intervenção imediata” (Afonso, 2014, p.3).

As doenças cardiovasculares, como o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e os acidentes vasculares cerebrais (AVC), constituem a principal causa de morte no nosso País, morrendo mais de 40 000 pessoas, apenas no ano de 2010 (Ferreira, 2013).

A dor torácica de causa não traumática é um dos motivos mais frequentes de recurso ao SU (Sousa, Matos & Ramos, 2012). É a segunda queixa isolada que condiciona o maior número de ativações do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal. A dor torácica tem particular importância porque entre as suas causas encontram-se doenças potencialmente fatais, tais como, Síndrome Coronária Aguda (SCA), dissecação da aorta, tromboembolismo pulmonar, derrame pericárdico, pneumotórax hipertensivo e a mediastinite (Instituto Nacional de Emergência Médica- INEM, 2012).

A avaliação da dor torácica consiste na clínica, nomeadamente, caracterização da dor (desencadeante, fatores de alívio e agravamento, localização, irradiação, avaliação temporal com início, duração, recorrência, permanência e sintomas associados); fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus*, obesidade, entre outros); antecedentes de trauma; estado hemodinâmico do cliente e na realização de ECG de 12 derivações para despiste de SCA (Sousa, Matos & Ramos, 2012).

A SCA é aplicada a “um espectro de três entidades distintas: com supradesnivelamento do segmento ST (SCACST), sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST) e angina instável, que se diferencia das duas primeiras pela não positividade das enzimas de necrose miocárdica” (Cacela, Bernardes & Ramos, 2012, p.30).

É de salientar que o SCACST é a forma mais grave das entidades de isquemia miocárdica e aquela em que o fator tempo é mais crucial (Cacela, Bernardes & Ramos, 2012). Metade das mortes ocorrem nas primeiras três/quatro horas após início dos sintomas. Lino, Garcia e Costa (2009) aludem que quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maiores

as probabilidades de sobrevivência. Cacela, Bernardes e Ramos (2012), fazem assim referência ao conceito de “Tempo é músculo”:

transmite a urgência em restabelecer a perfusão coronária com a maior celeridade, diminuindo ao máximo o número de células miocárdicas mortas. Existe uma relação não linear entre o tempo decorrido até a reperfusão e a mortalidade. Inicialmente pretendiam-se tempos porta-agulha <60 minutos (trombólise) ou porta-balão <90 minutos (angioplastia), mas estes foram, entretanto, substituídos pelo conceito de quanto mais precoce a reperfusão melhor (p. 30).

Os clientes com diagnóstico SCACST são candidatos a reperfusão, através de angioplastia primária ou trombólise. É recomendado que o tempo entre a entrada do cliente no SU até angioplastia deverá ser inferior a 90 minutos. Para aqueles clientes em que a angioplastia primária não está disponível, a administração do fármaco trombolítico deverá ser inferior a 30 minutos (*American Heart Association, 2012*).

O tratamento de eleição a este tipo de pessoa em situação crítica consiste no tratamento terapêutico, nomeadamente, administração de ácido acetilsalicílico; clopidogrel; analgesia, sendo recomendado o sulfato de morfina; oxigénio; benzodiazepinas, se ansiedade; nitratos para o alívio sintomático; betabloqueantes orais se taquicardia ou HTA e, por fim, terapêutica antitrombótica (Cacela, Bernardes & Ramos, 2012).

Atualmente, está recomendada a administração de ticagrelor em substituição do clopidogrel. O mesmo inibe com maior eficácia e adicionalmente ao ácido acetilsalicílico (AAS) a agregação plaquetar. O ticagrelor tem um efeito independente do metabolismo levando a uma ação mais rápida e eficiente que outros antiagregantes (Nikolaus *et al.* 2015).

A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda o uso do ticagrelor a todos os clientes com SCACST ou SCASST, com ou sem indicação para intervenção coronária primária, sabendo que existe um eventual benefício do mesmo ser feito o mais precocemente possível em relação à intervenção coronária primária, havendo potencial benefício acrescido do mesmo se for administrado no pré-hospitalar aquando da apresentação ocorrente a menos de seis horas da dor torácica (Nikolaus *et al.* 2015). Atendendo a todos estes aspetos, compreende-se que estes clientes tenham uma abordagem diferenciada, resultado da implementação da VV (via verde) coronária.

No que se refere ao AVC, também é considerado uma emergência médica, por existir um tratamento eficaz para o AVC isquémico quando aplicado nas primeiras 4,5 horas (Ferro e Melo, 2012).

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal, sendo responsável pela morte de 200 em cada 100 000 portugueses. A mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos no nosso País é superior à de outros países da Europa (Sá, 2009). Além disso, provoca, um elevado

grau de incapacidade funcional aos sobreviventes (Vaz, 2011). O AVC isquémico é, inequivocamente, o mais frequente, em 84% dos casos (Ferro & Melo, 2012).

O AVC define-se como o “início súbito de sintomas e sinais neurológicos focais na distribuição de um território vascular que persistem por mais de 24 horas” (Ferro & Melo, 2012, p. 111). É uma tríade característica que conduz ao seu diagnóstico: sintomas e sinais de disfunção focal do sistema nervoso central e a doença com início agudo num cliente com fatores de risco vascular (Ferro & Melo, 2012). Assim, perante a instalação de dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro deve suspeitar-se de AVC (Norma 015/2017 da DGS).

Na presença de um caso suspeito de AVC devem ser realizados com carácter de urgência: atendimento imediato; avaliação ABCDE; validação da suspeita de AVC, incluindo revisão da hora e as circunstâncias do início dos sintomas; história médica prévia; exame objetivo geral; exame neurológico; quantificação do defeito neurológico com recurso à escala *National Institutes of Health Stroke Scale*; meios complementares de diagnóstico, realização de ECG; avaliação laboratorial; monitorização de estado de consciência e défices neurológicos, parâmetros vitais, saturação de oxigénio periférico e a capacidade de deglutição.

Na avaliação dos clientes com AVC devemos atender a sete objetivos principais em paralelo, nomeadamente, confirmar o diagnóstico de AVC; avaliar a estabilidade cardiocirculatória e dos parâmetros fisiológicos; avaliar o tipo e a gravidade do défice neurológico; diferenciar entre AVC hemorrágico e isquémico; identificar os candidatos a trombólise; definir o prognóstico e identificar o mecanismo fisiopatológico mais provável (Ferro e Melo, 2012).

Imediatamente após a confirmação do AVC devem ser considerados cinco objetivos fundamentais de tratamento, tais como, manter a estabilidade vital, cardiocirculatória e dos parâmetros fisiológicos; tratar as situações comórbidas que ponham em causa a vida do cliente; reperfundir a área com isquemia; iniciar a terapêutica antitrombótica adequada, prevenir e tratar as complicações precoces (Ferro e Melo, 2012).

O único tratamento específico eficaz no AVC isquémico agudo é a trombólise com *recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA). Este deve ser realizado nas primeiras três horas após a ocorrência do evento isquémico e pode ser prolongado até quatro horas e meia, porém com menores benefícios (Hacke *et al*, 2008).

Por o AVC constituir uma doença com fator tempo crucial a criação da VV-AVC foi fundamental. No sentido de maximizar a intervenção da equipa de saúde, o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* recomenda que o tempo decorrido desde a

entrada do cliente no hospital até à avaliação clínica por um especialista não seja superior a 10 minutos; o tempo até à conclusão da Tomografia Computadorizada (TC) não ultrapasse os 45 minutos e que o total de tempo entre a chegada do cliente ao hospital e a realização de fibrinólise não seja superior a 60 minutos.

De modo a promover um melhor desempenho na aquisição das competências especializadas na abordagem à pessoa em situação emergente, realizei as práticas clínicas em serviços reconhecidos a nível regional e nacional, o que promoveu o desenvolvimento da minha aprendizagem profissional, dada a diversidade e a complexidade das experiências vivenciadas.

1.2. Caracterização dos contextos da prática clínica especializada

A prática clínica “coloca os profissionais face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, o que exige a mobilização de competências individuais e específicas que permitem responder à diversidade das situações” (Caetano, 2003 citando D’Espiney, p.274).

A capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de Enfermagem (Silva, 2006). Assim, foram escolhidas criteriosamente cinco unidades diferenciadas que atendem diariamente pessoas em situação crítica, no sentido de adquirir e desenvolver competências do enfermeiro EEMC.

Procede-se em seguida, à caracterização geral de cada unidade para facilitar a compreensão das atividades desenvolvidas descritas no capítulo seguinte.

1.2.1 Estágio I- Serviço de Urgência

O Estágio I foi realizado em duas instituições distintas, sendo que o primeiro momento decorreu no Serviço de Urgência (SU) Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), pelo período compreendido entre 17 de abril de 2017 a 14 de maio de 2017, num global de 95 horas de contato e no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), concretamente na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), pelo período compreendido entre 15 a 20 de Maio de 2017, num global de 35 horas, que contemplou um total de 250 horas, sendo que 140 foram de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 de tempo individual do aluno.

O método de avaliação contemplou, para além do ensino clínico, um plano de estágio para cada contexto, reflexões críticas semanais e a elaboração de um portfólio reflexivo sobre as atividades desenvolvidas para aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro EEMC.

1.2.1.a. Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça

A escolha pelo SU do HNM esteve relacionada com a sua missão, ou seja, assiste todos os clientes que recorram ao SU, prestando cuidados de enfermagem individualizados de urgência e emergência em todas as fases do ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança (SESARAM, n.d.a).

O facto de o SU do HNM ser considerado pelo Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), ou seja, detém o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e a grande afluência de clientes a este SU, foram outros motivos tidos em consideração na sua escolha. Segundo os dados estatísticos de janeiro de 2018, disponibilizados pelo SESARAM, houve um total de 57 982 clientes que recorreram ao SU no primeiro semestre de 2017, sendo 202 triados como emergente e 7 904 triados como muito urgente.

A equipa de enfermagem é constituída por 80 enfermeiros, organizados em cinco equipas, contemplando enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, saúde mental e psiquiátrica, reabilitação e de saúde comunitária. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável. O SU detém ainda 48 assistentes operacionais (AO) e várias equipas médicas que podem estar em presença física ou de prevenção.

O SU do HNM é contemplado por diversas áreas nomeadamente, sala de triagem, área de acolhimento, sala de emergência, sala de ortopedia, quatro *boxes* de observação médica (três de medicina interna e uma de cirurgia), sala de tratamento, sala de recuperação, sala aberta, sala de pequena cirurgia, sala de observação (SO), isolamento e cuidados especiais.

À entrada no SU os clientes, ou quem os acompanha, apresentam a respetiva identificação nos serviços administrativos permitindo que o seu processo clínico fique disponível no sistema informático e acessível aos profissionais de saúde. Segue-se uma avaliação de enfermagem através do Sistema de Triagem de Manchester (STM), onde é determinada a prioridade clínica baseada na identificação de problemas. No SESARAM, o STM foi implementado em 2000, estando em funcionamento todas as VV: VV Sepsis desde 2009, VV Coronária e a VV do AVC desde 2010 e a VV do Trauma desde 2011.

Após a atribuição de prioridade, os clientes são encaminhados para diferentes áreas de especialidade médicas, nomeadamente, ortopedia, medicina ou cirurgia. Após a avaliação médica, se for necessário realizar algum procedimento de enfermagem o cliente é encaminhado para a sala de tratamento. Em seguida aguardam os resultados dos exames na sala aberta. Para a sala de recuperação são transferidos os clientes que estão a aguardar serviço de internamento, e como tal, necessitam de cuidados de enfermagem mais rigorosos.

Os clientes mais instáveis do SU são encaminhados para a SO, com capacidade para oito camas. Para o isolamento são transferidos os clientes imunodeprimidos ou com risco de transmissão de microrganismos. Finalmente, nos cuidados especiais são encaminhados os clientes que necessitem de monitorização invasiva e/ou ventilação mecânica.

A sala de emergência reserva-se a clientes em situações críticas permanecendo os mesmos nesta sala apenas o tempo necessário à sua estabilização clínica. Posteriormente, são transferidos para outras valências do SU, nomeadamente, SO ou cuidados especiais, ou podem ser transferidos para diferentes serviços, sendo os mais frequentes, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), o Bloco-Operatório (BO), a Unidade de AVC e o serviço de hemodinâmica.

1.2.1.b. Serviço de Emergência Médica Regional

O SEMER integra a EMIR e a sua missão é assegurar a prestação de cuidados em situações de emergência médica pré-hospitalar com disponibilidade permanente, coordenar e promover a formação a todos os agentes indispensáveis às ações de emergência médica pré-hospitalar (Serviço Regional de Proteção Civil, n.d.).

A prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é iniciada no pré-hospitalar. Este ambiente é altamente complexo e exigente, uma vez que o enfermeiro se depara com o risco de acidentes a alta velocidade; atuação em ambientes desconhecidos, hostis e perigosos, onde a sua presença pode ser considerada inoportuna e as condições climáticas adversas (Martins, 2016).

Os motivos pela seleção desta prática clínica foram múltiplos, desde o desafio pelo desconhecido, pela imprevisibilidade e pela exigência requerida pelo pré-hospitalar, ao estímulo de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em locais altamente diferenciados, aliadas ao facto do Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira deter a Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade, desde 2011 e renovado em 2018, referente à prevenção de riscos inerentes a acidentes graves ou catástrofes e reação na proteção e socorro dos cidadãos, seus bens e património, bem como formação e treino no âmbito do socorro e emergência.

A EMIR é constituída por uma equipa de um enfermeiro e um médico com formação específica em Suporte Avançado de Vida (SAV) e emergência pré-hospitalar. Esta funciona durante 24 horas e as equipas estão organizadas em três turnos diários.

No total, a EMIR é constituída por 12 enfermeiros: nove especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, um enfermeiro especialista em reabilitação, um em saúde infantil e pediátrica e, finalmente, um em saúde materna e obstétrica. A equipa médica é constituída por 15 médicos, de diferentes especialidades, nomeadamente, cardiotorácica, cirurgia geral, anestesista, medicina intensiva e medicina interna (Serviço Regional de Proteção Civil, n.d.).

A EMIR detém viaturas equipadas com material de SAV, nomeadamente, mala médica e de trauma, de adulto e pediátrico, para intervenção, com carácter permanente, em toda a RAM, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, se os meios adequados lhe forem disponibilizados pelas entidades competentes. Estes são acionados pelo Comando Regional de Operações de Socorro (CROS).

1.2.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva

O Estágio II decorreu no SMI do HNM no período compreendido entre 12 de junho e 13 de julho, que contemplou um total de 250 horas, sendo que 140 foram de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 de tempo individual do aluno.

O SMI do HNM, o único na RAM, tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos clientes em estado crítico através da prestação de cuidados de saúde de qualidade, na promoção e participação na investigação clínica aplicada e da formação na área (SESARAM, n.d.b). Este serviço é ainda responsável pela emergência interna hospitalar do HNM, sendo a equipa constituída por um enfermeiro e um médico.

O SMI do HNM foi escolhido por diversos motivos, nomeadamente, pela própria missão do serviço na qual me revejo e por ser um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas em situação crítica, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais. A acreditação pela qualidade, adquirida desde janeiro de 2017, no nível bom, foi similarmente, um fator determinante, sendo uma garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados neste serviço.

O SMI do HNM tem uma capacidade para 11 camas, localiza-se no andar técnico (UCIP 1) e no 1º Andar Poente (UCIP 2) do HNM, sendo admitidas no total 570 pessoas em situação crítica no ano de 2017.

O SMI dispõe de 54 enfermeiros dos quais 16 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, cinco especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem

de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária, que asseguram cuidados nas 24 horas. A restante equipa é constituída por dez médicos com subespecialidade em Medicina Intensiva, com dois médicos em regime de presença física permanente e 10 AO.

O SMI do HNM é considerado de nível III, cumprindo assim, com o preconizado no Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro, que funciona com uma equipa médica e de enfermagem próprias, com a disponibilidade de um médico intensivista 24 horas por dia. Por ser polivalente, significa que assegura cuidados integrais aos clientes das diversas especialidades pelos quais é responsável, usufruindo dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica.

O método de avaliação desta prática clínica contemplou, além do ensino clínico, a elaboração de um plano de estágio, reflexões críticas, apresentação e a discussão de um processo de enfermagem fundamentado, com um tema à escolha do estudante.

1.2.3. Estágio III- Opção

O Estágio III, de carácter opcional, foi realizado em dois momentos distintos, o primeiro momento realizou-se no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital Universitário de Santa Maria (HSM), no período compreendido entre 2 de Outubro e 1 de Novembro, e no INEM, particularmente no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), nas ambulâncias SIV Lisboa e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), no período compreendido entre 2 e 10 de Novembro, que contemplou um total de 375 horas, sendo que 210 foram de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 165 de tempo individual do aluno.

O método de avaliação, além da prática clínica, contemplou a elaboração de um plano de estágio, reflexões críticas e a elaboração de um projeto de autoformação e o seu respetivo relatório.

1.2.3.a. Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria

O centro Hospitalar Lisboa Norte foi criado em março de 2008, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro, aquando da fusão do HSM e do Hospital Pulido Valente.

A direção de enfermagem deste local tem como missão proporcionar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência no sentido de garantir a total satisfação das necessidades da pessoa/ família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, em simultâneo, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação

de estratégias de otimização dos recursos humanos, da formação contínua e da investigação (Centro Hospitalar Lisboa Norte, n.d.).

A seleção pelo SUC do HSM foi multifatorial, desde a missão do hospital, ao facto de ser um hospital universitário e pela elevada experiência, os colegas são considerados peritos na supervisão clínica sendo um fator facilitador no desenvolvimento de competências, assim como, pela imensa afluência de pessoas em situação crítica. Segundo os dados estatísticos fornecidos pela chefia do HSM, no primeiro trimestre de 2017, recorreram ao SUC do HSM 86 251 clientes, dos quais 403 foram triados como emergentes e 7 866 como muitos urgentes. Por este motivo, o HSM constituiu um dos locais qualificados para assumir a responsabilidade integral da pessoa em situação emergente, médica e/ou traumática.

A equipa de enfermagem do SUC do HSM é composta por um total de 100 enfermeiros, distribuídos por quatro equipas de 20 elementos cada. Existem enfermeiros com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, saúde mental, reabilitação e saúde materna, obstétrica e ginecológica.

O SUC do HSM é considerado um SUP. Este possui três gabinetes de triagem, duas salas de reanimação, um gabinete para os clientes triados com a cor laranja com uma sala de enfermagem, dois gabinetes médicos (área cirúrgica e médica), uma SO, um isolamento, uma sala de aerossóis, uma área dos amarelos e uma área de verdes e azuis. Sustenta, ainda, áreas de especialidade, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, cirurgia e ortopedia; duas salas de imagiologia e um conjunto de áreas de apoio.

À chegada o cliente apresenta a sua identificação nos serviços administrativos seguindo-se a avaliação pelo enfermeiro através do STM. Após a atribuição da prioridade estes são encaminhados para a sala correspondente à sua cor. É de salientar que todas as VV estão em funcionamento no SUC do HSM.

No SUC do HSM existem três áreas essenciais em que a pessoa em situação crítica pode permanecer: sala dos clientes triados como laranjas, SO e a sala de reanimação. Na sala dos laranjas, são admitidos clientes muito urgentes, porém, não é munida de equipamento de monitorização, ou seja, quando os clientes necessitam deste tipo de monitorização são transferidos para a sala de reanimação ou para o SO.

O SO tem capacidade para dezasseis clientes das diversas especialidades. São clientes que necessitam de monitorização não invasiva, clientes a aguardar vagas no serviço de internamento ou a aguardar cirurgia. Quando um cliente neste local necessita de suporte ventilatório é transferido para o SMI, porém, quando o mesmo não tem vagas é transferido para a sala de reanimação.

