

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
do extra ao intra-hospitalar**

Isaura Manuela Freitas Barbosa

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

**Funchal,
2024**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
do extra ao intra-hospitalar**

Isaura Manuela Freitas Barbosa

Orientador: Professor Abel Viveiros

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

**Funchal,
2024**

Ao meu avô Barbosa, por desde cedo inculcir-me a constante
procura pelo saber e conhecimento.

Aos meus pais, por me terem educado e transmitido valores que
me permitem ser a pessoa e profissional que sou hoje, sem vocês nada
era possível.

Às minhas filhas, Ariana e Alice, que possam seguir sempre os
vossos sonhos e objetivos!

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, e a todo o pessoal docente e não docente por estarem sempre disponíveis e presentes;

Ao professor Abel Viveiros, por todo o seu incentivo e orientação durante este processo, foi fundamental o seu apoio para a conclusão do mesmo;

Aos enfermeiros Miguel Rodrigues e Tiago Augusto e aos elementos das suas equipas pelo acolhimento e pela partilha de conhecimentos contante ao longo dos ensinamentos clínicos.

Aos meus colegas de equipa pela compreensão e pelo incentivo constante desde o princípio.

Aos meus colegas de mestrado, que sorte ter partilhado esta aventura com este grupo divertido e coeso!

À Maria João, rimos muito durante esta aventura, mas acima de tudo aprendemos muito, sou grata por ter partilhado estes momentos contigo. Ainda nos falta a viagem de finalistas!

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e deram tudo de si para que pudesse completar esta etapa académica, não teria conseguido sem a vossa ajuda!

Ao meu marido Luís pelo apoio logo desde o início, mesmo sem saber o que vinha por aí!

Às minhas filhas, a razão do meu ser, por terem abdicado do seu tempo comigo, para que pudesse completar as várias fases do mestrado. Tenho muito orgulho em vocês.

Chegar a este momento não seria possível sem o apoio, colaboração, dedicação e carinho das pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso. Agradeço a todos os que facilitaram o meu caminho e me permitiram chegar ao meu objetivo.

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do V Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny no ano letivo 2021/2022, com vista à sua apresentação e discussão pública para obtenção do grau de mestre.

Com este relatório intitulado “Cuidado de Enfermagem Especializado à Pessoa em Situação Crítica: do extra ao intra-hospitalar” pretendo demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC na área da pessoa em situação crítica e evidenciar as competências de análise crítico-reflexiva das situações de aprendizagem decorrentes das vivências nos diversos contextos com vista à obtenção do grau académico de mestre.

Para atingir os objetivos acima referidos o ensino clínico I – Urgência polivalente, foi creditado pelo Conselho Técnico-científico da escola após análise do portfólio apresentado sobre o percurso realizado ao longo da minha vida profissional; o Ensino Clínico II decorreu num Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente onde desenvolvi competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e o Estágio de opção clínica, foi realizado em contexto extra-hospitalar, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Todos os ensinamentos clínicos, mas em especial o de opção, permitiram adquirir conhecimentos e competências especializadas de modo a assegurar uma abordagem, célere, sistematizada e eficaz, da PSC.

A metodologia do presente relatório assentará numa análise descritiva, crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de acordo com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 respetivamente, inerentes à prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, com especial enfoque no cuidado ao doente em contexto extra e Intra hospitalar bem como do Decreto-Lei 65/2018 inerente as competências de Mestre, evidenciando a minha intervenção como futura Enfermeira Especialista e Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem especializada; Perfil de competências; Cuidados críticos;

ABSTRACT

This internship report is part of the 5th Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny in the 2021/2022 academic year, with a view to its presentation and public discussion to obtain the master's degree.

With this report entitled “Specialized Nursing Care for the Critically Ill Person: from out-of-hospital to in-hospital”, I intend to demonstrate the acquisition and development of the common and specific competences of the EEEMC in the area of the critically ill person and to show the competences of critical-reflective analysis of the learning situations arising from the experiences in the various contexts with a view to obtaining the academic degree of master.

In order to achieve the above-mentioned objectives, Clinical Teaching I - Multipurpose Emergency Department, was accredited by the school's Technical-Scientific Council after analysis of the portfolio presented on the path taken throughout my professional life; Clinical Teaching II took place in a Multipurpose Intensive Care Service where I developed skills in caring for people experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure and the Clinical Option Internship was carried out in an out-of-hospital context, at the National Institute of Medical Emergency (INEM).