1.2.3.b. Instituto Nacional Emergência Médica

A prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica inicia-se pelo pré-hospitalar. Estando em território continental, com um sistema pré-hospitalar totalmente distinto da RAM, tornou-se imperioso o seu conhecimento e funcionamento, desde o CODU, pelo atendimento, encaminhamento e o acionamento de meios; SIV Lisboa, pela autonomia do enfermeiro e por ser um meio não existente na RAM o que me suscitou particular interesse; em Lisboa, por estatisticamente usufruir de maior número de acionamentos em território continental; a VMER para verificar as diferenças/semelhanças à EMIR.

O INEM tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a adequada prestação de cuidados de saúde pré-hospitalares, assim como promover a correta referenciação do cliente emergente e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas. O objetivo do CODU é avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro, encaminhando os recursos humanos e materiais necessários e adequados a cada caso.

O CODU coordena e gere um conjunto de meios não medicalizados e medicalizados. Os primeiros são as ambulâncias, que podem ser de Suporte Básico de Vida (SBV), SIV e as motas de emergência médica; os segundos, os meios medicalizados, são aqueles que têm um médico na sua tripulação, nomeadamente a VMER e os helicópteros de emergência médica (Mateus, 2007).

As ambulâncias SIV foram criadas em 2007 e são tripuladas por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar e um enfermeiro. Estas têm a função de estabilizar e transportar os clientes que necessitem de assistência durante o transporte e cuja tripulação e equipamentos permitem a aplicação de medidas de SBV, desfibrilhação automática externa, administração de fármacos e a realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica (INEM, 2017).

As ambulâncias SIV possuem todo o material necessário para cuidar de uma pessoa em situação crítica, independentemente da sua causa. Têm uma mala médica, de trauma, adulto e pediátrico, monitor com possibilidade de realizar um ECG de 12 derivações e desfibrilhação.

As VMER são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica ministrada pelo INEM e equipamento adequado. As VMER têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de clientes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência (INEM, 2017).

É de salientar que todos os ensinamentos clínicos foram fundamentais para o desenvolvimento de competências à pessoa em situação crítica, particularmente, em situações traumáticas e médicas emergentes, tendo constituído uma mais-valia na aquisição e no desenvolvimento de competências do enfermeiro EEMC, sobre as quais refletirei no capítulo seguinte.

**CAPÍTULO II – UM PERCURSO DE CONSTRUÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

Este capítulo traduzirá um percurso de construção e desenvolvimento de competências técnico/científicas, humanas, éticas e relacionais que resultaram da integração e articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado, nomeadamente, nos ensinamentos clínicos, com a experiência pessoal e profissional, permitindo uma melhor prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica. Este percurso será iniciado pelas competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente pelas competências específicas da pessoa em situação crítica.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se organizadas em quadro domínios: desenvolvimento das aprendizagens profissionais; responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). Em seguida, procederei à análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas no percurso de aquisição e desenvolvimento destas competências, uma vez que segundo Oliveira (2010), as experiências só constituirão aprendizagem se forem refletidas e desconstruídas, o que pressupõe flexibilidade cognitiva para arquitetar possíveis cenários interpretativos. Consequentemente, a reflexão na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação, possibilitará o reformular da experiência e gerará alternativas, construindo novas aprendizagens ou permitindo a reconstrução de outras (Alarcão & Tavares, 2003).

2.1.1. Aprendizagens profissionais

A procura permanente pela excelência na prestação dos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática que exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas. É prioritária a atualização de conhecimentos para que se possa desenvolver uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, proporcionando cuidados personalizados face às necessidades da pessoa, família ou comunidade (Fonseca, 2015).

De acordo com o REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 109.º, da excelência do exercício, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8103).

Atendendo à importância da formação contínua e para que a minha *praxis* clínica se baseie em padrões de conhecimento sólidos e válidos, adotei estratégias que me permitiram a renovação contínua dos diversos saberes, atualizando e desenvolvendo

competências, rejeitando a rotina. No decorrer do meu percurso profissional, realizei diversas formações dirigidas à pessoa em situação crítica, nomeadamente, Pós-Graduação em Enfermagem Cirúrgica e Peri-Operatória, ATCN, MRMI, SIV, SBV com desfibrilhação automática externa, interpretação do traçado de ECG, presença assídua na Semana de Emergência Médica desde 2012, ano do término da licenciatura em Enfermagem, assim como, formação na área da ética com participação em conferência com as temáticas na decisão de não reanimar, testamento vital e fim de vida.

A minha formação aliada à minha experiência profissional de lidar com pessoas em situação crítica, concomitantemente com as práticas clínicas, permitiu-me aperfeiçoar a atuação sobre pressão, ou seja, progressivamente, em situações de emergência, consigo gerir as minhas emoções e sentimentos, mantendo a calma e implementando intervenções de enfermagem altamente eficazes e competentes, de uma forma segura e confiante, em tempo útil.

Existiram situações que me marcaram emocionalmente, sobressaio a prestação de cuidados de enfermagem a um cliente de 15 anos no SMI, tetraplégico, com ventilação mecânica invasiva (VMI) após um mergulho para o mar. Lidar com a labilidade emocional dos pais, ser realista em relação ao estado de saúde do seu filho e ao mesmo tempo transmitir esperança; e numa fase posterior lidar com a frustração do cliente, foram das experiências mais avassaladoras da minha prática profissional.

Esta situação, simultaneamente, com uma situação ocorrente no SUC do HSM, uma criança de oito anos, vítima de trauma após queda de um escorrega, que dá entrada na sala de reanimação, prostrada, reagindo apenas aos estímulos dolorosos, acompanhada pela mãe, fizeram-me reconhecer os meus limites pessoais e profissionais. Tive de adotar estratégias de *coping* para lidar com estas situações, gerindo os meus sentimentos e emoções em ordem de prestar uma resposta eficiente.

Segundo a CRRNEU (2012) a formação dos profissionais nas áreas de emergência é de vital importância, referindo que “as especificidades de atuação em emergência em ambiente intra ou extra-hospitalar devem ser alvo de formação e gestão adequada” (p.90). Segundo o mesmo autor, é exigido ao enfermeiro do SUP com responsabilidade na sala de emergência: “formação em suporte avançado de vida adulto e pediátrico, suporte avançado de vida em trauma adulto e pediátrico, prática básica de medicina intensiva, gestão de situações multivítimas, transporte de doentes críticos e formação em vias verdes” (CRRNEU, 2012, p.89).

Na prática clínica do SU do HNM verifiquei que na sala de emergência os enfermeiros mais novos/menos experientes apresentavam uma certa insegurança na

abordagem aos clientes politraumatizados graves, sendo muito flexíveis no cumprimento da abordagem do cliente através da mnemónica do “ABCDE”. Esta observação foi validada com a enfermeira tutora e pelo enfermeiro chefe, pelo que decidi realizar uma formação em serviço intitulada de “Abordagem ao Doente Politraumatizado no Serviço de Urgência”, com o objetivo de sistematizar a abordagem de enfermagem ao cliente politraumatizado grave, apresentar a evidência científica mais recente, ilustrar os principais focos de atenção do enfermeiro e desenvolver o processo de enfermagem.

Devido à grande afluência inesperada de clientes, decidi apresentar esta formação a pequenos grupos. Optei por fornecer uma cópia da apresentação realizada ao serviço, no sentido de servir de consulta no caso de dúvidas. Verifiquei que após a formação existiu um maior rigor na abordagem ao cliente politraumatizado por parte dos colegas mais novos e permitiu aos peritos uma renovação da evidência científica. Constatei que vários colegas consultaram a formação realizada para consolidar os seus conhecimentos e verificar a bibliografia utilizada.

Na prática clínica do SMI foi-me proposto a realização de um processo de enfermagem fundamentado de uma pessoa em situação crítica. Selecionei um cliente politraumatizado, vítima de um acidente de viação, devido ao tema em desenvolvimento e à complexidade da situação. Este trabalho foi apresentado e discutido com a docente responsável pela prática clínica e com os colegas, tendo constituído uma oportunidade de aprendizagem, através da análise crítico-reflexiva de uma situação clínica real, em que fui capaz de demonstrar conhecimentos e prestar cuidados de enfermagem seguros e competentes à pessoa em situação crítica, através da utilização das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

O resultado desta discussão conduziu a um aprofundamento dos conhecimentos sobre o cuidado ao cliente politraumatizado, a identificação dos principais diagnósticos/focos de atenção e intervenções de enfermagem, contribuindo para uma prestação de cuidados individuais e holísticos à pessoa em situação crítica, vítima de politrauma, fundamentada na evidência científica, culminando na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

2.1.2. Responsabilidade profissional, ética e legal

A tomada de decisão em enfermagem, principalmente em contexto de urgência/emergência são complexas, devido às características de cada cliente, aos múltiplos problemas, sinais e os sintomas que cada um apresenta que necessitam de ser interpretados, mas também, porque a maioria das decisões têm que ser tomadas em contextos de incerteza,

com informação escassa e ambígua (Jesus, 2004). Para dar respostas a estas exigências, o enfermeiro deve dotar-se de argumentos no que concerne aos aspetos éticos, morais, deontológicos e legais que respeitem os princípios orientadores das teorias éticas, o regulamento do exercício profissional, os direitos humanos e os direitos dos clientes.

As práticas clínicas realizadas aliadas à minha formação e experiência profissional, permitiram-me desenvolver habilidades para a tomada de decisão, essencial para a excelência da prática profissional. As tomadas de decisão foram norteadas pelos princípios éticos, nomeadamente, princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, guiadas pelo meu código deontológico e discutidas com o cliente e equipa multidisciplinar.

A tomada de decisão mais complexa que vivenciei no decorrer das práticas clínicas foi no SUC do HSM, que num determinado período do meu turno não tinha nenhum cliente na sala de reanimação, porém, num ápice, deu entrada um cliente com fibrilação auricular com resposta ventricular rápida, poucos minutos depois dá entrada outro com a mesma problemática e, posteriormente dois politraumatizados graves, vítimas de acidente de viação, sem aviso prévio.

No sentido de prestar cuidados de enfermagem altamente eficazes, em tempo útil e de forma holística a estes quatro clientes, foi necessário mobilizar conhecimentos e habilidades para o estabelecimento de prioridades, prevendo e detetando precocemente possíveis complicações, assegurando uma intervenção rápida e adequada. Esta tomada de decisão foi partilhada pela equipa multidisciplinar, norteados pelos princípios éticos, guiados pelo meu código deontológico e pelos direitos dos clientes, culminando na sobrevivência dos quatro clientes.

Segundo o Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, os códigos deontológicos defendem a qualidade dos cuidados prestados, impondo um cuidado de permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica, para que os profissionais de saúde se obriguem à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correção, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde e suavizar o sofrimento, no pleno respeito pela dignidade da pessoa.

Na minha prática profissional e, portanto, nas práticas clínicas também, respeitei a dignidade humana, independentemente se o cliente estivesse consciente ou não, respeitando os seus valores humanos, cuidando sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e respeitei a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica tive a oportunidade de prestar cuidados a clientes que estavam conscientes e orientados, clientes inconscientes, de diversas

étnicas, religiões e com poder económico, social e político distintos. A todos eles prestei cuidados de enfermagem altamente diferenciados e de forma holística, adaptando a minha linguagem a cada cliente e sua família. Requisitei a presença de um padre quando um cliente católico assim o desejou e respeitei a decisão de um cliente Testemunha de Jeová na recusa de uma transfusão sanguínea.

No SMI atendi às preferências alimentares de um jovem de 15 anos com recusa alimentar, não restringindo a alimentação às horas preconizadas, mas sempre que este assim o desejava, resultando no aumento da ingestão calórica adequadas ao seu desenvolvimento.

No SU do HNM tive a oportunidade de promover uma morte digna, a uma cliente em fase terminal, que desejava estar com a sua família. Procedi ao contato com a mesma, facilitei a entrada de diversos familiares, providenciei apoio emocional e espiritual, proporcionando conforto à cliente e sua família no momento da despedida.

Atendendo aos direitos dos clientes, estes têm direito a dar ou recusar o seu consentimento (Carta dos direitos do doente internado, da DGS, 2004). Segundo a Convenção Direitos do Homem e da Biomedicina (2001) qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

De acordo com o REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 105.º, do dever de informação, o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (p.8079).

Segundo a Norma n.º 015/2013 da DGS, atualizada em 2015, o consentimento informado livre e esclarecido, “pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia” (p.5).

No decorrer das práticas clínicas respeitei o consentimento informado livre e esclarecido, ou seja, em cada procedimento de enfermagem explicava a importância da intervenção, numa linguagem adaptada ao cliente e aguardava pelo seu consentimento, expresso de forma verbal. Porém, no cuidar da pessoa em situação crítica em situações de emergência, nem sempre os clientes puderam manifestar o seu consentimento, devido por exemplo, a alteração do estado de consciência. Nestas situações, escusei o consentimento prevalecendo o dever de agir decorrente do princípio da beneficência, sendo esta ideia corroborada pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2005).

Relativamente à privacidade do cliente, este tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato de enfermagem (Carta dos direitos do doente internado, DGS, 2004). De acordo com o REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 107.º, do dever pela

intimidade, o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (p. 8079).

Esta situação é particularmente inquietante nos SU, caracterizados por uma elevada afluência de clientes, espaços despersonalizados, agitados e partilhados por uma multiplicidade de pessoas, simultaneamente, com as suas características físicas e estruturais, onde atender à privacidade dos clientes torna-se um verdadeiro desafio.

No SU do HNM a dificuldade de respeitar a privacidade dos clientes, inicia-se logo à entrada, no serviço de triagem, onde são atendidos dois clientes simultaneamente, num espaço aberto, em que toda a transmissão de informação é facilmente escutada por todos os elementos presentes na sala. As ideias sugeridas para minimizar esta situação foram aumentar a distância entre as duas secretárias e colocar uma cortina entre ambas, porém, a mesma não se efetivou.

Devido à sobrelotação dos serviços de urgência, recorri muitas vezes à utilização de cortinas e biombos para promover a privacidade dos clientes nos procedimentos de enfermagem. No SMI do HNM, a dificuldade em promover a privacidade não foi sentida, uma vez que cada cama está fisicamente separada lateralmente uma das outras, todavia, utilizei o biombo frontal em todas as situações que julguei necessário.

É de salientar que o sigilo profissional foi garantido em todas as práticas clínicas e em todas as situações, partilhando a informação com os profissionais envolvidos na prestação direta de cuidados, quando a mesma era relevante para o cuidar do cliente. Todavia, a confidencialidade da informação transmitida nos SU tornou-se um desafio devido à sobrelotação de clientes e familiares à volta do cliente alvo dos meus cuidados. A solução encontrada para colmatar esta dificuldade foi através da utilização de um tom de voz baixo e, quando possível, desloquei-me com o cliente e a sua família para um local mais privado, garantindo a confidencialidade da sua informação de saúde.

Por fim, em todas as práticas clínicas, atendi à confidencialidade dos dados de saúde dos clientes, assim como, na realização do processo de enfermagem fundamentado no decorrer da prática clínica do SMI, em momento algum o cliente foi identificado e na realização deste relatório de Mestrado a confidencialidade dos dados e a identificação dos clientes foram preservados, garantindo o direito dos clientes à confidencialidade de toda a informação clínica e os elementos que os possam identificar.

2.1.3. Melhoria contínua da qualidade

O Ministério da Saúde no seu papel de coordenador do Sistema de Saúde Português, elaborou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que tem como

principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos (Despacho n.º 5613/2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem como prioridades estratégicas de atuação: a abordagem nas intervenções locais; a melhoria da qualidade organizacional e clínica; o aumento da adesão às normas de orientação clínica; a monitorização permanente da qualidade e da segurança; a divulgação de dados de desempenho; o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; a informação transparente aos cidadãos e o aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015).

No exercício da minha atividade profissional e, portanto, nas práticas clínicas identicamente, cumpro e fiz cumprir as mais diversas normas clínicas e guias de boas práticas emanadas pela DGS, nas mais distintas áreas da enfermagem, desde a abordagem ao cliente politraumatizado, cliente acometido por AVC, comunicação eficaz, prevenção e o controlo da infeção. O cumprimento destas normas será evidenciado ao longo deste relatório.

No desempenho das minhas funções realizo, diariamente, auditorias em relação ao Cateter Venoso Central (CVC) e ao cateter vesical, promovendo o debate crítico-reflexivo com os pares no sentido de implementar mecanismos para a melhoria contínua.

No sentido de promover a qualidade dos cuidados especializados na pessoa em situação crítica, a OE (2015) publicou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 361/2015). Na procura permanente da excelência dos meus cuidados, no decorrer das práticas clínicas, promovi a satisfação e a saúde do cliente, preveni complicações, promovi o bem-estar e o autocuidado, promovi a readaptação funcional, organizei os meus cuidados e promovi a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, constituindo uma mais-valia na implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde.

Estes padrões de qualidade foram respeitados na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no sentido que prestei cuidados de enfermagem altamente eficazes, em tempo útil e de forma holística, promovi estratégias de comunicação para com o cliente e a sua família, desde a adaptação da minha linguagem às estratégias de comunicação com clientes com VMI, aos clientes que devido à gravidade da sua patologia, não tinham capacidade fisiológica de comunicar verbalmente. Estes padrões foram igualmente cumpridos quando previ os focos de instabilidade e atuei precocemente através da implementação de intervenções de enfermagem; quando implementei corretamente o SAV nas situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) e geri protocolos terapêuticos

complexos, nomeadamente, noradrenalina, dinitrato de isossorbida, remifentanil, propofol, entre outros.

Estes padrões de qualidade foram também garantidos quando geri eficazmente a dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, através de uma rigorosa avaliação da dor; ao prevenir e controlar a infeção, cumprindo e fazendo cumprir as diversas normas emanadas pela DGS, promovendo um ambiente seguro e, finalmente, quando referenciei para o enfermeiro especialista em saúde mental uma família no SMI que não estavam a lidar eficazmente com o internamento do seu familiar, em risco de vida, auxiliando nesta fase de transição. Estes padrões de qualidade serão evidenciados pormenorizadamente numa fase posterior deste relatório, aquando do desenvolvimento das competências específicas da pessoa em situação crítica.

Segundo Fragata (2011) a qualidade e a segurança em saúde andam de mãos dadas, podendo dizer-se que “mais segurança promove sempre qualidade superior” (p.19). Neste sentido, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que visa através de ações transversais, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º 1400-A/2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas e de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015).

Um dos pilares fundamentais para a segurança do cliente consiste na comunicação, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, nomeadamente nas mudanças de turno e nas transferências ou altas dos clientes (Despacho n.º 1400-A/2015). Segundo a Norma n.º 001/2017 da DGS, a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, deverá ser realizada através da mnemónica ISBAR: “I” corresponde à identificação; “S” à situação atual; “B” aos antecedentes; “A” à avaliação e “R” às recomendações.

A utilização desta mnemónica é fundamental para melhorar a segurança do cliente, contribuindo para o aumento da qualidade da prestação de cuidados, a diminuição de eventos adversos e consequentemente a diminuição da mortalidade.

Em todas as práticas clínicas realizadas tive em consideração a comunicação através da mnemónica ISBAR, principalmente, no caso das transições. Assegurei a continuidade dos cuidados através da realização de registos de enfermagem rigorosos, pertinentes e concisos, em forma papel e/ou informático, adaptando-me aos registos efetuados nas diferentes práticas clínicas.

No SU do HNM, mais concretamente, na SO e na sala de cuidados especiais, assim como no SMI, tive a oportunidade de implementar de uma forma mais rigorosa os planos de cuidados individualizados e holísticos a cada cliente que prestei cuidados, identificando as suas necessidades, realizando o levantamento de diagnósticos de enfermagem mais pertinentes, planeando as intervenções de enfermagem e realizando a sua respetiva avaliação.

Atendendo que a pessoa em situação crítica apresenta invariavelmente instabilidade hemodinâmica, assegurei nos meus registos, essas alterações, assim como, a minha resposta às mesmas, assegurando mais uma vez a continuidade dos cuidados e consequentemente, a qualidade e a segurança dos mesmos.

Relativamente à segurança na utilização da medicação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 8% e 10% dos clientes internados no SMI e cerca de 13% dos clientes em ambulatório são vítimas de incidentes devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação (Despacho n.º 1400-A/2015).