All the clinical training courses, especially the option course, enabled me to acquire specialized knowledge and skills in order to ensure a swift, systematized and effective approach to CSP.

The methodology of this report will be based on a descriptive, critical-reflective analysis of the process of developing common and specific competences in accordance with Regulations no. 140/2019 and no. 429/2018 respectively, inherent to specialized practice in Medical-Surgical Nursing for the critically ill person, with a special focus on patient care in an extra- and intra-hospital context, as well as Decree-Law 65/2018 inherent to Master's competences, highlighting my intervention as a future Specialist Nurse and Master.

Keywords: Specialized nursing; Competence profile; Critical care;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABSC – ambulância de socorro

AEM – ambulância emergência médica

AVC – acidente vascular cerebral

BO – bloco operatório

BPS – behavioral pain scale

CAPIC – centro de apoio e intervenção em crise

CIAV – centro de informação antivenenos

CODU – centro de orientação de doentes urgentes

CS – centro de saúde

CVC – cateter venoso central

DAE – desfibrilhador automático externo

DGS – direção geral de saúde

DT – dreno torácico

EAM – enfarte agudo do miocárdio

EAP – edema agudo pulmão

ECD – exames complementares de diagnóstico

ECG - eletrocardiograma

EE – enfermeiro especialista

EEMC - enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica

EESMP - enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

EMC – enfermagem médico-cirúrgica

EMIR – equipa médica de intervenção rápida

FC- frequência cardíaca

HNM – hospital Dr Nélio Mendonça

HTA – hipertensão arterial

IACS – infeções associadas aos cuidados de saúde

INEM- instituto nacional de emergência médica

LA – linha arterial

MEM – motociclos de emergência médica

MEMC- mestrado em enfermagem médico-cirúrgica

MRMI®- Medical Response to Major Incidents

NAS - Nursing Activities Score

OE – ordem dos enfermeiros

OM – ordem dos médicos

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - paragem cardíaco-respiratória

PIC – pressão intracraniana

PMA – posto médico avançado

PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

PSC – pessoa em situação crítica

PVC – pressão venosa central

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS - Escala de Agitação-Sedação de Richmond

RMN – ressonância magnética

SAV – suporte avançado de vida

SBV – suporte básico de vida

SCE – sala de cuidados especiais

SE – sala de emergência

SEMER – serviço de emergência médica regional

SHEM – serviço de helitransporte de emergência médica

SIEM – serviço integrado de emergência médica

SIRS – síndrome de reposta inflamatória sistémica

SIV – suporte imediato de vida

SMI – serviço de medicina intensiva

SNA – serviço nacional de ambulâncias

SNS – serviço nacional de saúde

SO – sala de observações

SPCI – sociedade portuguesa de cuidados intensivos

SRPC – serviço regional de proteção civil

STAT – serviço de triagem e aconselhamento telefónico

SU – serviço de urgência

SUB – serviço de urgência básico

SUMC – serviço de urgência médico-cirúrgico

SUP – serviço de urgência polivalente

TA – tensão arterial

TEPH – técnico de emergência pré-hospitalar

TIP – transporte inter-hospitalar pediátrico

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

TM – triagem de Manchester

UCI – unidade de cuidados intensivos

UMIPE – unidade móvel de intervenção psicológica em emergência

VMER – viatura médica de emergência e reanimação

VMI – ventilação mecânica invasiva

VNI – ventilação não-invasiva

VV – via verde

VVA – via verde anafilaxia

VVAVC – via verde acidente vascular cerebral

VVC – via verde coronária

VVS – via verde da sépsis

VVT – via verde do trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR.	17
1.1. Enquadramento teórico	18
1.2 Contextualização dos diferentes locais da prática clínica	22
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	31
2.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas.....	32
2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	33
2.1.2. Domínio da Melhoria contínua dos cuidados.....	37
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	41
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	44
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica em contexto extra e intra-hospitalar.....	47
2.2.1. Cuida da Pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexos de doença crítica e ou/falência orgânica	47
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	60
2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em situação Crítica e/ou falência orgânica.	63
3. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	68
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

INTRODUÇÃO

A enfermagem existe já desde os primórdios dos tempos sob outras designações, sempre com o objetivo de cuidar dos doentes da melhor forma possível. Florence Nightingale vem transformar a enfermagem, pelo seu papel decisivo na guerra da Crimeia onde liderou uma equipa de enfermeiras e revolucionou os cuidados aos feridos ao priorizar a higiene, o saneamento e a organização hospitalar. Isto na altura permitiu a redução drástica da taxa de mortalidade no cenário de guerra. Nightingale também enfatizou a importância da educação formal para enfermeiras, estabelecendo altos padrões de competência e ética profissional. A sua abordagem centrada no paciente, levando em consideração não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e psicológicas, tornou-se um pilar na prática moderna da enfermagem (Wiggers e Donoso, 2020).