No sentido de minimizar esta problemática, garanti no decorrer das minhas práticas clínicas que o medicamento correto foi administrado ao cliente correto, na dose e via correta e à hora certa. Na administração da medicação, informei aos clientes o motivo de administração do fármaco, assim como, os seus efeitos benéficos e possíveis efeitos secundários. Utilizei a reconciliação terapêutica, no início de cada turno, nas admissões e sempre que foram efetuadas alterações terapêuticas, reduzindo, assim, a possibilidade de incidentes com a medicação.

Nos clientes com alteração do estado de consciência, frequentes nos contextos de pessoas em situação crítica, procedi à identificação dos clientes através da pulseira de identificação, com o seu nome e respetivo número de processo, atendendo a outro aspeto da segurança do cliente, a sua identificação inequívoca.

No SMI, por ter um cliente por turno e por estes apresentarem-se frequentemente com alterações do estado de consciência, identificava o cliente no início de cada turno através da pulseira de identificação, confirmando o seu nome e o número de processo. Procedi à substituição da pulseira, sempre que esta se encontrava danificada e/ou ilegível.

Nos SU, devido à grande afluência de clientes ao meu cuidado, esta identificação inequívoca não foi simples. Assim, adotei diversas medidas para garantir a identificação do cliente, nomeadamente, antes de qualquer intervenção de enfermagem questionava o nome do cliente, quando este tinha capacidade para o fazer ou através da confirmação dos elementos identificativos da pulseira, naqueles que não tinham capacidade para o fazer. Garanti sempre dois elementos de identificação, mais frequentemente, através do nome e do número de processo.

Um dos elementos a ter em conta no que concerne à segurança dos clientes é a ocorrência de quedas, que, apesar de ocorrerem em todas as faixas etárias, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos são maiores. Os fatores de risco associados são multifatoriais, desde fatores biológicos, comportamentais a socioeconómicos e ambientais (Despacho n.º 1400-A/2015).

No sentido de prevenir as quedas, nas práticas clínicas procedi à avaliação do risco das mesmas à admissão do cliente, através do preenchimento da Escala de Quedas preconizadas pelas instituições, procedendo à sua monitorização e reavaliação conforme as necessidades do cliente. É de salientar, que este controlo foi realizado em serviços de internamento, ou seja, no SMI, SO e nos cuidados especiais. As medidas mais adotadas, preventivamente, foram a elevação das grades laterais das camas e das macas, a colocação da cama num nível mais baixo e a monitorização rigorosa dos clientes com alteração do estado de consciência, confusos e/ou agitados.

Desde 2016 iniciei funções como co-responsável pelo projeto das quedas no meu local de trabalho, assim, colaboro na realização das auditorias clínicas e na implementação de estratégias de melhoria na prevenção das quedas através da identificação de oportunidade de melhorias, fornecendo soluções eficazes e eficientes baseadas na evidência científica. No sentido da melhoria contínua, incentivo ainda, a notificação dos incidentes, auxiliando-os no preenchimento da mesma e garantindo a confidencialidade dos dados.

As úlceras de pressão são um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e um problema de saúde pública mundial (Despacho n.º 1400-A/2015). Um estudo realizado por Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado (2007) referidos por Maia (2012) a oito hospitais de Portugal Continental, concluíram que a maior prevalência de úlceras de pressão foi nos serviços de medicina (17,4%), SMI (16,6%) e no SU (15,3%).

Atendendo à elevada prevalência das úlceras de pressão nos contextos da prática clínica, a sua prevenção constatou um foco da minha atenção. Nestes locais, primeiramente procedi à avaliação do risco de úlcera de pressão através da Escala de *Braden*, validada para

todo o território nacional e, posteriormente adequiei a sua monitorização ao risco estabelecido.

A nível de intervenções de enfermagem, atendi aos cuidados à pele do cliente, nomeadamente, observação e vigilância, higiene e aplicação de creme hidratante; iniciei a alimentação o mais precocemente possível; controlei a humidade, a pressão e a mobilização do cliente. Quando o cliente se encontrava instável hemodinamicamente, posicionei-o mais lentamente e, quando o mesmo não foi possível, realizei pequenos movimentos para um posicionamento ligeiro com redistribuição da pressão.

Relativamente à prevenção e o controlo de infeção, atendendo que se trata de uma competência específica do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, abordarei esta temática com maior incidência e pormenor *a posteriori*.

Em suma, garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem é extremamente vantajoso para os clientes, profissionais e para as instituições, uma vez que conduzem a ganhos de produtividade, melhoria da *performance* da equipa multidisciplinar, aumento da organização de trabalho, diminuição dos eventos adversos e dos óbitos, conduzindo a uma poupança significativa na saúde (Alves, 2016).

2.1.4. Gestão dos cuidados

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Segundo a OMS, para além de um estilo e de uma competência de gestão, é um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes (Despacho n.º 5613/2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa apoiar os gestores e os clínicos do SNS na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que aperfeiçoem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos clientes é uma responsabilidade de equipa que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho n.º 1400-A/2015). Deste modo, no decorrer das práticas clínicas, colaborei com os enfermeiros responsáveis de turno no sentido de compreender o seu papel no seio da equipa.

O SU do HNM usufrui de cinco equipas de enfermagem, sendo que cada uma delas detém um chefe de equipa. Segundo o Hospital Central do Funchal (2011), estes têm múltiplas responsabilidades, nomeadamente, assegurar os cuidados de enfermagem

necessários em cada posto de trabalho, garantindo a distribuição dos enfermeiros; proceder à mobilidade dos enfermeiros sempre que a situação o justifique; assegurar a colocação dos AO pelos respetivos postos de trabalho; verificar a assiduidade dos enfermeiros e dos AO escalados para cada turno; proceder à chamada de enfermeiros e/ou AO para substituir ausências quando necessário; inteirar-se da situação global dos clientes, repor a sala de emergência, solicitar medicação à farmácia e, por fim, contatar o chefe do serviço sempre que surjam situações excecionais.

A distribuição dos enfermeiros é realizada no início de cada turno pelas diversas áreas do SU, consoante as competências de cada elemento, todavia, os enfermeiros EEMC são distribuídos pelos postos onde se encontra a pessoa em situação crítica, nomeadamente, sala de emergência, SO e os cuidados especiais. Na sala de emergência, o enfermeiro EEMC assume a liderança da equipa de enfermagem.

Na prática clínica do SU do HNM prestei cuidados de enfermagem em todas as valências, porém, a SO e os cuidados especiais foram áreas privilegiadas para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Assim, quando afeta a estes locais, após a passagem de turno, a minha preocupação baseava-se numa observação de todos os clientes à minha responsabilidade de forma a realizar uma avaliação sistemática de cada um, priorizando os meus cuidados aos clientes mais instáveis.

Após esta avaliação e organização dos meus cuidados, inteirava-me da história completa do cliente através da leitura do processo clínico, realizava a reconciliação terapêutica, analisava exames auxiliares de diagnóstico e realizava registos de enfermagem segundo a mnemónica do ABCDE. Em seguida, procedia à reavaliação dos planos de cuidados e introduzia as alterações que julgava necessárias de modo a adequar às necessidades individuais e holísticas de cada cliente.

Ao longo do turno ia gerindo os meus cuidados atendendo às prioridades estabelecidas e às intercorrências, nomeadamente, ativação da sala de emergência que detinha prioridade máxima, à admissão de um cliente instável e à transferência de clientes para o SMI, BO ou serviço de imagiologia.

Na minha gestão de cuidados também garanti a existência de consumíveis, orientei e supervisionei o trabalho dos AO em colaboração com a tutora, ao garantir a prevenção e o controlo da infeção, nomeadamente na desinfeção da unidade do cliente, das instalações e equipamentos e na reposição de solução antisséptica de base alcoólica (SABA).

No SUC do HSM existe um chefe de equipa que divide a responsabilidade pela gestão do SUC com um coordenador de SO, devido à grande área do SU. Cada chefe de equipa no início do turno distribui os enfermeiros por setores, consoante as competências de

cada elemento, existindo, no entanto, a possibilidade de estes serem mobilizados ao longo do turno consoante a afluência de clientes. Por exemplo, quando as salas de emergência não têm clientes, o chefe de equipa pode decidir reforçar a equipa de SO com esse elemento, sucedendo também o oposto, ou seja, devido à grande afluência de pessoas em situação crítica a este SUC, esta rapidamente excede a capacidade de recursos humanos. Nestas situações, geralmente, o chefe de equipa reforça a equipa de enfermagem com um elemento do SO ou da triagem e, muitas vezes, com ele próprio. Esta dinâmica constante ao longo de cada turno, em todos os turnos, exige uma mobilidade dos diversos saberes, garantindo assim, a todos os cidadãos, cuidados de enfermagem altamente eficazes, em tempo útil e de forma holística.

Nesta prática clínica com a colaboração e a supervisão do tutor, apercebi-me das multifunções do chefe de equipa, desde a receção das chamadas do CODU, à colaboração na transmissão da informação à equipa de enfermagem e a todos os serviços necessários ao socorro daquele cliente; colaborei nos pedidos de medicação extra-formulário à farmácia e requisitei transportes para o domicílio e/ou pedidos urgentes de transferências para outras unidades hospitalares.

A gestão dos meus cuidados na sala de reanimação dependia muito da afluência de pessoas em situação crítica. Houve situações em que não haviam clientes, como também situações em que tive de gerir, juntamente com a tutora, a prestação de cuidados de enfermagem a quatro pessoas em situação crítica, simultaneamente. A tomada de decisão foi baseada no estabelecimento de prioridades, prevendo e detetando precocemente os focos de instabilidade e atuando em concordância.

Tive situações em que liderei sobre a supervisão atenta da minha tutora, a prestação dos cuidados de enfermagem a um cliente politraumatizado grave, vítima de acidente de viação. Nesta atuação, garanti a permeabilidade da via área com estabilização da coluna cervical e por estar numa posição privilegiada, garanti a avaliação e resolução de problemas, através da mnemónica do ABCDE. Por fim, realizei os registos de enfermagem através do ABCDE e, posteriormente, procedi ao registo das alterações do seu estado clínico no sentido de garantir a continuidade dos cuidados.

No SMI do HNM a distribuição dos enfermeiros é realizada pelo chefe de equipa através do sistema de classificação de doentes- o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28). Esta é a ferramenta mais amplamente utilizada e reconhecida em todo o mundo para medir a carga de trabalho de enfermagem no contexto de pessoas em situação crítica (Carlesi *et al*, 2017).

Cada ponto do TISS-28 equivale a 10,6 minutos do tempo disponível para as intervenções de enfermagem relacionadas com o cuidado direto ao cliente, onde cada profissional só deve prestar cuidados no total de 46 pontos num turno de oito horas (Canabarro *et al*, 2013).

No decorrer desta prática clínica tive a oportunidade de debater e refletir sobre a utilização desta escala colaborando com o enfermeiro tutor na distribuição de enfermeiros. Ocorreram situações em que houve a necessidade de atribuir duas pessoas em situação crítica para um enfermeiro, tendo, no entanto, cautela ao atribuir dois clientes com menor valor de TISS-28, garantindo a segurança e a respetiva qualidade dos cuidados.

Na restante gestão do serviço, participei na gestão de recursos materiais, colaborando na arrumação e organização dos diversos produtos consumíveis e medicação, antecipando a sua necessidade, de forma a não protelar a prestação de cuidados, garantindo a segurança do cliente.

Na minha gestão de cuidados a utilização do processo de enfermagem foi fundamental. Após a passagem de turno, procedia à avaliação integral do cliente segundo o ABCDE garantindo uma avaliação rigorosa do mesmo, no sentido de prever os focos de instabilidade. Depois desta avaliação, procedi à avaliação do historial do cliente através de uma análise das notas de enfermagem, médicas e dos exames auxiliares de diagnóstico. Em seguida, atualizava o plano de cuidados, sempre que necessário, de modo a garantir intervenções de enfermagem pertinentes, individuais e holísticas a cada cliente.

Devido ao rigor instituído neste serviço, a gestão dos meus cuidados tornou-se mais simples, ao lembrar cada avaliação e/ou intervenção essencial à prestação de cuidados de enfermagem àquela pessoa em situação crítica garantindo a segurança da mesma.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

O enfermeiro EEMC é responsável por desenvolver competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, que através de uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas na prática profissional, fazem dele uma mais-valia no seio da equipa multidisciplinar onde está integrado e dos clientes que cuida, refletindo uma prática competente, com intervenções essenciais e duráveis, traduzidas pela associação de conhecimentos, habilidades e atitudes (Santos, 2012).

No sentido de demonstrar as competências adquiridas no decorrer das práticas clínicas, em seguida procederei à análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas através das competências específicas do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica,

descritas no Regulamento nº 124/2011, destacando as experiências na minha ótica, mais complexas e que contribuíram significativamente para a aquisição e o desenvolvimento dessas competências sem negligenciar as experiências não registadas neste relatório.

2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica

O enfermeiro EEMC presta cuidados de enfermagem nos contextos onde se encontra a pessoa em situação crítica, desde o pré-hospitalar até ao momento da alta, potenciando a transição saúde/doença, tendo em vista a sua recuperação (Fonseca, 2015).

Neste percurso o enfermeiro EEMC deve atender a diversos aspetos, nomeadamente, a prestação de cuidados altamente diferenciados; a gestão e a administração de protocolos terapêuticos complexos; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar; a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e, por fim, a gestão da comunicação interpessoal e da relação terapêutica (Regulamento n.º 124/2011).

Atendendo à complexidade do cuidar da pessoa em situação crítica na sua vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, procederei à análise através das unidades de competência, como meio de facilitar a compreensão do percurso realizado.

Assim, no “Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011, p. 8656):

O SU do HNM devido à sua especificidade e abrangência em todas as especialidades médico-cirúrgicas, proporcionou-me diversas oportunidades para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica independentemente da sua causa.

Início este percurso destacando a importância do enfermeiro triador no SU. Este é responsável por triar os clientes através do STM. Para que este seja eficaz e eficiente várias características são fundamentais, nomeadamente, o conhecimento, a experiência e a perícia para identificar as pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, assegurando os cuidados de enfermagem em tempo útil (Howard e Steinman, 2011).

Destaco a situação de um cliente que foi encaminhado para o SU do HNM pelo pré-hospitalar com a informação de que aquando do levante tinha apresentado uma lipotimia, que originou uma queda da própria altura. À entrada, o cliente apresentava-se com períodos de confusão e desorientação, alterações da fala, hemiparesia no hemicorpo esquerdo e com desvio da comissura labial para a direita, sendo estes sinais característicos de um AVC. Após a discussão entre mim, tutor e o colega, decidimos ativar a VV-AVC.

O cliente é assim transferido para a sala de reanimação onde procedi à avaliação do mesmo, segundo a mnemónica do “ABCDE”. Na avaliação da força muscular, o cliente apresenta hemiplegia do hemicorpo à esquerda e nos períodos de maior lucidez, verbaliza que apresenta dores fortes na cervical. Após esta referência, há agravamento do seu estado de consciência. Reiniciei a avaliação e percebemos que podíamos estar perante um caso clínico de traumatismo vertebro-medular (TVM) e não de um AVC.

Na minha avaliação, a via aérea estava permeável, procedi à colocação do colar cervical, enquanto o *team leader* assegurava a estabilização da coluna cervical. Colaborei na colocação do plano duro, utilizando a pluma e concluí a estabilização da cervical ao colocar os estabilizadores de cabeça e os respetivos cabrestos.

Na respiração e ventilação, avalei a FR, evidenciando-se uma respiração superficial, regular, simétrica, sem desvios da traqueia. Inspeicionei, palpei e percuti, sem alterações. Por saturações de oxigénio inferior a 90%, coloquei oxigénio a 10L/m.

Na circulação, procedi à monitorização cardíaca, avalei a TA não invasiva, enquanto os colegas procediam à cateterização de veias periféricas para a colheita de sangue e a administração de lactato de ringer. O cliente apresentava-se pálido, hipotenso e taquicárdico, sem sinais de hemorragia visíveis. Na disfunção neurológica, o cliente apresentava um score de 13 na escala de coma de Glasgow (O3, V4, M6), avalei as pupilas que estavam anisocóricas e isoreactivas.

Após a avaliação primária, houve necessidade de transferir o cliente para o serviço de imagiologia para realizar TC cervical. Enquanto procedia à preparação do transporte intra-hospitalar com o auxílio do tutor, um colega assegurava a continuidade dos cuidados de enfermagem através dos registos informáticos e um elemento da equipa médica procedeu à restante colheita de informação, segundo a mnemónica do CHAMU: C- circunstâncias do acidente; H- história; A- alergias; M- medicação e U- última refeição.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), o transporte das pessoas em situação crítica envolve três fases: decisão, planeamento e a efetivação, a fim de minimizar complicações, intercorrências e riscos desnecessários para o cliente (SPCI, 2008).

Na preparação do transporte intra-hospitalar atendi às fases supramencionadas. Por não haver a *check-list* preconizada pela SPCI e pela Ordem dos Médicos (2008), procedi à sua realização mentalmente. Na tentativa de colmatar esta situação, sugeri à tutora a impressão da *check-list* para a sala da reanimação, SO e para os cuidados especiais, locais onde se encontram mais frequentemente as pessoas em situação crítica, todavia fui informada que uma colega de Mestrado estava a trabalhar sobre esta problemática, não sendo oportuno intervir nesta situação.

Na fase de decisão, como é da responsabilidade médica, procedi à fase do planeamento, reavaliando o estado do cliente, novamente pela mnemónica do “ABCDE”. Enquanto realizava este procedimento, o médico informou o serviço de imagiologia, para garantir atendimento prioritário. Procedi à monitorização não-invasiva através do monitor de transporte, nomeadamente, monitorização contínua de FC, traçado cardíaco, FR, saturação de oxigénio e da TA. Verifiquei a quantidade de oxigénio na bala de oxigénio e levei os cabos na eventualidade de o monitor de transporte ficar sem bateria.

Deste modo, com a validação de todos estes aspetos, procedi à fase da efetivação, transportando o cliente acompanhado pelo médico e pelo assistente operacional, auxiliada com a mala de transporte e com os fármacos de emergência preconizados pela SPCI. Garanti o transporte seguro, mantendo a vigilância e a monitorização do cliente durante todo o transporte.

Após a realização do TC cervical transferi o cliente para o BO, procedendo novamente a todas as fases do transporte. À chegada, procedi à passagem formal de informação através da mnemónica ISBAR, garantindo a segurança do cliente.

Esta situação, além de me ter proporcionado a participação nos cuidados de enfermagem na pessoa em situação emergente, permitiu-me interpretar os sinais e os sintomas de falência orgânica, identificar os focos de instabilidade e sobretudo, ter uma intervenção rápida e antecipatória das complicações detetadas contribuindo para a sobrevivência do cliente.

No decorrer desta prática clínica tive inúmeras oportunidades para realizar transportes intra-hospitalares, sendo o mais frequente o transporte do cliente da sala de emergência para o serviço de imagiologia e deste para a sala de cuidados especiais, SO e para o SMI. Por serem efetivamente pessoas em situação crítica, todos os transportes foram realizados com o enfermeiro, médico e o assistente operacional, como recomendado pela SCPI (2008). Porém, a mala de fármacos nem sempre foi utilizada, não se encontrando num local acessível, pelo que sugeri à chefia a colocação dessa mala na sala de emergência, local em que se realizam mais transportes de pessoas em situação crítica (SPCI, 2008). Esta sugestão foi tida em consideração, contudo, não houve alterações até ao término do respetivo estágio.

Todos os transportes foram realizados sem incidentes, todavia, os enfermeiros com quem realizei estes transportes, eram maioritariamente enfermeiros EEMC e/ou peritos no SU, corroborando as conclusões de diversos estudos, que comprovam que a formação e a experiência são fundamentais para a realização do transporte de pessoas em situação crítica com eficácia e eficiência (Meneguín *et al*, 2012; Elli *et al*, 2013).