Com a evolução dos tempos e numa era em que o acesso à informação é cada vez mais facilitado à população, é imperativo garantir que a enfermagem, continue a prestar cuidados de excelência com uma prática baseada na mais recente evidência científica de modo a garantir a melhor resposta possível sempre que necessário.

Na área da saúde, os enfermeiros são tidos como o maior e mais importante dos recursos humanos das organizações de saúde. Por conseguinte, os princípios do profissionalismo sublinham que a qualidade da melhoria do sistema de cuidados de saúde é a responsabilidade ética e profissional de todos os enfermeiros, particularmente, implicando empenho na competência profissional, honestidade para com a pessoa cuidada e restantes elementos da equipa multiprofissional, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (El-Gazar e Zoromba, 2021). Este tem sido o lema orientador de todo o percurso profissional e como aspirante a enfermeira especialista na área de EMC. Além disso, tenho consciência que a competência profissional se traduz num julgamento e atos corretos em termos da utilização de conhecimentos, competências técnicas, raciocínio clínico, comunicação, sentimentos, valores e repensar a praxis diária, o que também requer uma reflexão constante na, sobre e para a ação (El-Gazar e Zoromba, 2021).

O propósito do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica é oferecer aos profissionais de enfermagem a oportunidade de se familiarizarem com os diferentes contextos na abordagem à Pessoa em Situação Crítica.

O presente relatório surge, precisamente no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, para a obtenção do grau de mestre de acordo com o plano de estudos do curso supramencionado. Com a elaboração deste Relatório pretendo demonstrar o percurso desenvolvido ao longo da minha prática profissional e dos Ensinos Clínicos, evidenciando as competências comuns e específicas desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. É meu objetivo também evidenciar as competências de análise crítico-reflexiva das situações de aprendizagem decorrentes das vivências nos diversos contextos com vista à obtenção do grau académico de mestre.

Este relatório encontra-se organizado em três grandes capítulos, sendo o primeiro relativo ao enquadramento conceptual/teórico. No segundo capítulo darei a conhecer a fundamentação da aquisição de competências comuns e específicas do especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico nos vários campos da prática clínica. No terceiro capítulo pretendo demonstrar o desenvolvimento de competências de mestre previstas no Regulamento do mestrado.

O presente relatório será redigido segundo as normas adotadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, baseadas nas normas APA 7ª edição.

1. CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, EM CONTEXTO EXTRA E INTRA-HOSPITALAR.

De acordo com a ordem dos Enfermeiros (OE), a Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento nº 429/2018, p.19362). Cuidar de pessoas nesta situação exige um nível de conhecimento elevado, bem como perícia e eficácia na atuação. A garantia da qualidade do cuidado nestas situações é incentivada através da formação contínua promovida pelas instituições e pelos próprios profissionais de forma autónoma.

O papel da enfermagem é crucial na prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica. De acordo com Carvalho (2020), os enfermeiros devem estar preparados para avaliar o paciente de forma abrangente e identificar rapidamente as alterações clínicas, bem como realizar intervenções terapêuticas eficazes.

As teorias de enfermagem são fundamentais na prática clínica pois fornecem uma estrutura sólida, orientando os profissionais sobre como abordar os desafios e metas em cuidados de saúde. Além disso, as teorias ajudam a direcionar as ações dos enfermeiros, proporcionando um caminho claro para a prestação de cuidados eficazes de alta qualidade.

Meleis (2010), enfatiza que o enfermeiro deve ser capaz de compreender e lidar com a complexidade da pessoa em situação crítica, que é um indivíduo em crise em múltiplos níveis. Esta teórica de enfermagem cujo trabalho tem sido fundamental para a compreensão do papel do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica defende que as pessoas/famílias que vivenciam um processo de doença atravessam um processo de transição de uma situação previamente estável para uma nova situação de estabilidade. Este processo altamente complexo é denominado Teoria das Transições de Meleis. As transições, centrais na enfermagem, são eventos de mudança na vida das pessoas que exigem adaptações. Meleis, identifica quatro tipos de transições: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Essas transições podem ocorrer simultaneamente e são influenciadas por fatores pessoais, sociais e ambientais. O enfermeiro tem um papel determinante promovendo e facilitando esta transição de modo que as pessoas/famílias consigam chegar à nova situação de estabilidade da melhor forma possível (Saraiva, 2019).