Como é possível constatar ao longo deste relatório, o SO e a sala de cuidados especiais do HNM são duas áreas onde permanecem as pessoas em situação crítica e/ou em risco de falência multiorgânica. É neste local que, além da experiência e o conhecimento do enfermeiro, o recurso à monitorização invasiva e não-invasiva, permite-nos antecipar os focos de instabilidade e agir atempadamente.

Das experiências vivenciadas, destaco a entrada de um cliente de 30 anos com uma queimadura de terceiro grau no membro superior esquerdo. O cliente ao praticar parapente foi projetado contra um cabo de alta tensão, apresentado uma queimadura no sangradouro à esquerda (ponto de entrada) e queimadura do 2º e 3º dedo do mesmo membro (pontos de saída). O cliente apresentava-se consciente e orientado, sem nunca ter apresentado perda de consciência desde o evento. Eupneico sem aporte de oxigénio com saturações de oxigénio de 98%. Coloquei Soro Fisiológico (SF) a 0,9% a 100mL/h em curso. Apresentava um *score* de 15 na Escala de Coma de Glasgow e sem dor, segundo a escala numérica.

O colega realizou o penso com gaze gorda, expondo os dedos para verificar os sinais de compromisso neurocirculatório. Após observação pelo médico especialista em cirurgia plástica, procedi à transferência do cliente para a SO para proceder à sua monitorização rigorosa. As fases do transporte foram cumpridas na íntegra, tendo sido o transporte realizado sem intercorrências.

Na situação referida fui capaz de identificar os possíveis focos de instabilidade na pessoa em risco de falência multiorgânica, sendo os mais relevantes: disritmias, fibrilação ventricular (FV), desidratação, oligúria, rabdomiólise, síndrome compartimental, isquemia e a necrose dos tecidos (Song, 2015). Atuei de uma forma pronta e antecipatória ao administrar SF segundo a regra de Parkland. Procedi à monitorização rigorosa da FC, traçado cardíaco, débito urinário, cor da urina e perfusão dos tecidos, no sentido de atuar precocemente nas alterações de algum destes parâmetros que culminasse em falência multiorgânica.

No final, tive a oportunidade de realizar os registos de enfermagem da intervenção na sala de emergência, através do “ABCDE”, contendo a idade e o género do cliente, o motivo de envio ao SU, os antecedentes patológicos e as alergias. Registei as lesões identificadas e o tratamento implementado, assim como os sinais vitais e o motivo de transferência para a SO.

Chegado o cliente à SO, utilizei o processo de enfermagem para realizar um plano de cuidados individualizados e holísticos, identificando as necessidades do cliente, realizando o levantamento de diagnósticos de enfermagem mais pertinentes e planeando as

intervenções de enfermagem. Executei os registos de enfermagem de forma concisa e objetiva, de modo a garantir a continuidade de cuidados.

Ao longo desta prática clínica prestei cuidados altamente diferenciados a pessoas em situação crítica que necessitaram de técnicas de alta complexidade numa panóplia de situações. Destaco a entrada de um cliente com intoxicação voluntária por inibidor das colinesterases, este apresentava sinais de intoxicação, nomeadamente, sialorreia, fasciculações, taquicardia e miose, apesar de apresentar as pupilas isocóricas e isoreactivas ao foco luminoso.

Nesta situação, colaborei na colocação do TOT, VMI, do CVC, linha arterial, procedi à monitorização de pressão arterial invasiva, administrei e geri diversos fármacos, nomeadamente, atropina, cloreto de obidoxima, propofol, remifentanil e o carvão ativado. Todas estas intervenções foram implementadas tendo em conta uma monitorização rigorosa sobre os focos de instabilidade, tendo resultado na estabilização hemodinâmica do cliente.

O SMI é definido como a área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença agudas potencialmente reversíveis, em clientes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente ou estabelecida (Penedo *et al*, 2013). Este serviço diferencia-se dos outros pelo desenvolvimento tecnológico, de monitorização e da intervenção terapêutica, bem como pela prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica (Monahan *et al*, 2010).

No cuidar da pessoa em situação crítica no SMI, a utilização da VMI é uma técnica recorrente, permitindo através da utilização de ventiladores específicos e de uma interface invasiva, reduzir o trabalho ventilatório e manter a oxigenação/ventilação (Mendes, 2015). Assim, no início da prática clínica no SMI preocupei-me com a prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciados ao cliente com VMI na sua globalidade.

Na minha atividade profissional presto cuidados de enfermagem a clientes com VMI, porém, esta é limitada no tempo, ou seja, os clientes que necessitam de assistência ventilatória através da colocação do tubo oro traqueal (TOT), são entubados, mas de seguida são transferidos para o SU ou para o SMI do HNM com o ventilador portátil que apenas permite o modo de Ventilação Mecânica Controlada (CMV).

No SMI prestei cuidados de enfermagem a clientes submetidos a VMI com diferentes modos ventilatórios, sendo os mais frequentes, a Ventilação Assistida/Controlada (A/C) e a Ventilação por Pressão de Suporte (PSV), compreendi o modo ventilatório à situação clínica do cliente e atendi às principais complicações da VMI, promovendo uma avaliação rigorosa de cada cliente, no sentido de identificar os focos de instabilidade,

atuando de uma forma pronta e antecipatória e avaliando a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas.

Destaco a experiência de ter prestado cuidados de enfermagem a um cliente vítima de TVM após queda de nove metros. Este estava sob VMI em modo A/C por volume. Segundo Mendes (2015), esta é uma modalidade ventilatória caracterizada pelo controlo de fluxo e ciclagem por tempo, em que a presença ou ausência de esforço inspiratório do cliente permite alternar entre ciclos controlados e assistidos. O parâmetro variável é a pressão, que é influenciada por variações da resistência e da *compliance*. Assim, a minha vigilância incidiu sobre a adaptação do cliente ao ventilador e sobre as pressões efetuadas pelo cliente, garantindo que estas eram adequadas. Observei no ventilador que a pressão de pico era de 26 cmH₂O e a pressão de platô de 15cmH₂O, parâmetros considerados normais.

Além desta preocupação, implementei diversas intervenções de enfermagem a este cliente para identificar os focos de instabilidade, nomeadamente procedendo à auscultação pulmonar e de ruídos hidroaéreos para despistar o barotrauma, designadamente, hiperdistensão pulmonar, hiperdistensão intratorácica e a dilatação gástrica; promovi a vigilância hemodinâmica devido às repercussões que a VMI pode incitar, tais como, diminuição do retorno venoso e conseqüente diminuição do débito cardíaco, provocado pelo aumento da pressão intratorácica; promovi a vigilância de diurese horária, uma vez que a VMI pode provocar retenção urinária, incitada pelo aumento da pressão dos barorreceptores na aorta torácica, conduzindo ao aumento da produção da hormona antidiurética; realizei gasometria de 4/4 horas para descartar alterações respiratórias e/ou metabólicas e implementei os feixes de intervenção na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), sobre o qual refletirei mais à frente neste capítulo.

Das intervenções realizadas anteriormente, destaco a importância da auscultação pulmonar através do exemplo do cliente supramencionado, procedendo no início do turno à auscultação pulmonar, onde identifiquei que este apresentava murmúrio vesicular presente em ambos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. A meio do turno, o cliente apresentou secreções amareladas, semi-espessas em média quantidade, logo procedi novamente à auscultação pulmonar e percebi que apresentava diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar à direita. Após a realização de uma radiografia de tórax urgente foi diagnosticado uma pneumonia na base à direita, ou seja, as minhas intervenções permitiram o diagnóstico e conseqüentemente a implementação do antibiótico precocemente, resultando em cuidados de qualidade, em tempo útil e sem atrasos.

Salientar que, por ter desenvolvido competências na auscultação pulmonar e a considerar uma técnica fundamental na avaliação da pessoa em situação crítica, atualmente,

utilizo-a diariamente na minha atividade profissional, tendo constituído uma mais-valia na identificação de focos de instabilidade, atuando precocemente, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

Apesar do rápido avanço das técnicas de monitorização não invasiva, a monitorização hemodinâmica invasiva é fundamental no SMI e os profissionais de saúde têm a responsabilidade de selecionar o método mais adequado para essa monitorização, respeitando a necessidade de cada cliente (Dias *et al*, 2006).

A experiência profissional na observação clínica do cliente aliada à interpretação e à análise dos dados fornecidos pela monitorização hemodinâmica invasiva permitem aos enfermeiros detetar rapidamente os focos de instabilidade e de atuar precocemente (Azereto & Oliveira, 2013).

Por exercer funções numa unidade de cuidados especiais, em que a minha função consiste na prestação de cuidados de enfermagem a clientes críticos que devido à sua instabilidade necessitam de monitorização invasiva e não-invasiva contínua, presto frequentemente cuidados aos clientes com acesso arterial periférico (linha arterial) para monitorização da pressão arterial invasiva. Assim, nesta prática clínica incidi sobre os clientes com outros métodos de monitorização invasiva, designadamente, capnografia, monitorização da Pressão Venosa Central (PVC), da Pressão Intracraniana (PIC), da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), Pressão Intra-Abdominal (PIA) e da *Pulse index Contour Continuous Cardiac Output* (PiCCO).

Destaco a situação de uma pessoa em situação crítica, politraumatizada, vítima de um acidente de viação. Este à entrada apresenta sinais evidentes de choque hemorrágico, particularmente, palidez, membros inferiores frios e cianosados, sudorese facial, hipotensão, taquicardia e oligúria, porém, sem hemorragias externas visíveis. Nas diversas TC efetuadas não eram visíveis hemorragias internas, logo foi decidido colocar PVC e cateter de PiCCO.

A PVC foi utilizada através do CVC para medir a pré-carga do ventrículo direito, tendo sido o valor obtido de 12 mm/Hg, um valor indicador de hipervolemia, todavia atualmente o valor de PVC isolado não assume grande importância, daí a necessidade de colocar também o cateter de PiCCO (Azereto & Oliveira, 2013).

O cateter de PiCCO permite monitorizar o Índice Cardíaco Contínuo (ICC), Índice Volume Diastólico Final Global (IVDFG), Índice Volume Sanguíneo Transtorácico (IVSIT), Variação da Pressão de Pulso (VPP), Variações do Volume de Injeção (VVS), Resistência Vascular Sistémica (RVS) e o Índice Extravascular de Água Pulmonar (ICEVAP), que dependendo dos valores obtidos, podem indicar hipo ou hipervolemia. Os dados apresentados pelo cliente foram os seguintes: ICC de 5, 1; IVDFG de 918 ml/m²,

IVSIT de 1147ml/m², VPP de 15%, VVS de 14%, RVS de 560 dyn*s/cm⁵ e ICEVAP de 10,4ml/Kg. Estes são sinais de hipervolemia condizentes com os valores obtidos de PVC, sendo um indicativo de excesso de fluidos administrados ao cliente, após esta constatação administrei furosemida que permitiu colmatar esta situação.

Por inexistência de clientes que necessitassem de PIA, PIC e de capnografia não foi possível desenvolver competências com este tipo de monitorização contínua, sendo esta necessidade complementada através da pesquisa bibliográfica.

O processo de enfermagem é um instrumento fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, proporcionando uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada e sistematizada, utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem (Almeida, 2011). Assim, através de uma avaliação detalhada e rigorosa dos clientes do SMI, planeei os cuidados de enfermagem e personalizei-os de forma a melhor responder às suas necessidades, maximizando os recursos existentes, de forma a elevar o bem-estar e a independência do cliente e de assegurar a continuidade dos cuidados. Este é um processo contínuo e dinâmico e como tal, foi sempre modificado, à medida que se alteraram as necessidades do cliente.

Devido às experiências vivenciadas no SMI, desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, identificando variabilidades no seu estado de saúde, respondendo de uma forma pronta, em tempo útil e executando técnicas de alta complexidade quando a situação clínica do cliente assim o exigia.

Na última prática clínica, desenvolvida no SUC do HSM, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e no risco de falência orgânica de uma forma mais segura e competente, devido ao culminar de experiências vivenciadas decorrentes das práticas clínicas anteriores e do desenvolvimento profissional. Este processo é evidenciado por Benner (2001), que refere que no desenvolvimento de competências, de iniciado a perito, o enfermeiro reconhece e reage de forma diferente às situações, fruto da sua experiência e da sua formação.

Esta prática clínica decorreu essencialmente nas salas de reanimação, por ser uma área de eleição do SU destinada ao atendimento de clientes em situações emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. Para tal, o saber agir e a rápida atuação dos enfermeiros são fundamentais para atingir a excelência dos cuidados (Orientação nº 008/2011 da DGS).

Neste local, várias foram as pessoas em situação crítica que prestei cuidados de enfermagem altamente diferenciados, desde clientes com SCACST, fibrilação auricular,

taquicardia supra-ventricular, tamponamento cardíaco, aneurisma da aorta abdominal, AVC's isquémicos e hemorrágicos, a clientes com edema agudo do pulmão, politraumatizados graves vítimas de acidentes de viação e quedas até um cliente com queimaduras extensas, vítimas dos incêndios que assolaram o norte do nosso País em outubro de 2017.

De todas estas situações destaco a entrada de um cliente com dor torácica de intensidade 5 na escala numérica, sem qualquer irradiação; dor nos membros inferiores de igual intensidade, com dificuldade na marcha e edemas dos membros inferiores. Por apresentar dor torácica foi triado pelo colega com prioridade muito urgente para realizar um ECG o mais rapidamente possível, todavia não foi este sinal que me despertou a atenção, foi o facto de os membros inferiores estarem frios, cianosados e com um pulso pedioso fraco.

Estes sintomas associados a dor torácica podem ser potencialmente fatais, logo instalei o cliente na cama, procedi à monitorização dos seus sinais vitais e transfere-o para o serviço de imagiologia para realizar uma Ressonância Magnética (RM). À chegada à SO foi confirmado o diagnóstico de um aneurisma da aorta abdominal. Nesta situação prestei cuidados de enfermagem complexos, identificando riscos reais e potenciais, nomeadamente através da identificação da dor torácica, dor dos membros inferiores com alteração da perfusão dos mesmos, respondendo de uma forma pronta e antecipatória ao manter vigilância rigorosa coadjuvada pela monitorização não-invasiva.

Pela diversidade de pessoas em situação crítica neste SUC, o transporte das mesmas foi uma prática recorrente, quer da sala de reanimação para o serviço de imagiologia e vice-versa, quer da sala de reanimação para o BO, SO, serviço de cardiologia e de hemodinâmica. Em todos eles cumpro as três fases do transporte intra-hospitalar utilizando a mala de transporte e de fármacos (2008).

É de salientar que devido aos inúmeros transportes intra-hospitalares realizados nesta prática clínica, já os realizava com confiança e com metodologia rigorosa. Informava primeiramente o serviço recetor e em seguida procedia à monitorização invasiva e não-invasiva do cliente, observava todo o equipamento para verificar as baterias, garantia o volume de medicação para o transporte, desde seringas e bombas infusoras à quantidade de oxigénio nas balas, fixava o ventilador nas laterais assegurando que o TOT não se deslocava e colocava o monitor de forma estratégica para garantir a monitorização de parâmetros vitais. Assim, devido ao rigor implementado, todos os transportes foram realizados em segurança.

A sugestão de melhoria feita à chefia do SUC do HSM para aprimorar o transporte da pessoa em situação crítica foi a transferência da mala de transporte e de fármacos do SO

para a sala de reanimação, uma vez que esta deve estar no local onde se realiza o maior número de transportes (SPCI, 2008).

O SUC do HSM também me proporcionou situações de cuidar de pessoas em situação crítica com necessidade de cuidados técnicos de alta complexidade, tais como, cuidados a clientes com VMI, pericardiocentese, monitorização da pressão arterial invasiva, monitorização contínua de traçado cardíaco e de capnografia.

Das técnicas referidas, destaco a utilização da capnografia por não ser uma prática corrente da minha atividade profissional. Assim, esta permite a avaliação do estado ventilatório da pessoa em situação crítica através da monitorização contínua da eliminação do dióxido de carbono expirado no gás alveolar (*End-tidal carbon dioxide*- EtCO₂).

Os valores de EtCO₂ considerados normais variam entre os 30-40 mmHg e correlacionam-se com a pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂), com uma diferença inferior a 2-5mmHg. É fundamental atender ao valor numérico de EtCO₂ e à forma de onda de dióxido de carbono, uma vez que esta muda imediatamente quando há uma alteração na respiração, sendo um sinal precoce de problemas respiratórios e de situações *life-threatening*, permitindo uma intervenção precoce (Carreira, 2015).

Tive a oportunidade de utilizar a capnografia num cliente sob VMI em modo *Adaptive Support Ventilation* (ASV) que se encontrava com sinais de desadaptação à prótese ventilatória. Nas sucessivas gasometrias realizadas este apresentava aumento da PaCO₂ e por esse motivo, eu e o tutor, decidimos colocar o capnógrafo para uma monitorização mais rigorosa dos valores de EtCO₂ e da onda de dióxido de carbono.

Os valores de EtCO₂ mantinham-se elevados e, pelo modo ASV ser considerado um modo inteligente, não era possível efetuar a alteração de quaisquer parâmetros. Assim, mudamos o modo ventilatório para CMV e fui aumentando gradualmente os valores de FR e de volume corrente, com base nos valores de EtCO₂ observados, até atingir os valores considerados normais, permitindo uma ventilação adequada para o cliente.

A capnografia, por ser considerada um método rápido e confiável, foi classificada por alguns autores, como o sexto sinal vital (Hunter *et al*, 2014).

No decorrer desta prática clínica ainda demostrei conhecimentos e habilidades em SAV e em três situações de PCR, das quais destaco duas situações.

A primeira situação ocorreu a uma cliente trazida do pré-hospitalar como uma VV-AVC que à entrada do SUC entrou em PCR, em ritmo de assistolia. Rapidamente detetei a situação e iniciei as manobras de SBV, enquanto a tutora iniciou a contagem do tempo e outros colegas administraram oxigénio e garantiram acesso venoso periférico. Apesar de ter

haverido alguma confusão nos *timings* da administração de adrenalina, este facto não foi impeditivo do desenrolar de um bom desempenho da equipa multidisciplinar.

A segunda situação foi a de um cliente trazido pelo pré-hospitalar que se encontrava pálido, sudado e com alteração do estado de consciência. À entrada, este é imediatamente encaminhado para a sala de reanimação, onde monitorizei o cliente, que entrou nesse momento em PCR, em ritmo de FV. Os colegas iniciaram o SBV e eu coloquei as pás do desfibrilhador, administrando de imediato o choque, apresentando o cliente de imediato sinais de retorno da circulação espontânea (RCE).

Por esta situação ter ocorrido num ápice, o acesso venoso periférico e a administração de oxigénio foram realizados após RCE, não atrasando a aplicação do choque, como recomendado pelas *guidelines* da *American Heart Association* (2015). Após a realização do ECG foi diagnosticado um SCACST, tendo procedido então à transferência do cliente para o serviço de hemodinâmica.

Nesta situação, o trabalho em equipa foi formidável, a comunicação irrepreensível e o protocolo da SAV cumprido na íntegra, indo de encontro ao corroborado pela literatura internacional de que a formação e o treino em SAV aumentam a eficácia da ressuscitação cardiopulmonar e a sobrevivência dos clientes acometidos de PCR, devido ao reconhecimento e à intervenção precoce.

Apesar de fazer parte da equipa de emergência do Hospital dos Marmeleiros, onde aplico frequentemente o SAV, nesta prática clínica tive a oportunidade de aperfeiçoar os cuidados à pessoa em situação emergente, reconhecendo rapidamente os focos de instabilidade, identificando o ritmo desfibrilhável, respondendo imediatamente ao iniciar o SBV e gerindo protocolos terapêuticos complexos, designadamente, a adrenalina, diagnosticando precocemente as suas complicações e atuando em conformidade.

Na gestão de “administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº 124/2011, p. 8656):

Em situações de emergência é fundamental uma identificação precoce e o encaminhamento correto dos clientes em tempo útil para o local mais adequado à sua situação, para tal, a abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação de apoio à decisão clínica.

Os protocolos de atuação têm como objetivo “uniformizar os cuidados de saúde, facilitar a tomada de decisão e reduzir os riscos (...) e ainda melhoram a qualidade assistencial no âmbito da efetividade, eficiência e satisfação” (Fernandes, 2010, p. 31).

Em qualquer serviço, a existência de protocolos de atuação norteados pela evidência científica constitui uma mais-valia para a prática de cuidados com qualidade,

promovendo práticas seguras e uniformes, facilitando a obtenção de indicadores de saúde positivos (Dantas, 2011).

No SU do HNM tive a oportunidade de consultar diversos protocolos direcionados para a pessoa em situação crítica, a maioria foi partilhada pelo SMI, uma vez que a unidade de cuidados especiais do SU do HNM é da responsabilidade médica do SMI.

Neste contexto, apliquei diversos protocolos, nomeadamente, noradrenalina, potássio sérico, monitorização da pressão arterial invasiva, monitorização da PVC, colaboração na colocação de CVC e de linha arterial. Os protocolos da VV também foram consultados e implementados, nomeadamente, VV-coronário, VV-AVC e VV-trauma. Apesar de consultado, o protocolo da VV da sépsis não foi implementado por inexistência de situações.

Dos protocolos referidos anteriormente, saliento a administração e a gestão da noradrenalina, para um determinado objetivo terapêutico, ou seja, para uma pressão arterial média (PAM) superior a 75mm/Hg. Era uma cliente em *status* pós-PCR, internada há 24 horas nos cuidados especiais, estando sedo-analgesiada para um *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) de -5. Esta iniciou hipotensões severas com PAM inferior a 40mm/Hg, sendo necessário gerir a administração deste fármaco, o que implicou diagnosticar precocemente as suas complicações, nomeadamente, HTA, cefaleias intensas, palpitações e vômitos. Nesta situação implementei respostas de enfermagem apropriadas com a avaliação e a monitorização adequada através de uma vigilância rigorosa com a monitorização da pressão arterial invasiva, monitorização contínua FC, traçado cardíaco, FR e dos restantes sinais vitais até à estabilização da TA da cliente.

Os protocolos existentes no SUC do HSM são diversos, nomeadamente, protocolos das VV, SAV, administração de ácido tranexâmico, o protocolo de manutenção do dador, ou seja, um protocolo de atuação de colheita de órgãos em dadores em morte cerebral e o protocolo de colheita de órgãos em dador de coração parado. Destes protocolos foi possível implementar os protocolos de atuação da VV coronário, AVC, trauma e do SAV.

Os protocolos de atuação das VV são talvez os melhores exemplos de como a existência de protocolos de atuação podem diminuir a morbilidade e a mortalidade devido a atrasos no diagnóstico e no tratamento (Carapeto, 2012). A CRRNEU (2012) refere que para as VV sejam mais eficazes é fulcral que estas sejam ativadas no local do evento, sendo o cliente encaminhado para o local mais apropriado, evitando perdas de tempo nos SU.

No SUC do HSM tive oportunidade de aplicar o protocolo da VV-AVC. A equipa de enfermagem foi informada pelo CODU da chegada da cliente e eu informei o neurologista e o serviço de imagiologia. À chegada, a cliente apresentava diminuição da força muscular

à direita, desvio do olhar conjugado para a esquerda, cefaleias intensas com períodos de confusão e dificuldade na fala. Era uma cliente com cerca de 60 anos, sem antecedentes patológicos e que, apesar de apresentar períodos de confusão, mencionou que o evento ocorreu por volta das 11 horas, hora em que acorda habitualmente. Esta foi encontrada pela filha na hora de almoço. Procedi à monitorização contínua da FC, traçado cardíaco, FR, monitorização de TA, saturação de oxigénio, cateterização de veia periférica com colheita de sangue e requeri ECG.

Após a avaliação do neurologista, a VV-AVC manteve-se ativa tendo acompanhado a cliente até à TC. Após a realização do exame o AVC isquémico foi confirmado e uma vez que o evento ocorreu há menos de três horas, foi aplicado o protocolo de trombólise. Por indisponibilidade de vagas na unidade de AVC, a cliente foi transferida para o SO. Nesta situação fui capaz de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da administração de alteplase, nomeadamente, cefaleias graves, náuseas, vómitos, depressão do estado de consciência e HTA, aplicando respostas de enfermagem adequadas através da avaliação de sinais vitais, monitorização contínua do traçado cardíaco e restante vigilância rigorosa, contribuindo para o bem-estar do cliente.

No SMI do HNM existem inúmeros protocolos, porém antes de iniciar esta prática clínica, consultei-os e analisei-os, facilitando a minha abordagem à pessoa em situação crítica. Os protocolos aplicados neste serviço foram os seguintes: a administração de medicação venosa, noradrenalina, monitorização da glicémia/administração contínua de insulina actrapid, nutrição entérica, hemodiálise veno-venosa contínua, potássio sérico, monitorização da pressão arterial invasiva, heparinização de soros e cateteres, monitorização de PiCCO, monitorização da PVC, colocação de CVC e de linha arterial, aspiração de secreções em circuito fechado, SAV e, por fim, a gestão da temperatura alvo na encefalopatia anoxia-isquemia após paragem cardíaca.

De todos estes, destaco a aplicação do protocolo da gestão da temperatura alvo na encefalopatia anoxia-isquemia após paragem cardíaca, não só por ter sido a primeira e única vez que o implementei, mas pela complexidade da sua implementação.

A indicação médica era para atingir os 32°C num período de seis horas. Antes da implementação do protocolo, diagnostiquei precocemente as suas possíveis complicações, sendo as mais frequentes, as arritmias cardíacas com risco de FV, bradicardia, hipotensão e as queimaduras. Apliquei lavagem gástrica e vesical com SF a 4°C e arrefeci o corpo com toalhas geladas aplicadas na região do pescoço, axilas e nas virilhas. Realizei uma monitorização rigorosa da FC, traçado cardíaco, FR, saturação de oxigénio, pressão arterial invasiva, temperatura por via rectal, balanço hídrico e mantive a vigilância da pele.

O cliente apresentou em seguida mioclonias da face, tendo administrado levetiracetam. Posteriormente, devido à bradicardia extrema, implementei respostas de enfermagem apropriadas, aumentando o ritmo de perfusão da noradrenalina e diminuindo o do propofol e do remifentanil. Mantive a monitorização e a vigilância. Senti necessidade de gerir constantemente estes fármacos no sentido de prosseguir com a hipotermia induzida, preservando o estado neurológico do cliente e consequentemente aumentando a sua probabilidade de sobreviver.

Resumindo, este protocolo é provavelmente um dos mais complexos de gerir, tendo constituído um verdadeiro desafio, ou seja, aliado a este protocolo, tive de executar a gestão de outros protocolos terapêuticos complexos associados a uma rigorosa vigilância do cliente no sentido de identificar prontamente os focos de instabilidade e de responder de uma forma pronta e antecipatória.

Saliento que segui os protocolos deste serviço com rigor, não significando obviamente que tenha sido um rigor desmesurado, ou seja, tive uma situação de um cliente que após ter realizado uma gasometria programada, o valor de potássico sérico foi inferior a 4mEq/l. Segundo o protocolo deveria administrar 20mEq de cloreto de potássio diluído em 100cc de SF, a perfundir numa hora, contudo, devido ao baixo débito urinário apresentado pelo cliente e pelo risco de hipercaliémia, não o administrei, demonstrando flexibilidade na implementação de protocolos terapêuticos complexos, garantido a segurança do cliente.

Relativamente ao estágio realizado no pré-hospitalar, o INEM criou protocolos de atuação para definir um *standard* mínimo e uniforme perante as situações de emergência mais frequentes e graves (INEM, 2007).

Nos meios SIV, os protocolos são definidos como “...um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a contacto direto com o Médico Responsável, para validação *online* prévia” (INEM, 2007, p. 5).

Nas ambulâncias SIV colaborei ativamente na prestação de cuidados pré-hospitalares, utilizando os protocolos de atuação na assistência ao traumatizado e à vítima de doença súbita, tendo sido os mais frequentes: protocolo de abordagem à vítima, alteração do estado de consciência, cefaleia, dispneia, disritmia e a dor torácica. Tive a oportunidade de ativar a VV coronária.

Tive uma saída na SIV em que a queixa do cliente era uma dor torácica, à minha chegada este encontrava-se pálido, sudado e nauseado. Apliquei inicialmente o protocolo de abordagem à vítima com a avaliação do mesmo segundo o ABCDE e, após ter confirmado a dor torácica, caracterizada por uma dor intensa no peito com irradiação para o membro

superior esquerdo, apliquei o protocolo da dor torácica realizando um ECG de 12 derivações. Após a confirmação do SCACST pelo médico do CODU, a VV coronária foi ativada, tendo procedido à administração da medicação protocolada, após validação do mesmo.

Nesta situação, fui capaz de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da administração de sulfato de morfina, dinitrato de isossorbida, nomeadamente, hipotensão, bradicardia, náuseas e vômitos. Apliquei respostas de enfermagem adequadas, como a administração de outro fármaco, a metoclopramida, monitorizei os sinais vitais, mantive a monitorização contínua do ECG e promovi uma vigilância rigorosa. É de salientar que o protocolo da VV coronária indica a administração de clopidogrel, porém devido à nova evidência científica o ticagrelor apresenta maiores benefícios, tendo pedido assim autorização ao médico do CODU para a sua administração, sendo esta aceite.

Saliento que a utilização de protocolos terapêuticos complexos aumenta o sentido de responsabilidade do enfermeiro EEMC, uma vez que não é suficiente apenas cumpri-los na íntegra, sendo essencial a conjugação dos vários saberes (saber-saber, saber-fazer, saber-ser, saber aprender e saber transformar) para a tomada decisão responsável.

Considero que através das práticas clínicas foi possível comprovar a pertinência da elaboração e da aplicação dos protocolos terapêuticos complexos, mediante os diagnósticos de enfermagem inicialmente formulados, implementando as respostas de enfermagem apropriadas, monitorizando e avaliando a adequação das mesmas aos problemas identificados, prestando cuidados de enfermagem altamente qualificados.

Na gestão “diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento nº 124/2011, p. 8656):

A dor na pessoa em situação crítica é comum e a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor na pessoa em situação crítica, embora estejam conscientes da sua vulnerabilidade perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos (Plano Nacional de Avaliação da Dor-PNAD, 2011).

A DGS emitiu uma Circular Normativa nº9/DGCG em 2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do cliente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define dor como:

Perceção comprometida: o aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (2016, p. 54).

A dor deve ser avaliada de uma forma contínua e regular, não esquecendo as suas características, designadamente, o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes (Circular Normativa nº 9/DGCG da DGS, 2003).

A avaliação da dor deve ser efetuada com recurso a escalas da dor, sendo o *gold standard*, a escala visual numérica, contudo, nos clientes que não comunicam, esta deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Se estes se encontrarem submetidos a VMI e sedados é recomendada a utilização da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) (SPCI, PNAD, 2011).

A avaliação da dor na pessoa em situação crítica deve ser iniciada no momento da admissão hospitalar, podendo ser particularmente desafiante devido a dificuldades das mesmas em expressar a sua dor, nomeadamente à presença de VMI, gravidade da patologia, uso de sedativos e/ou depressão do estado de consciência (Fortunato, Furtado, Hirabae & Oliveira, 2013).

No SU do HNM a avaliação da dor é iniciada no serviço de triagem, sendo uma das queixas mais comuns de afluência ao SU (Howard e Steinman, 2011). O enfermeiro triador aquando da avaliação da dor, pela sua subjetividade, tem de ser capaz de distinguir uma dor que poderá ser potencialmente fatal, como uma dor torácica característica de um SCACST, que impõe uma atuação imediata, de uma dor crónica agudizada, de atuação urgente, atribuindo diferentes prioridades.

A escala de avaliação da dor utilizada na triagem é a escala numérica, contudo, esta carece de rigor na sua implementação uma vez que o enfermeiro é que decide a intensidade da dor através das manifestações evidenciadas pelo cliente, sem o questionar sobre a mesma. Para colmatar esta situação, optei por falar com os pares, individualmente ou em pequenos grupos, de acordo com os momentos disponíveis, para relembrar/divulgar a Norma nº9/DGCG da DGS, incentivando-os a explicar a escala ao cliente de modo que este seja capaz de determinar a sua intensidade. Nas situações em que estive presente estas sugestões foram atendidas.

No SO verifiquei que os enfermeiros avaliavam a dor do cliente dando supremacia à autoavaliação da dor, utilizando a escala numérica, todavia, esta nem sempre se refletiu nos registos. Perante esta situação, tentei perceber juntos dos pares o motivo do não registo da avaliação da dor. O motivo mais referenciado foi “falta de tempo” ou “se eu não registei é porque está bem”. As medidas implementadas para aumentar a adesão dos pares ao registo de avaliação da dor foram as seguintes: levantamento do diagnóstico da dor em todos os clientes do SO, lembrando aos enfermeiros, em cada turno, de registar a avaliação da dor, assim como, divulgar a norma anteriormente referida, discutindo com os pares a importância

do registo da dor, como indicador dos cuidados de qualidade da enfermagem. Pela minha observação dos registos efetuados, o registo de avaliação da dor foi aumentando progressivamente.

No SMI, aproximadamente 50% das pessoas em situação crítica experienciam dor moderada a severa, sendo o seu controlo e alívio uma responsabilidade do enfermeiro (Reardon, Anger & Szumiya, 2015). Neste local, a maioria dos clientes a quem prestei cuidados de enfermagem encontravam-se sedados e sob VMI. Como referido anteriormente, com estes critérios está recomendada a utilização da escala BPS, todavia, segundo Pinho, Carneiro e Alves (2016) um dos critérios de exclusão da utilização da escala BPS é o facto de o cliente apresentar um score -5 na escala de RASS ou de 3 na Escala de Coma de Glasgow.

A maioria dos clientes no SMI apresentava estes *scores* de RASS ou na Escala de Coma de Glasgow, tornando a avaliação da dor um verdadeiro desafio. No entanto, após a reflexão com os pares no decorrer da prática clínica e com os colegas e o orientador, na orientação tutorial, chegamos à conclusão que a utilização da escala BPS é a única ferramenta que me permite evidenciar que avaliei este sinal vital.

Para avaliar a dor nos clientes conscientes, o SMI detém um quadro de comunicação que apresenta a escala numérica e visual analógica da dor, uma figura do corpo humano com face anterior e posterior para que o cliente seja capaz de localizar a sua dor e mencionar a intensidade da mesma.

Tive a oportunidade de utilizar esse quadro num cliente sob VMI, mas por apresentar um RASS de 0 era possível aplicar a escala visual numérica. Este era incapaz de responder verbalmente a intensidade da sua dor por estar com TOT e de indicar a mesma devido à sua tetraplegia. A estratégia que utilizei foi iniciar a contagem da dor de forma decrescente, indicando o valor da mesma até o cliente confirmar a sua intensidade. Esta situação vem confirmar o referido anteriormente, que o *Gold Standard* da avaliação da dor é a escala visual numérica e o facto de o cliente estar sob VMI não foi impeditivo de a aplicar.

No SUC do HSM, constatei que a principal escala da dor utilizada nas pessoas em situação crítica foi a escala de faces, independentemente se a pessoa estivesse consciente e comunicasse verbalmente ou se estivesse sedada e sob VMI.

A recomendação pela utilização da escala BPS não é recente e, portanto, questionei os pares sobre a sua utilização. A maioria não tinha conhecimento da escala, alguns não a sabiam aplicar e outros não a aplicavam porque não estava implementada no sistema *alert* (sistema informático de registos do SUC do HSM).

Após ter detetado estes aspetos menos positivos, discuti com a enfermeira tutora uma panóplia de estratégias para melhorar esta situação. Assim, decidi realizar uma formação sobre a avaliação da dor na pessoa em situação crítica aos enfermeiros do SUC com o objetivo de explicar em que consiste a escala BPS e como aplicá-la corretamente para posteriormente utilizar em contextos reais.

A formação da dor na pessoa em situação crítica foi realizada em quatro momentos distintos de forma a abranger as quatro equipas de enfermagem que estavam em horário rotativo, com uma taxa de adesão de cerca de 80%, revelando claramente a importância que os enfermeiros atribuem à avaliação da dor.

Optei por realizar um dossier com artigos científicos recentes que serviram de base para a realização da formação. Esta foi colocada na sala de formação para que os colegas pudessem consultar sempre que tivessem alguma dúvida no decorrer da sua prática clínica.

Com o intuito de auxiliar os enfermeiros na aplicação da escala BPS, elaborei um cartaz para colocar nas salas de reanimação, com os conceitos básicos da utilização adequada da mesma. Sugeri à chefia a implementação da escala BPS no sistema *alert* de forma a aumentar a adesão dos colegas, sendo um dos motivos referidos pelos colegas pela não adesão.

Foi gratificante observar no final do estágio que havia a preocupação dos enfermeiros em aplicar corretamente a escala BPS, unindo-se em pequenos grupos de forma a discutir a sua correta avaliação, recorrendo à minha ajuda no final, para a sua validação.

A avaliação da dor realizada com as escalas adequadas a cada cliente permitiu-me implementar medidas de controlo farmacológico e não-farmacológico da dor, nos diferentes ensinos clínicos.

O tratamento da dor pode assim ter uma abordagem farmacológica e/ou não farmacológica, contudo, na pessoa em situação crítica predomina o tratamento farmacológico em três categorias de ação: opiáceos, não opiáceos e os adjuvantes (Urden, Stacy e Lough, 2014). Segundo Reardon, Anger e Szumiya (2015) não existe nenhum agente analgésico ideal disponível para todos os clientes e para todos os tipos de dor. O ideal é atender aos objetivos específicos de cada cliente, estados de doença e mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica devido à doença.

O tratamento não farmacológico de controlo da dor é definido como uma terapia que não envolve medicamentos ou quaisquer outras substâncias ativas, destas destacam-se: a distração, relaxamento, técnicas respiratórias, massagem, posicionamento, aplicação de frio/calor, apoio emocional e a criação de um ambiente confortável (Gélinas *et al*, 2013). O uso de uma voz calma por parte dos cuidadores e a inclusão da família durante os

procedimentos são igualmente estratégias não farmacológicas que têm demonstrado ser adjuvantes do tratamento farmacológico (Reardon, Anger & Szumiya, 2015).

No SU do HNM dei predominância ao tratamento farmacológico da dor através da administração de bólus de medicação analgésica. Tive uma situação de um cliente consciente e orientado, politraumatizado com deformidade visível do membro superior direito e com diversas escoriações. Este apresentava sinais visíveis de dor, nomeadamente, gemidos, agitação, expressão facial com olhos fechados com força e sobrancelhas cerradas, manifestando-se fisiologicamente, através de taquicardia e HTA. Rapidamente identifiquei esta situação, tendo informado o médico e tendo administrado o metamizol magnésico.

As medidas não farmacológicas de alívio da dor não foram descuradas, nesta situação, utilizei o tom de voz calmo, expliquei as intervenções de enfermagem que estavam a ser realizadas, não apenas por mim como pelos colegas. No final da intervenção, proporcionei o contato com a sua família que, apesar de ter sido por breves momentos, contribuíram o seu bem-estar e satisfação.

O SO proporcionou-me momentos que me permitiram aplicar o tratamento não farmacológico de alívio da dor com alguma frequência. Tive uma situação de um cliente que estava em repouso absoluto no leito, há três dias uma vez que aguardava uma cirurgia devido a tumor cerebral. A determinada altura deparei-me com o cliente com sinais de dor, nomeadamente, fácies de dor, tensão muscular, limitação do foco de atenção e inquieto, ou seja, devido à imobilidade estava com lombalgias. Massajei as suas costas com creme hidratante, aproveitando o momento para dar apoio emocional, acalmá-lo e esclarecer algumas dúvidas. Esta intervenção, além de permitir o alívio da dor contribuiu para o seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual.

Neste local, por diversas vezes facilitei a entrada de familiares/pessoa significativa por desejo dos clientes. Proporcionei a comunicação entre os familiares em situações de maior constrangimento e/ou dificuldade. Proporcionei, sempre que possível, um ambiente relaxante, com pouco ruído e com diminuição da intensidade da luz, principalmente no período noturno, contribuindo para o bem-estar físico, psicossocial e espiritual dos clientes internados.

No SUC do HSM, por ter realizado o estágio quase na totalidade na sala de reanimação para o desenvolvimento de competências na pessoa em situação crítica, o tratamento farmacológico foi seguramente o mais utilizado e com maior eficácia.

Destaco a entrada de um cliente no SUC com uma dor torácica, tendo identificado rapidamente os sinais de dor, nomeadamente, palidez, sudação intensa, astenia, fácies contraído e com gemidos, que após a realização de um ECG foi diagnosticado um SCACST.

O cliente não tinha capacidade para comunicar, mas era visível a sua angústia. De imediato administrei sulfato de morfina, dinitrato de isossorbida e AAS. Após o alívio da dor física, a preocupação do cliente incidiu de imediato sobre a sua esposa. Permiti a entrada da mesma, promovendo o seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual.

No SMI o combate da dor incidiu sobre o tratamento farmacológico, contudo, a sua gestão foi realizada de forma diferente em relação ao SU. Neste local, os clientes geralmente apresentam medicação analgésica contínua e outros analgésicos prescritos em caso de necessidade. Neste local, tive a oportunidade de gerir a medicação para a dor consoante os sinais de dor evidenciados pelo cliente, sendo que em determinadas situações tive a necessidade de administrar medicação prescrita em caso de necessidade para a poder combater.

Neste contexto, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a um cliente politraumatizado grave, com quem estabeleci uma relação terapêutica, por se encontrar internado há cerca de três dias fui-lhe conhecendo, sendo capaz de detetar que o posicionamento era um procedimento extremamente doloroso através de evidências fisiológicas e comportamentais de dor, nomeadamente, fácies de dor, sudorese, taquicardia e HTA. Após este diagnóstico, fui capaz de intervir preventivamente no combate à dor, administrando analgésicos prescritos em caso de necessidade. Esta situação corrobora um estudo realizado recentemente por López-López *et al* (2018), que refere que os procedimentos de enfermagem, nomeadamente a aspiração de secreções pelo TOT e o posicionamento dos clientes politraumatizados graves, não comunicativos e sob VMI, são dolorosos, devendo ser administrada analgesia preventiva.

O facto de ter registado e comunicado que este procedimento era causador de dor permitiu que os colegas pudessem intervir preventivamente, contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem. Este é um dos aspetos distintos em relação ao SU, em que não conhecendo o cliente esta prevenção nem sempre é simples de realizar.

A implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor foi também alvo da minha atenção e, por ser uma intervenção autónoma, permitiu-me evidenciar as intervenções de enfermagem. Assim, perante as necessidades de cada cliente, implementei as medidas não farmacológicas mais adequadas, nomeadamente, a massagem, o posicionamento adequado, o tom de voz calmo e seguro, explicando o procedimento que iria realizar, prestando apoio emocional e criando um ambiente confortável através da diminuição do ruído, utilizando um tom de voz baixo, diminuindo o volume dos alarmes e, finalmente, diminuindo a intensidade da luz, principalmente no período noturno.

A visita da família foi outra aliada no alívio da dor na pessoa em situação crítica que, para além de contribuir para o bem-estar físico, psicossocial e espiritual dos clientes, permitiu-me compreender as manifestações de dor menos evidentes.

Em suma, através das experiências adquiridas nos diferentes contextos da prática clínica fui capaz de identificar evidências fisiológicas e comportamentais de dor e mal-estar, com recurso a escalas e através da observação e da escuta ativa. Fui ainda capaz de implementar medidas para melhorar a avaliação da dor da pessoa em situação crítica, contribuindo para uma melhor gestão das medidas farmacológicas de combate à dor e das medidas não farmacológicas para o seu alívio, contribuindo para o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica, rumo à excelência dos cuidados.

No “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”; “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” e “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento nº 124/2011, p. 8656-8657):

A comunicação é um instrumento essencial na enfermagem que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção. É por intermédio da comunicação que o enfermeiro pode compreender a pessoa e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais, agindo de modo a diminuir os níveis de ansiedade e do medo do desconhecido (Vieira, 2014).

A ocorrência de uma doença e consequente hospitalização por parte de um dos elementos da família, muitas vezes de uma forma inesperada e repentina, é uma situação causadora de *stress*, ansiedade, sofrimento e angústia em todos os membros da família, levando a alterações do seu estilo de vida (Vieira, 2014). Este período é descrito por Meleis (2010), como um momento de rutura e crise em que a família vivencia uma situação de transição e em que é necessária a adaptação a esta nova realidade.

A transição da saúde/doença é influenciada pelo comportamento, pelas condições socioculturais e pela genética, podendo vivenciar-se diversas transições em simultâneo, nomeadamente transições de desenvolvimento, situacionais e organizacionais. A reação de cada família perante a doença e a hospitalização é influenciada pela estrutura familiar, pelo momento do ciclo vital em que a família/pessoa se encontra, pela própria doença, pelas vivências anteriores, pela comunicação intrafamiliar, a cultura, a etnia, a religião, a rede de apoio paralela da família e a forma como o cliente reage a esta nova situação (Meleis, 2010).

Neste processo de transição os enfermeiros funcionam como agentes facilitadores dos clientes e famílias, intervindo sobre as mudanças e exigências necessárias para ultrapassar a transição capacitando-os para a tomada de decisão (Meleis, 2010). Para tal, é fundamental que os enfermeiros adotem uma verdadeira relação de ajuda, reconheçam o seu papel no controlo do *stress* e implementem estratégias que potenciem o *coping* familiar (Gonçalves, 2015).

As estratégias de comunicação são instrumentos essenciais no processo de cuidados da pessoa em situação crítica, uma vez que permitem a humanização dos cuidados de enfermagem (Vieira, 2014). As estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica são: o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento (Vieira, 2014).

Nos SU as pessoas em situação crítica experimentam uma situação limite, muitas vezes associada ao risco de vida, exigindo por parte dos enfermeiros uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade. Devido a este risco de vida, os clientes encontram-se frequentemente incapazes de verbalizar, partindo do enfermeiro a implementação de estratégias de comunicação para compreender o cliente (Howard & Steinman, 2011). Assim, nos SU principalmente nas salas de emergência, implementei estratégias simples e eficazes para compreender e comunicar com a pessoa/família em situação crítica.

No SU do HNM destaco a entrada de um cliente de 54 anos com suspeita de AVC, este apresentava hemiparesia do hemicorpo à esquerda, alterações da fala, períodos de confusão, pelo que a comunicação com o mesmo era pouco eficaz. Perante este cenário, mantive a serenidade, utilizei um tom de voz calmo, utilizei o toque e o contato visual para estabelecer ligação com o cliente. Após captar a sua atenção, utilizei a comunicação verbal simples, concisa e clara, exigindo-lhe respostas curtas ou acenos de cabeça, conseguindo obter informações fulcrais para a implementação de intervenções de enfermagem, ao mesmo tempo que lhe transmitia segurança e minimizava o seu *stress* e ansiedade.

No SUC do HSM tive outra experiência enriquecedora. Recebi um cliente com cerca de 75 anos com dificuldade respiratória evidenciada por dispneia intensa, polipneia, com saturações de oxigénio de 85%, pálido, com dificuldade na fala, ansioso e com dor no peito. A comunicação com este cliente não era simples, logo implementei as seguintes estratégias de comunicação: mantive a calma e o tom de voz sereno, utilizei o toque e o

contato visual para estabelecer uma relação, informei-o que sabia que não conseguia falar, mas que compreendia perfeitamente a sua situação e que o iria ajudar.

Expliquei cada procedimento efetuado por toda a equipa de saúde no sentido de tranquilizá-lo e, gradualmente, à medida que ia recuperando, questionei-o sobre a sua dor, exigindo respostas curtas, para não agravar o esforço respiratório. Portanto, progressivamente fui colhendo toda a história, no sentido de implementar intervenções de enfermagem individualizadas à situação do cliente.

No SMI as pessoas em situação crítica necessitam, muitas vezes de VMI, monitorização hemodinâmica e terapêutica, de forma a preservar as suas funções vitais e possibilitar a sua recuperação. Neste período, alguns clientes necessitaram de perfusão de sedoanalgesia o que diminui o seu estado de consciência. Quando é diminuído o nível de sedação, o cliente fica consciente percecionando um ambiente e pessoas estranhas, rodeado de tecnologia, proporcionando sentimentos de ansiedade, confusão e medo do desconhecido. Esta situação associada ao facto de o cliente estar impossibilitado de comunicar verbalmente devido ao TOT, agrava a situação.

Quando o cliente apresenta limitações/barreiras à comunicação que o impedem de utilizar a comunicação verbal, o enfermeiro EEMC tem o dever de conhecer e de utilizar técnicas de comunicação não-verbal, mobilizando os recursos disponíveis, no sentido de maximizar as potencialidades do cliente, fazendo-o superar as suas limitações (Martinho & Rodrigues, 2016).

Neste sentido, destaco a situação de um cliente de 15 anos internado no SMI, consciente e orientado, RASS de 0 e com VMI. Estava impedido de comunicar verbalmente devido ao TOT e estava limitado fisicamente devido à tetraplegia. Nesta situação, foi necessário adotar estratégias de comunicação com o mesmo, bem como fornecer estratégias aos seus pais de forma a garantir uma comunicação eficaz.

Os clientes conscientes com VMI tentam muitas vezes comunicar oralmente, através de mímica labial, porém, nem sempre conseguem fazer-se perceber, aumentando a sua ansiedade, nervosismo e desespero (Martinho & Rodrigues, 2016).

Por não ter experiência de contactar com clientes com VMI e conscientes, esta situação constatou-se uma experiência completamente nova para mim. Inicialmente lidar com esta situação foi frustrante, não conseguindo compreender o cliente, recorrendo frequentemente aos colegas, porém gradualmente fui adotando diversas estratégias de comunicação não-verbal com este cliente, nomeadamente, informei quando necessitasse de qualquer tipo de ajuda, poderia assobiar como forma de alerta, em seguida incentivei-o a formar frases curtas e acentuar a silabação para que eu pudesse compreender, recorri ainda

ao quadro de comunicação deste serviço, quando as estratégias anteriores não foram eficazes.

Foram implementadas outras estratégias à medida que o ia conhecendo, ou seja, quando este queria que eu apagasse a luz assobiava e olhava para a luz, quando necessitava ser aspirado, emitia ruídos da aspiração e assim, a comunicação com este cliente foi-se tornando progressivamente mais simples, corroborando a ideia de Castaño (2008), ao referir que quanto maior a experiência do enfermeiro melhor a interpretação daquilo que o cliente expressa.

O contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado da família da pessoa em situação crítica, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática. A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar (Mitchell & Chaboyer, 2010).

O cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica. A criação de uma relação terapêutica neste contexto baseia-se na confiança e na capacidade do enfermeiro em não esconder as suas próprias emoções, mostrando às famílias a genuinidade das suas intenções.

Uma das principais funções dos enfermeiros é a criação de um ambiente calmo e seguro para que as famílias possam estar próximas do cliente e tocar-lhe sem medo de interferir nos tratamentos (Sá, Botelho e Henriques, 2015).

No SMI do HNM evidencio um caso de um cliente de 55 anos com pneumonia bilateral cavitária em que a família foi visitá-lo pela primeira vez. Realizei o acolhimento dos seus irmãos, explicando primeiramente como iriam encontrar o seu familiar e a gravidade da situação, utilizando uma linguagem simples e honesta, ao mesmo tempo que mantinha a esperança e respondia às suas dúvidas e preocupações. Expliquei o ambiente do SMI com os monitores e alarmes para evitar assustá-los, em seguida entreguei o guia de acolhimento com toda a informação transmitida. Chegados ao cliente, incentivei-os a falar e a tocar no cliente no sentido de promover a interação com o mesmo. Atendi à privacidade familiar, garantindo o conforto dos mesmos ao fornecer cadeiras para permanecerem junto do cliente o tempo que considerassem necessário, ao mesmo tempo que demonstrei disponibilidade contribuindo para a satisfação e bem-estar familiar.

A presença da família nos contextos da pessoa em situação crítica é benéfica para o cliente e para o profissional de saúde, fornecendo este apoio emocional, carinho e esperança ao cliente, tornando-o mais calmo e colaborante às intervenções de enfermagem, enquanto transmitem aos enfermeiros informações essenciais para a implementação de

cuidados de enfermagem individualizados, tornando-os uma parte integrante no plano de cuidados (Cypress, 2011).

Destaco os pais do cliente que mencionei anteriormente, na elaboração do plano de cuidados ao cliente, tendo estes constituído também um foco da minha atenção. Estes necessitavam igualmente de apoio emocional, portanto, estabeleci uma relação de ajuda com os mesmos, tentando perceber as estratégias de *coping* que estavam a utilizar para lidar com a situação. Inicialmente conversei com eles em particular promovendo a escuta ativa e demonstrando disponibilidade, respondendo às suas dúvidas e evidenciando a minha preocupação genuína. Em seguida, informei sobre o estado do cliente, os seus progressos e o seu estado emocional, utilizando uma linguagem simples, clara e honesta, ao mesmo tempo que promovia a esperança.

Na abordagem ao cliente incentivei o diálogo, munindo a família de estratégias de comunicação para poderem comunicar eficazmente com o seu filho, incentivando o toque e outras manifestações de carinho. Em correlação, estes informaram-me os *hobbies* favoritos do cliente, sendo a televisão, um de eleição. Felizmente, foi possível colocar uma televisão para distrair o cliente, colocando-a numa posição estratégica. Numa fase mais avançada, após ter sido colocado traqueostomia, os pais partilharam comigo, informação relativamente aos alimentos favoritos do cliente de forma a promover uma alimentação equilibrada, uma vez que este recusava, frequentemente, a alimentação fornecida pela unidade hospitalar.

Esta partilha mútua de informação tornou esta tríade (cliente, família e enfermeiro) altamente eficaz, contribuindo para a redução dos níveis de *stress* e ansiedade da pessoa em situação crítica e da sua família, nesta fase de transição de saúde/doença, potenciando o *coping* familiar.

No SU, apesar de ser um ambiente menos controlado, onde o cliente permanece poucas horas no serviço, o cuidar da família não só é possível, como é fundamental no planeamento dos cuidados de enfermagem. Relato o caso de um cliente de 45 anos que deu entrada no SU do HNM, por volta das duas horas, com um traumatismo crânio-encefálico grave após queda de três metros. O cliente estava hemodinamicamente instável, sendo necessário recorrer a medidas invasivas para manter a vida. Perante a imprevisibilidade do diagnóstico foi tentado contactar a família, porém, sem sucesso. No dia seguinte, conseguimos estabelecer contato com a família, que se mostrava incrédula e com labilidade emocional. Intevi com os mesmos demonstrando empatia, escutando as suas preocupações e as suas dúvidas. Em seguida, informei o estado do cliente e acompanhei a esposa durante toda a visita, prestando apoio emocional e contribuindo para esta fase de transição de saúde/doença do cliente.

Os enfermeiros usufruem de um papel preponderante na equipa multidisciplinar, por serem os que mais tempo permanecem junto aos clientes e famílias e implementam intervenções altamente eficazes, visando obter a melhor qualidade de vida possível para o cliente, porém quando esta não é possível, estes são responsáveis por fornecer uma morte digna (Aquino, Góes & Malcher, 2016).

Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015), nos serviços com pessoas em situação crítica, a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade no cliente e na família. No decorrer deste percurso de aquisição de competências, houve oportunidades para demonstrar conhecimentos e habilidades da “dignificação da morte” e nos processos de luto.

No SU do HNM tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a uma cliente que após uma intervenção cirúrgica encontrava-se numa fase terminal. Posto esta situação, contatei a família, mencionando a gravidade da situação, facilitando a entrada de mais elementos da família, no sentido de a acompanhar nos últimos momentos da sua vida. Após a chegada dos mesmos, preparei cada elemento da família para o estado em que a cliente se encontrava, prestei apoio emocional com recurso, essencialmente à comunicação não-verbal, promovendo uma escuta ativa, demonstrando disponibilidade, recorrendo ao olhar e ao toque como estratégias de demonstração de empatia. Facultei o apoio espiritual que foi imediatamente aceite. Estas intervenções de enfermagem contribuíram para a “dignificação da morte” e para a prevenção do luto patológico da família.

No final, a família agradeceu a minha intervenção, corroborando o estudo de González, Sánchez e Morales (2016), que menciona que um dos itens valorizados pela família é a amabilidade dos profissionais de saúde com o cliente e a família.

Tive outra situação de uma cliente que foi enviada para o SUC do HSM devido a um AVC e que à entrada apresentou PCR. Apesar de ter sido aplicado o SAV a cliente terminou por falecer após 45 minutos. Nesta situação, enquanto os colegas prestavam cuidados ao corpo na sala de reanimação, eu, o tutor e a médica assistente dirigimo-nos à filha da cliente para transmitir o falecimento da mesma.

Pela nossa postura, a filha percebeu imediatamente o que tinha sucedido, culminando num choro ininterrupto, de quem acaba de perder um ente-querido essencial na sua vida. Encaminhamos a filha para um espaço tranquilo, promovendo a privacidade da mesma. Utilizamos um tom de voz calmo, respeitando a abordagem SPIKES do protocolo de Buckman. Mais uma vez recorri à comunicação não-verbal, uma vez que neste momento a comunicação verbal pouco nos auxilia e conforta as famílias.

Após a nossa conversa, forneci-lhe tempo para se tranquilizar, demonstrando serenidade, disponibilidade e empatia. Em seguida, uma vez que se encontrava sozinha,

informei a importância de ter uma pessoa significativa consigo na tentativa que esta contactasse alguém que lhe proporcionasse o suporte emocional necessário para lidar com a situação. Esta contactou um familiar, aproveitando para também lhe informar do sucedido. Em nenhum momento separei-me desta filha, aguardando calmamente por outros familiares, promovendo ao longo deste tempo, uma relação terapêutica.

Após a chegada de outros familiares, prestei apoio emocional aos restantes elementos, transmitindo uma vez mais o sucedido, num tom de voz calmo e num espaço tranquilo. Após ter confirmado que a sala de reanimação estava preparada para os receber, encaminhei-os até lá. Disponibilizei-me e atendi à privacidade, promovendo desta forma, espaço para iniciarem o processo de luto.

Com as experiências supracitadas demonstrei conhecimento sobre a gestão da ansiedade e medo vivenciados pela pessoa e família em situação crítica, reconhecendo e facilitando o processo de transição saúde/doença, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, coadjuvada com estratégias facilitadoras da comunicação. Por fim, fui ainda capaz de demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas

Os incidentes com múltiplas vítimas são eventos que causam casualidades em número suficientemente elevado para superar os recursos de saúde pública da comunidade afetada, podendo surgir em caso de acidentes ou desastres.

A situação de múltiplas vítimas em caso de um acidente é definida pela Lei nº 27/2006, Lei de Bases da Proteção Civil, como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p.4696).

A situação de múltiplas vítimas em caso de um desastre é definida pela *American College of Surgeons' Committee on Trauma* (2011) como um fenómeno ecológico súbito de magnitude suficiente para pedir auxílio externo.

A catástrofe é definida pela Lei nº 27/2006, Lei de bases da Proteção Civil, como um acontecimento súbito quase sempre imprevisível, sendo um “acidente grave/ou série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.4696).

A *American College of Surgeons' Committee on Trauma* (2011) refere que o princípio chave da resposta de saúde a um desastre é fazer o melhor para o maior número de pessoas, sendo os principais objetivos reduzir a morbilidade e a mortalidade.

Nos últimos anos a RAM tem sido assolada por situações de catástrofe, desde os incêndios, tendo sido necessária a evacuação do Hospital dos Marmeleiros e de diversos lares, às aluviões que provocaram ao longo dos anos dezenas de mortos. Por estes motivos, quando iniciei funções no SESARAM, em 2015, no Hospital dos Marmeleiros, optei por realizar o curso MRMI. Este curso baseia-se num modelo de simulação avançada treinando toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multivítimas, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade a utilizar em catástrofes (*Madeira International Disaster Training Centre*, 2016). Em 2016, participei pela primeira vez numa situação de catástrofe, na evacuação do Hospital dos Marmeleiros devido aos incêndios que assolaram aquela zona.

No decorrer das práticas clínicas não ocorreu nenhuma situação que se enquadrasse nos critérios de ativação de catástrofe ou emergência multivítimas, contudo, procurei desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre o plano de emergência/catástrofe nestes locais, através dos seus protocolos de atuação, conhecendo a experiência dos colegas e as suas principais dificuldades.

O SU do HNM usufrui de um plano de catástrofe constituído por um conjunto de normas e regras de procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de uma catástrofe que ocorra na RAM. Esse plano define os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um fluxo maciço de vítimas, garantindo uma atuação eficaz em caso de receção de multivítimas, de modo a reduzir a sua morbilidade e mortalidade (SESARAM, 2008).

Este documento apresenta todos os recursos disponíveis no SESARAM, nomeadamente recursos humanos, capacidade hospitalar, recursos técnicos, sistemas de comunicação, meios de transporte disponíveis e medicação emergente. Este documento faz ainda alusão ao gabinete de crise, às funções dos diferentes profissionais e condiciona a vigilância da porta de entrada. Por fim, apresenta a reorganização do serviço consoante a gravidade da situação dos clientes e a reorganização de diversos serviços, nomeadamente do BO, serviços de imagiologia, patologia clínica, farmácia, aprovisionamento e esterilização.

Tive a oportunidade de verificar a constituição e a localização dos *kits* de triagem em situação de catástrofe, verificando que estão organizados de forma a dar resposta aos diferentes níveis de emergência, dependendo do número de clientes que chegam ao SU.

No SEMER, particularmente na EMIR, consultei o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM e a sua função em situações de catástrofe. Neste contexto elaborei fluxogramas de triagem pré-hospitalar: a triagem primária e a secundária, utilizando os sistemas de triagem com evidência científica comprovada da sua eficácia, ou seja, utilizei o sistema *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) na triagem primária e o sistema *The Triage Revised Trauma Score* (TRTS) na triagem secundária.

Estes fluxogramas foram realizados como guia orientador a ser utilizado pelo enfermeiro triador do CROS, projeto em construção pelo SEMER. As etiquetas de triagem utilizadas na EMIR para as situações de catástrofe são baseadas nos sistemas supracitados.

Por sugestão do adjunto coordenador da EMIR, efetuei ainda o fluxograma de atuação do enfermeiro triador no SEMER, aquando de uma ocorrência de catástrofe, desde a sua designação, critérios de ativação, incorporando todos os elementos e instituições fundamentais para o seu acionamento e funcionamento até aos critérios de desativação, baseado no Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (2015).

No SUC do HSM consultei o plano de catástrofe, observei a sala de catástrofe, local em que fica armazenado todo o material necessário em caso de ativação de uma catástrofe, incluindo os *kits* para os enfermeiros, AO e médicos, às capas com a triagem secundária pelo sistema TRTS. Neste local existem ainda os sacos com material de reanimação e de trauma, talas, colares cervicais, ventiladores, carro com medicação de emergência, que podem ser facilmente deslocados para o local de maior necessidade, assim como material descartável, nomeadamente equipamentos de proteção individual (EPI), urinóis, lençóis e cobertores.

O enfermeiro EEMC tem de desenvolver competências para conceber e colaborar nos planos de catástrofe e de emergência planeando respostas concretas em articulação com as instituições em que trabalha. A capacidade de atribuir graus de urgência através dos sistemas de triagem em catástrofe, atribuindo a sequência de atendimento às vítimas, desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar é outra competência que lhe é exigida, assim como, sistematizar as ações desenvolvidas em situações de catástrofe ou emergência (Regulamento nº 124/2011).

O enfermeiro EEMC tem ainda um papel preponderante ao liderar a equipa em situações de catástrofe com observações e decisões rápidas e seguras, que envolvem uma sequência de procedimentos complexos. A este são exigidas seis características principais para ser eficiente: conhecimentos adequados, autoconhecimento, comunicação, energia, metas e ação (Canova, Brogiato, Roveron & Zanotti, 2016), só assim é possível ter a capacidade de contribuir com eficiência na prestação de cuidados ao cliente, avaliando a sua

articulação com a equipa multidisciplinar e introduzindo medidas corretivas das inconformidades de atuação detetadas.

2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica

A prestação de cuidados de saúde no meio hospitalar pode originar a transmissão de infeções, denominadas de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Estas são definidas pela DGS (2010) como: “condição sistémica ou localizada de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas, adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p.7).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no Despacho n.º 1400-A/2015 refere que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis, sendo o seu objetivo atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8% até 2020.

O enfermeiro EEMC tem a responsabilidade de contribuir ativamente para atingir este objetivo através do conhecimento dos planos de controlo de infeção na instituição em que está inserido, cumprindo e fazendo cumprir as normas da assepsia, na estabilização de procedimentos e nos circuitos requeridos na prevenção e no controlo da infeção (Regulamento nº 124/2011). Este deve ser capaz de diagnosticar as necessidades da equipa e implementar estratégias proativas, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas, constituindo uma referência para a sua equipa (Regulamento nº 124/2011).

O cuidar da pessoa em situação crítica exige cada vez mais tecnologia e através dela se prolonga a sobrevivência dos clientes. No entanto, estes tornam-se vulneráveis a múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados de saúde (Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC, DGS, 2007).

Segundo File, Jr. (2016) o grande índice de infeção da pessoa em situação crítica prende-se ao conjunto de procedimentos invasivos a que estão sujeitos, designadamente, intubação oro traqueal, VMI, circulação extracorpórea, presença de drenos e dispositivos de monitorização, aliados à área da emergência pelo exercício da atividade em situações de risco eminente de vida, existindo maior probabilidade de quebra das normas de segurança (Mendonça *et al*, 2011).

As consequências das IACS, além da doença que causa no indivíduo, constituem uma ameaça à segurança individual e pública com morbilidades para o cliente e custos financeiros elevados para as instituições (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015), custando cerca de 300 milhões de euros anuais (Despacho n.º 3844-A/2016).

No SESARAM, local em que realizei a prática clínica I e II, está implementado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Os objetivos deste programa são: reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013).

Por exercer funções no SESARAM, os programas elaborados pela PPCIRA/DGS não constaram uma novidade. A minha prática clínica é pautada diariamente pela prevenção e pelo controlo da infeção, cumprindo as Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), bem como os feixes de intervenção da prevenção da infeção urinária, conforme a norma 019/2015 atualizada em 2017, e ainda a prevenção da infeção relacionada com CVC, conforme a Norma 022/2015. No desempenho das minhas funções detenho também a função de monitorizar e registar a taxa de adesão a estes mesmos feixes, fazendo-os cumprir.

O estágio II- SMI do HNM foi sem dúvida, um local privilegiado para desenvolver as competências preconizadas do enfermeiro EEMC na prevenção e no controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, devido ao rigor instituído por todos os profissionais de saúde. Neste local, além de aplicar as PBCI e as *bundles* (medidas de boas práticas) anteriormente referidas, tive a oportunidade de as aprimorar, estabelecendo os procedimentos e os circuitos requeridos na prevenção e no controlo da infeção.

Um em cada quatro clientes internados num SMI pode vir a contrair uma IACS (DGS, 2010). A IACS mais frequente no SMI é a PAI sendo dominada como “pneumonia que surge em pessoa com tubo oro traqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubado há menos de 48 horas” (Norma 021/2015, atualizada em 2017, p. 5). Esta é responsável por um aumento dos dias de ventilação mecânica, de internamento, de uso de antimicrobianos e da mortalidade (Norma 021/2015, atualizada em 2017).

No SMI apliquei os feixes de intervenções de prevenção da PAI, detalhadamente, mantive a cabeceira da cama num ângulo de 30°, realizei higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% de 4/4 horas, garanti que os circuitos ventilatórios mantinham-se limpos, mantive a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O através da monitorização do mesmo, pelo menos uma vez ao turno e sempre que julguei necessário. Por fim, reduzi sempre que possível a sedação, mantendo obviamente, o objetivo terapêutico.

Atualmente o *Staphylococcus aureus* é uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas aos cuidados de saúde. Na Europa, em 2008, as infeções por *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) representaram 44% das infeções hospitalares, sendo responsáveis por um acréscimo de 41% de dias de internamento e 21% da mortalidade (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2009).

O último inquérito de Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses, que decorreu de 23 de maio a 8 de junho de 2012 contou com a participação obrigatória dos hospitais públicos. O *Staphylococcus aureus* foi o microrganismo mais frequente (17%) com uma taxa de resistência à meticilina de 80% e tendo sido o agente patogénico principal nas pneumonias (25,0%), nas infeções do local cirúrgico (24,8%) e na corrente sanguínea (18,6%).

No SMI apliquei os feixes de intervenção na prevenção da infeção por MRSA. Utilizei toalhetes de gluconato de clorohexidina a 2% no banho diário dos clientes, nos primeiros 5 dias de admissão e nos clientes com TOT utilizei solução de gluconato de clorohexidina a 0,2% na higiene oral de 4/4 horas.

Os SU são caracterizados como locais de maior ocorrência de acidentes envolvendo material biológico, apresentando uma das mais baixas taxas de adesão às PBCI, sendo o seu comportamento justificado pelo tempo de resposta à situação de emergência, à estrutura organizacional e à agilidade que é requerida (Mendonça *et al*, 2011).

Segundo o Regulamento nº 124/2011 o enfermeiro EEMC tem a responsabilidade de “diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção”, estabelecendo “estratégias proactivas a implementar no serviço”, demonstrando conhecimentos que “lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica” (p.4).

No SU do HNM apercebi-me de situações menos adequadas que estavam a contribuir para o desenvolvimento das IACS. A higienização das mãos foi a mais alarmante. Segundo a DGS (2016), a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, por diversas razões, não ultrapassa os 50%. Assim, debati com as chefias estratégias de adesão à higienização das mãos, por ser uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre clientes (Norma nº 029/2012).

As estratégias implementadas foram a colocação de embalagens de SABA em todas as camas do SO e no carro de apoio às técnicas de enfermagem, por ser muito utilizado pelos enfermeiros e, na sala de triagem devido à inexistência de qualquer meio de higienização das mãos. Estas medidas verificaram-se eficazes, pelo que observei o aumento da higienização das mãos.

Neste SU observei que as quebras na assepsia são geralmente devido à não utilização do EPI, principalmente na cateterização vesical. Apesar de na sala dos cuidados especiais existir uma caixa com todo o equipamento necessário para realizar este procedimento, os EPI são pouco utilizados com a justificação da emergência do procedimento. As medidas implementadas para colmatar esta situação foram discutir e

refletir sobre os comportamentos dos pares e das normas preconizadas pela DGS/PPCIRA nos momentos oportunos, reforçando que o uso dos EPI não só evita as IACS como mantém a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, em tempo útil. Pela minha observação estas medidas foram eficazes, sendo os EPI mais utilizados em situações de emergência.

A desinfeção prévia das conexões do CVP e do CVC foram outro aspeto de melhoria detetado no SU. Como estratégias de intervenção optei por falar com os pares, individualmente ou em pequenos grupos, de acordo com os momentos disponíveis, sensibilizando-os para esta problemática. Sempre que estava presente lembrava a utilização do desinfetante, colocando ao alcance do colega. Outra medida eficaz foi a colocação de desinfetante no carro de apoio aos enfermeiros, tendo verificado o aumento do seu uso.

Relativamente às visitas pude verificar que estas não realizaram a higienização das mãos antes ou depois das visitas e, algumas tocaram inclusive no ambiente de outros clientes. A intervenção implementada foi informar as visitas para a importância da higienização das mãos na qual se demonstraram recetivas e cumpridoras.

No SUC do HSM as problemáticas identificadas foram semelhantes ao SU do HNM, desde a higienização das mãos à utilização pouco frequente dos EPI. As estratégias utilizadas foram a colocação de SABA nas salas de reanimação, particularmente, nas mesas de apoio, uma vez que não existem camas fixas neste local. As embalagens de SABA também foram reforçadas na sala dos clientes triados como laranjas, local em que observei menor taxa de higienização das mãos.

Relativamente à utilização dos EPI, desconexão dos CVP e do CVC, implementei as mesmas estratégias do SU do HNM, ou seja, sensibilizei os colegas, discutindo com os mesmos, individualmente ou em pequenos grupos, sempre que oportuno. Quando estava presente, lembra a importância da sua utilização, fazendo-os chegar o material necessário.

O desconhecimento dos colegas sobre os feixes de intervenção da prevenção da PAI foi outro aspeto menos positivo detetado no SUC, todavia, esta situação não foi detetada apenas por mim, uma vez que verifiquei a presença de um cartaz nas salas de reanimação, sobre esta situação, datado de 2016. Como estratégias de intervenção aproveitei a elaboração do cartaz para divulgar as normas da DGS e antes de prestar os cuidados de enfermagem recomendados, revi as *bundles* com os colegas, auxiliando-os no seu cumprimento.

É de salientar que o SUC não detém cuffómetros, sendo assim impossível a monitorização da pressão do *cuff*. Confrontei a chefia sobre esta situação e estes alegaram que o facto de o cliente permanecer pouco tempo neste serviço não justificava a sua aquisição. Assim, quando confrontados com os estudos realizados por Sachetti *et al* (2014)

que referem que a monitorização da pressão do *cuff* mantida entre 20-30cmH₂O diminui a incidência da PAI em 50% e outro estudo realizado por Vidal (2014) que constatou a pressão do *cuff* adequada (15-25cmH₂O), monitorizada a cada 12 horas, reduziu em 58% os casos de PAI, ficaram sensibilizados, referindo que iriam proceder à sua aquisição.

No final deste percurso, posso advogar que tenho conhecimentos acerca do plano nacional de controlo da infeção e das diretrizes das comissões e programas atualmente preconizados nas instituições onde decorreram as minhas práticas clínicas. Fui capaz de cumprir e fazer cumprir os procedimentos e os circuitos requeridos na prevenção e no controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/ falência orgânica. Sinto que fui eficiente no diagnóstico das necessidades do serviço e eficaz na implementação de estratégias, visando a prevenção e o controlo da infeção.

CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Segundo o Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho, o grau de Mestre é concedido ao estudante a realizar uma especialidade que tenha obtido aprovação em todas as unidades curriculares que compõem o curso de segundo ciclo e que no ato público de defesa do relatório de estágio demonstre competências de Mestre.

Neste capítulo pretendo demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências do grau de Mestre através da demonstração das competências exigidas pelo mesmo, nomeadamente, aplicação dos meus conhecimentos e capacidade de compreensão de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, detendo a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, elaborando soluções através da inclusão de reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Pretendo ainda comunicar as minhas conclusões, os meus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, a especialistas e não especialistas e, finalmente, demonstrar competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Ao longo deste relatório fui demonstrando a aquisição e o desenvolvimento das competências supracitadas, que vão de encontro com as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da pessoa em situação crítica, como tal, neste capítulo pretendo realizar uma súmula das competências de Mestre, não explorando novamente, as experiências referidas anteriormente.

No decorrer das práticas clínicas, várias foram as situações novas e não familiares que surgiram, desde a abordagem ao politraumatizado grave, ao cliente acometido por SCACST, à abordagem inicial ao cliente com AVC, tamponamento cardíaco, aneurisma da aorta abdominal, ao cliente com queimaduras extensas de terceiro grau, superiores a 80% da superfície corporal e queimaduras elétricas por cabo de alta voltagem, em que foi necessário mobilizar conhecimentos e habilidades para uma tomada de decisão competente, norteadas pelos princípios éticos, guiados pelo meu código deontológico e pelos direitos dos clientes.

Sucederam outras situações complexas em diversos âmbitos, desde a organização e estabelecimento de prioridades no cuidar de diversas pessoas em situação crítica, à mobilização de diversos saberes na antecipação de focos de instabilidade e atuação precoce, à dificuldade de realizar triagem de clientes, que pode fazer a diferença entre a vida e a morte, bem como à restrição de visitas de familiares a cliente inconscientes internados no SMI.

Surgiram experiências, definitivamente não familiares, tais como cuidar de crianças em situação crítica, situações que se constataram difíceis de lidar emocionalmente, corroborando a ideia de Benner (2001), que refere que os cuidados às pessoas em situação crítica são intelectualmente e emocionalmente desafiantes. Nestas situações foi necessário mobilizar estratégias de *coping* no sentido de responder de forma eficaz e eficiente.

Cada uma das situações supracitadas constituíram um desafio, porém, devido à formação ao longo da vida, nomeadamente, a frequência deste Mestrado aliada à minha experiência profissional, fui capaz de prestar cuidados de enfermagem altamente eficazes, prevendo, muitas vezes focos de instabilidade e intervindo de forma pronta e antecipatória, assegurando deste modo cuidados de qualidade, em tempo útil e de forma holística.

No decorrer das práticas clínicas assomaram diversas oportunidades de demonstrar o meu conhecimento e raciocínios a eles subjacente, quer a enfermeiros especialistas e a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, através da reflexão crítica de situações/problemas identificados e das soluções propostas no seio da equipa multidisciplinar referentes ao cuidar da pessoa e sua família em situação crítica.

Baseada na evidência científica, debati com colegas de turma, tutores, orientadores e pares sobre os mais variados temas no cuidar da pessoa e família em situação crítica. Observei espaços para melhoria nos serviços e, portanto, intervi ativamente através da realização de ações de formação, da elaboração de um cartaz informativo e de um *dossier* para pesquisa sobre a abordagem ao cliente politraumatizado e a avaliação adequada da dor na pessoa em situação crítica, informei e esclareci dúvidas sobre o modo de pesquisa em bases de dados de renome, nomeadamente, Cochrane, EBSCO HOST e B-on, contribuindo para a partilha e para o desenvolvimento de competências, promovendo a excelência dos cuidados de enfermagem e a promoção de um ambiente seguro.

Forneci sugestões de melhoria à chefia dos locais em que realizei as práticas clínicas, expondo a sua pertinência; providenciei diversas normas de prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica, principalmente em contexto de SU; divulguei e fundamentei o uso da comunicação eficaz através da mnemónica ISBAR, influenciando positivamente a sua implementação, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e promovendo a segurança do cliente.

Realizei um processo de enfermagem fundamentado no contexto de SMI, discutindo com a tutora, colegas e a orientadora, o meu raciocínio, elaborando os diagnósticos mais relevantes, justificando os mesmos através da evidência científica mais atual, que contribuíram para o planeamento e para a implementação de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos.

No final deste percurso, sinto-me uma referência no seio da minha equipa, sendo reconhecida pelos colegas, ao ser consultada pelos mesmos, principalmente em situações de emergência, complexas e não-familiares, auxiliando-os na tomada de decisões, recorrendo ao pensamento crítico e fundamentando-as através da evidência científica, demonstrando o meu conhecimento e o raciocínio subjacente, recorrendo aos princípios éticos, ao código deontológico do enfermeiro e aos direitos dos clientes.

Ao longo deste Mestrado foi possível também, demonstrar a minha aprendizagem de um modo auto-orientado e autónomo, através da realização de diversos trabalhos e da tomada de decisão, nomeadamente na elaboração de planos de estágio para cada prática clínica, delineando os meus objetivos, atendendo às minhas necessidades em adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O projeto de autoformação realizado no estágio de opção surgiu como uma metodologia inovadora que me envolveu diretamente na minha aprendizagem. A sua elaboração permitiu-me desenvolver a autonomia, a capacidade de raciocínio, de escolha e a capacidade de planeamento do meu percurso para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a realização deste relatório de estágio elegi uma temática que me suscitava interesse e pesquisei a evidência científica mais recente de forma a dar resposta à pessoa em situação crítica. A sua realização acompanhou-me durante todo o curso de Mestrado, permitindo-me selecionar as práticas clínicas mais adequadas após uma pesquisa intensiva sobre os locais de referência no País para desenvolver as competências pretendidas, selecionando as áreas em que as queria desenvolver, responsabilizando-me pelo meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Comprometendo-me pela aprendizagem ao longo da vida, assumindo o compromisso da autoformação, refletindo, analisando e prosseguindo, diariamente, na busca contínua da qualidade dos meus cuidados de enfermagem, inscrevi-me no curso “*High Degree in Emergency Management*”, a realizar no Funchal, entre o dia 16 a 21 de abril de 2018, no sentido de desenvolver competências em gestão de emergência, gestão de risco, planificação de emergências e operação de resposta e reações a emergências.

Esta formação avançada tem como objetivo dotar os seus formandos de métodos e boas práticas que lhes permitam efetuar um correto, assertivo e realista plano de operações de resposta a emergências englobando a sua prevenção e mitigação até à rentabilização ao máximo, dos meios materiais e humanos.

Em suma, no decorrer do meu percurso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica fui capaz de demonstrar competências que o grau de Mestre exige, através do

desenvolvimento e do aprofundamento dos meus conhecimentos de primeiro ciclo, lidando com problemas complexos e não familiares, através de elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e legais na resolução de problemas.

Fui ainda capaz de comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios quer a enfermeiros especialistas e a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, comprometendo-me à aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo.

CONCLUSÃO

O enfermeiro EEMC presta cuidados de enfermagem nos contextos onde se encontra a pessoa em situação crítica, desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar até ao momento da alta, potenciando a transição saúde/doença, tendo em vista a sua recuperação (Fonseca, 2015).

A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p.8656).

Nesta linha de ideias o percurso realizado no Curso de Mestrado com vista à aquisição e o desenvolvimento de competências na área da Médico-Cirúrgica realizou-se em diferentes contextos do cuidar da pessoa em situação crítica, desde a emergência pré-hospitalar ao SU e ao SMI. Pela sua diversidade e especificidade, estes locais constituíram excelentes campos de aprendizagem, possibilitando uma multiplicidade de experiências e novos conhecimentos.

Os estágios realizados aliados à minha formação e à experiência profissional, permitiram-me desenvolver habilidades para a tomada de decisão, essencial para a excelência da prática profissional. As tomadas de decisão foram norteadas pelos princípios éticos, nomeadamente, princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, guiadas pelo meu código deontológico e pelos direitos humanos.

Promovi a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através do cumprimento das diversas normas e guias de boas práticas da DGS, da comunicação eficaz, segurança na administração da medicação, na identificação inequívoca dos clientes, prevenção das úlceras de pressão e das quedas. Geri ainda eficazmente os meus cuidados, assim como, colaborei com os chefes de equipa na gestão dos serviços, adquirindo e desenvolvendo as competências comuns do enfermeiro especialista.

Nos diversos estágios prestei cuidados de enfermagem altamente diferenciados à pessoa em situação crítica, atendendo à gestão e à administração de protocolos terapêuticos complexos; à gestão diferenciada da dor e do bem-estar; à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; à gestão da comunicação interpessoal e da relação terapêutica. Fui também capaz de prevenir e controlar a infeção na pessoa em situação crítica, cumprindo e fazendo cumprir as diversas normas emanadas pela DGS na prevenção e no controlo da infeção.

Apesar de não ter ocorrido nenhuma situação que se enquadrasse nos critérios de ativação de catástrofe ou emergência multivítimas, procurei desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre o plano de emergência/catástrofe nas práticas clínicas, através dos seus protocolos de atuação, contribuindo para a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas da pessoa em situação crítica.

É de salientar que as várias experiências proporcionadas pelo Curso de Mestrado, nomeadamente os estágios, contribuíram para o meu desenvolvimento reflexivo, sendo capaz de mobilizar um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, baseados na evidência científica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com a capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão.

Em suma, concludo que atingi os objetivos inicialmente delineados na aquisição e no desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do enfermeiro EEMC na vertente da pessoa em situação crítica e as de Mestre, evidenciadas neste relatório através de uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas nos diferentes contextos da prática clínica, confrontando-a com a evidência científica mais recente.

A realização deste relatório de estágio estimulou o meu pensamento reflexivo, a criatividade e a autonomia, envolvendo-me no meu próprio processo de aprendizagem, na delimitação do meu percurso, rumo ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Os aspetos facilitadores para a realização deste relatório foram a motivação, empenho e a dedicação ao longo de todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, assim como, na realização dos trabalhos efetuados ao longo das práticas clínicas, desde a elaboração dos planos de estágios às reflexões semanais, portfólio reflexivo, processo fundamentado de enfermagem, projeto de autoformação, que findos nesta fase, detinha de toda a documentação necessária para a realização deste relatório, com o registo de casos clínicos que fundamentaram o desenvolvimento das competências pretendidas.

As principais dificuldades foram a articulação da atividade profissional, académica e a vida pessoal, o tempo para me dedicar a este relatório, assim como a síntese e a organização dos conteúdos a abordar, de forma a não me tornar repetitiva. Como sugestão de melhoria, saliento a ampliação do período para a realização deste relatório.

Após este percurso sinto-me motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem na área da pessoa em situação crítica, através da formação contínua, assumindo o compromisso da autoformação, assim como continuar promovendo a crítica-reflexiva entre os meus pares, no meu local de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C.R.P. (2014). *Emergência médica pré-hospitalar- A espera pelo inesperado*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto.
- Alarcão, I. & Tavares, J (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.
- Alves, E. A. V. (2016). O início do ciclo de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2), p. 180-181.
- American College of Surgeons' Committee on Trauma* (2011). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. (Scavone, R. et al, Trans.) (7ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier. (translated from Prehospital trauma life support, 2011, New York: Elsevier).
- American College of Surgeons*. (2012). *Advanced trauma life support*. (9ªed.). Chicago: author.
- American Heart Association* (2015). *About Cardiac Arrest*. Dallas: Author.
- Aquino, A. T. T., Góes, I. M. C. & Malcher, M. (2016). A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. *Enfermagem Brasil*, 15 (6), p. 295-300. Retrieved from <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/717>.
- Azeredo, T. R. M. & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 108, p.44-54.
- Batuca, A. (2005). *Reanimação cardiorrespiratória: suporte básico e avançado de vida*. Lisboa: IFE.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. (A. Queirós, B. Lourenço, Trads.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice, 2001, New Jersey: Prentice Hall).

Boswell, K. & Menaker, J. (2013). An update on spinal cord injury: Epidemiology, diagnosis, and treatment for the emergency physician. *Trauma reports*. 14 (1), 1-11.

Cacela, D., Bernardes, L. & Ramos, J.S. (2012). Síndromes Coronárias Agudas. In Ponce, P. (Coordenador). *Manual de urgências e emergências* (p. 30-35). Lisboa: LIDEL.

Caetano, P. (2003), Formar... qualificar... os enfermeiros e as organizações. *Servir*. 51 (6), p. 269-274.

Canabarro, S.T., Velozo, K.D.S., Eidt, O.R., Piva, J.P., & Garcia, P.C.R. (2013). Validação Concorrente de Escores de Enfermagem (NEMS e TISS-28) em terapia intensiva pediátrica. *Acta Paul Enferm*. 26(2), p.123-129.

Canova, C., Brogiato, G., Roveron, G. & Zanotti, R. (2016). Changes in decision-making among italian nurses and nursing students over the last 15 years. *Journal of Clinical Nursing*, 25, p. 811-818.

Carapeto, S.C.C. (2012). *Via verde coronária e enfarte agudo do miocárdio: Tempo médio entre a admissão no serviço de urgência central e a reperfusão por angioplastia primária*. (Tese para a obtenção do grau de Mestre Tecnologia de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular). Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.

Carlesi, K.C., Padilha, K.G., Toffoletto, M.C., Henriquez-Roldán, C., & Juan, M.A.C. (2017). Ocorrência de incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25. p. 1-8. Doi: 10.1590/1518-8345.1280.2841

- Carreira, A.S.L. (2015). *Capnografia em pessoa submetida a ventilação mecânica não invasiva*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Castaño, A.M.H. (2008). Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Investigación y Educación en Enfermería*. 26(2), p. 236-242.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. (n.d.). *Missão e valores*. Retrieved from <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>.
- Coelho, P. (1987). *Diário de um Mago*. (1º ed.). Brasil: Paralela.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência*. Lisboa: Autor.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2015 (Edição Portuguesa)*. Genebra: Suíça.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2005). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Retrieved from http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf.
- Costa, A.F.P. (2012). *Abordagem de enfermagem ao doente crítico*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cypress, B.S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (5), p. 273-280.
- Dadoy, M. (2004). As noções de competência e competências à luz das transformações na gestão da mão-de-obra. In A. Tomasi (Org.). *Da qualificação à competência*. Campinas: Papirus.

Dantas, R.J.T. (2011). *Prática avançada de enfermagem em emergência*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Dias, F.S., Rezende, E., Mendes, C.L., Réa-Neto, A., David, C.M. Schettino, G.,... Brilhante, Y.N.A. (2006). Parte II: Monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 18(1), p. 63–77.

Dias, J. (2004). *Que desempenho?* Loures: Lusociência.

Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências - contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. (1.º ed.). Loures: Lusociência.

Elli, S., Gariboldi, R., Tundo, P., Mascheroni, V., Bambi, S. & Lucchini, A. (2013). Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una check-list di pianificazione. *Scenario*. 30 (3). p. 21-25.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Medicines Agency. (2009). *The bacterial challenge: time to react*. Retrieved from http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacteria_1_Challenge_Time_to_React.pdf.

Fernandes, I. A. (2010). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing*. 259 (22), p. 31-34.

Ferreira, R. C. (2013). Via verde para a vida. *Teste Saúde*. (102), p. 18-21.

Ferro, J. & Pinho e Melo, T. (2012). Acidente Vascular Cerebral (Via Verde AVC). In Ponce, P. (Coordenador). *Manual de urgências e emergências* (p. 111-118). Lisboa: LIDEL.

File Jr, T.M.F. (2016). Risk factors and prevention of hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia in adults. *UpToDate*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-and-prevention-of-hospital-acquired-and-ventilator-associated-pneumonia-in-adults>.

- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. p. 1-7. Retrieved from <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>.
- Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L. & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUBE*. 12 (3), p.110-117.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Stop infeção hospitalar: Um desafio Gulbenkian*. Autor. Retrieved from https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/1-2-Cad-Broch-Stop-Infeção-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf.
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côte, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care* 18 (6). p. 307-318.
- Gonçalves, J.P.A. (2015). *Cuidar da família da pessoa doente em situação crítica que vivencia uma situação de stress: Estratégia facilitadora nos processos de transição*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- González, A. M. C., Sánchez, D. G. & Morales, G. D. T. (2016). Evaluación de la satisfacción de las familias y/o acompañantes de los pacientes atendidos en la unidad de cuidado intensivo y cuidado coronario de una institución de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. *Revista CES Salud Pública*. 7(1), p.25-36, Doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cessp.7.1.3>.
- Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., Guidetti, D., ... Toni, D. (2008). Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 359 (19), p. 1317-1329.

Hospital Central do Funchal. (2011). *Regulamento do serviço de urgência*. Funchal: Serviço de Saúde da RAM.

Howard, P & Steinman, R. (2011). *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6^o ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Emergency nursing: principles and practice*, 6th ed., 2010, New York: Elsevier).

Hunter, C.L., Silvestri, S., Ralls, G., Bright, S., & Papa, L. (2014). The sixth vital sign: prehospital end-tidal carbon dioxide predicts in-hospital mortality and metabolic disturbances. *Am J Emerg Med*. 32(2), p.160-165. Doi: 10.1016/j.ajem.2013.10.049.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2007). *Manual da Ambulância de Suporte Imediato de Vida*. Lisboa: author.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Relatório anual de integração VMER & SIV 2016*. Retrieved from <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/SIV-VMER-16.pdf>.

Instituto Nacional Emergência Médica (2012). *Emergências médicas*. [Adobe Digital Editions version]. Retrieved from <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%A2ncias-M%C3%A9dicas.pdf>.

Jesus, É. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. (Tese para obtenção do Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (P.C.R., Reuillard, Trad.) (3^oed.). Porto Alegre: Artmed Editora. (tradução do original francês *Compétence et navigation professionnelle*, 3th ed., 2003, Paris: Éditions d'organisation).

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

- Lino, I., Garcia, J., Costa, S. (2009). *Via verde coronária - uma perspectiva da actuação pré-hospitalar*. Via Verde para a Vida. Lisboa: INEM.
- López-López, C., Pérez-Pérez, T., Beneit-Montesinos, J.V., García-Klepzig, J.L., Martínez-Ureta, M.V., Murillo-Pérez, M.A.,...García-Iglesias, M. (2018). Pain Assessment in Mechanically Ventilated, Noncommunicative Severe Trauma Patients. *J Trauma Nurs.* 25(1), p.49-59. Doi: 10.1097/JTN.0000000000000342.
- Lucchini, A., Elli S., Gariboldi R., Tundo P., Doni V., Felippis C., & Matteo G. (2012). Standardizzazione delle procedure di trasporto del paziente critico ricoverato in terapia intensiva. *Official Italian Journal of ANIARTI*, 29(3). p.15-20.
- Madeira International Disaster Training Centre*. (MIDTC). (2016). Documentos de apoio do curso de *Medical Response to Major Incidents* (MRMI). Funchal: Autor.
- Maia, R. (2012). *Úlceras de pressão: Prevalência e caracterização em hospitais na região norte de Portugal*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Martinho, C.I.F. & Rodrigues, I.T.R.M. A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 28(2), p. 132-140.
- Martins, A.S.L. (2016). *Perceção do stress do enfermeiro de ambulância SIV integrada num SU*. (Tese de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Mateus, B.A. (2007). *Emergência médica pré-hospitalar: que realidade*. Loures: Lusociência.
- Matias, A.M.M. (2015). *Promoção do conforto da pessoa vítima de trauma: intervenção especializada de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Mendes, J. (2015). Ventilação Mecânica Invasiva. In Ponce, P. & Mendes, J. (Coordenadores). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 94-112). Lisboa: LIDEL.
- Mendonça, K., Neves, H., Rezende, F., Santos, S. & Tipple, A. (2011). *A prevenção e o controle de infecção em setores de urgência e emergência: um grande desafio*. In XVII Congresso Brasileiro de Infectologia. Brasília.
- Meneguim, S., Alegre, P. H. C. & Luppi, C. H. B. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfermagem*, 27 (2), p.115-119, Doi: org/10.1590/1982-0194201400021.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2016). *Relatório auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos análise evolutiva: 2014 – 2015*. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16914/1/i023102.pdf>.
- Mitchell, M.L. & Chaboyer, W. (2010). Family centered care- A way to connect patients, families and Nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive Critical Care Nursing*. 26 (3), p. 154-160.
- Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F. & Green, C. J. (Eds) (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (I.M. Li-geiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad) (8ª ed.) (Vol 1 e 4). Lisboa: Lusociência. (tradução do original inglês *Medical-Cirurgical nursing: Health and illness perspectives*, 8th ed., 2007).

- Nikolaus, N., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L., & Cariou, A. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation. section 8 - inicial management of acute coronary syndromes. *Resuscitation*, 95, p. 264-277.
- Nunes, F. M., Meira P. M., Martins A. J., Carvalho I., Saraiva M. Silva P. N. ... Ribeiro G. E. (2009). *Manual de trauma*. (5ª ed.). Loures. Lusociência.
- Nunes, L. (2002). Competências morais no exercício de enfermagem: cinco estrelas. *Revista Nursing*. nº 171. p. 8-11.
- Oliveira, P. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: Percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Administração e Planificação da Educação). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional – Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: author.
- Paiva, K.C.M & Melo, M.C.O.L. (2008). Competências, gestão de competências e profissões: Perspectivas de pesquisas. *Revista de administração contemporânea*. 12 (2), p. 339-368.
- Penedo, J.M.V.S., Ribeiro, A.A.B., Lopes, H.A.R.C., Pimentel, J.M.P.C., Pedrosa, J.A.G.P.S., Sá, R.A.M.V... Moreno, R.P.J. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final*. Retrieved from <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>.
- Pereira, P.M. & Borges, M.F. (2015). Trauma. In Ponce, P. & Mendes, J. (Coordenadores). *Manual de medicina intensiva* (pp. 409-423). Lisboa: LIDEL.

Pinho, J., Carneiro, H & Alves, F. (2016) *Resultados plano nacional de avaliação da dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Retrieved from: http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf.

PORTUGAL. Assembleia da República (3 jan. 2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. *Diário da República n.º 2, I Série-A*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, n.º 181, I série*.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 jul. 2015). Regulamento n.º 8046/2015: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República, n.º 141, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (13 de jul. 2016). Regulamento n.º 658/2016: Regulamento geral dos ciclos de estudo conducentes ao grau de Mestre. *Diário da República n.º 133, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (10 fev 2006). Lei 27/2006: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República n.º 126, I série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (8 fev. 2008). Decreto-Lei n.º 23/2008. *Diário da República n.º 28, I série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (24 jun. 2009). Despacho n.º 14223/2009. *Diário da República n.º 120, II série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 nov. 2013). Despacho n.º 15423/2013. *Diário da República, n.º 229, II série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, n.º 153, II série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, n.º 28, II Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 mai. 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República, n.º 102, II Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (15 mar. 2016). Despacho n.º 3844-A/2016. *Diário da República, n.º 52, II série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Carta dos direitos do doente internado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 9/DGCG. 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC. 15/10/2007. Comissões de Controlo de Infecção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO. 31/03/2010. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD. 14/06/2010. Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Orientação n.º 008/2011 de 28/03/2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 029/2012. 2012-12-28 atualizada a 2013-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 029/2012. 29-12-2012 atualizada a 31-10-2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2013. 2013 10-03 atualizada a 2015-11-04. Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 002/2015. 23/10/2015. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 018/2015. 09-12-2014 atualizada a 27/04/2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015. 16-12-2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 021/2015. 16-12-2015 atualizada a 30/05/2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 019/2015. 15-12-2015 atualizada a 30-05-2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma n.º 001/2017. 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Norma nº015/2017. 13/07/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. PNCI, Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República nº 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República nº 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento nº 533/2014: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República nº 233, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento nº 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 123, II Série*.
- Reardon, D., Anger, K. & Szumiya, P. (2015). Pathophysiology, assessment, and management of pain in critically ill adults. *Am J Health-Syst Pharm*, 72 (18). 1531-1543.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), p. 31-46.
- Sá, M.J. (2009). AVC- Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 6, p. 12-19.

Sachetti, A, Rech, V., Dias, A.S., Fontana, C., Barbosa, G.L., Schlichting, D. (2014). Adesão às medidas de um *bundle* para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*.26(4), p.355-359.

Santos, F.D.A. (2012). *Comunicação com o doente crítico – Promoção para uma prática especializada*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Santos, J. (2017). *Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*. Funchal: Hospital Central do Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Informação de saúde. Indicadores de cuidados hospitalares*. Retrieved from <https://www.sesaram.pt/infosaude/index.php/aceso-a-saude/indicadores#Urgencia>.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d.a). *Visão e missão*. Retrieved from: https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=700&Itemid=322.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d.b). *Missão*. Retrieved from https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=170.

Serviço Regional de Proteção Civil Madeira. (2015) *Plano regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira*. Retrieved from https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf.

Serviço Regional de Proteção Civil Madeira. (n.d.). *Emergência médica*. Retrieved from <https://www.procivmadeira.pt/pt/emergencia-medica.html>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Song, D.H. (2015). *Cirurgia plástica. extremidades inferiores, tronco e queimaduras*. (3^o Edi.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Soreide, K. (2009). Epidemiology of major trauma. *Br J Surg*. 96(7), p. 697-698.

Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J.S. (2012). Dor torácica. In Ponce, P. (Coordenador). *Manual de urgências e emergências* (p. 23-29). Lisboa: LIDEL.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.

Vaz, M.F.G.P.P. (2011). *Tempos de actuação na via verde do AVC* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vidal, C.F.L. (2014). *Impacto da higiene oral com clorexidina com e sem escovação dental na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: estudo randomizado*. (Tese para obtenção de grau de Doutora em Medicina Tropical). Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Recife.

Vieira, E.J.M. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciência da Saúde, Lisboa.