Em situações críticas uma atuação que adequa as necessidades do utente às competências dos enfermeiros é crucial, pois a PSC necessita de um cuidado célere e adequado dentro de um espaço temporal limitado. As vias verdes surgem com base na limitação temporal, permitindo um acesso mais rápido aos cuidados de saúde.

1.1. Enquadramento teórico

Sendo que qualquer patologia ou acontecimento pode evoluir para uma situação crítica, existem neste momento quatro situações instituídas a nível nacional que beneficiam o utente através de uma intervenção precoce e devidamente sistematizada, diminuindo a mortalidade e morbilidade a elas associados. São as chamadas vias verdes, cujo foco principal é a gestão e articulação da PSC nos diversos contextos de modo a assegurar o menor tempo possível entre a deteção da situação até ao tratamento adequado na unidade de saúde mais apropriada (GPT, 2011).

Em 2022, as doenças do aparelho circulatório representaram cerca de 26,6% dos óbitos em Portugal, seguido por mortes secundárias a tumores malignos com 22,6%. A taxa de mortalidade dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), constitui um total de 7,7% das mortes atingindo na sua maioria mulheres. A ativação da Via Verde do AVC ocorre se a pessoa apresentar pelo menos um dos três sinais focais da Escala de Cincinnati: diminuição da força num dos membros, desvio da comissura labial e alterações na fala. O protocolo também inclui os seguintes critérios: idade acima de 18 anos, sintomas iniciados há menos de 4,5 horas e ausência de dependência funcional significativa (DGS - Norma 015/2017).

Num estudo recente realizado por Barreira et al (2024), acerca da aplicação da via verde do AVC num hospital no norte do país, os autores concluíram que de um total de 252 doentes com ativação de VV AVC, apenas 52 realizaram fibrinólise dentro da janela de tempo estipulado, com melhorias significativas nas primeiras duas horas após o procedimento. Estes mesmos autores destacam a importância de reduzir o tempo entre a admissão da pessoa e o início da fibrinólise.

O SESARAM instituiu a VV AVC em fevereiro de 2010, sendo que no ano de 2022 foi ativada 244 vezes, um número que tem vindo a crescer nos últimos anos.

O INEM já colabora com a ativação precoce desta VV há alguns anos, sendo que em 2022 através da plataforma ITEAMS, foi possível efetuar registos em tempo real. Nesse ano o número de ativações da VV AVC pelo INEM foi de 6876, um aumento significativo face ao ano anterior, já o tempo médio desde o alerta até à chegada à unidade hospitalar foi inferior a 2h em 94% das ativações.

A nível regional o SEMER tem um protocolo instituído, sendo que a vítima de AVC é transportada diretamente para o SU. Cabe aos enfermeiros do STAT informar a equipa de triagem e ao médico da EMIR informar o médico de prevenção da unidade de AVC e o chefe de equipa do SU, de modo a agilizar o acesso ao tratamento o mais precocemente possível.

As doenças cardíacas isquémicas representam 5.5% dos óbitos em território nacional e o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) cerca de 3.1%, afetando sobretudo homens. A taxa de mortalidade nas patologias cardíacas é mais elevada nas faixas etárias inferiores a 55 anos (INE, 2024).

O tempo de ativação da suspeita de um possível evento coronários agudo ao acesso ao tratamento deve ser o mais curto possível. Daí a importância de ligar 112 e informar dos sinais e sintomas de modo a ser ativada uma equipa diferenciada. Está comprovado que o contacto com o 112 diminui o intervalo de tempo até ao início da avaliação, diagnóstico, terapêutica e agilização do transporte para a unidade hospitalar mais adequada (Ornelas et al 2023).

Habitualmente a dor do EAM é caracterizada como sensação de aperto, peso, pressão, esmagamento ou constrição, a nível retrosternal ou precordial com períodos de maior e menor intensidade (Bohula, 2019). O diagnóstico precoce deve ser também algo a ter em conta, e a equipa de emergência extra-hospitalar deve realizar o ECG num prazo de cerca de 10 minutos. Se isto não for possível o exame deve ser efetuado em ambiente intra-hospitalar. A avaliação médica inicial também não deve ser prolongada, e pretende definir a extensão da lesão, início de sintomas e risco de hemorragia, de modo a não atrasar a terapêutica de reperfusão.

A VVC é instituída no ano de 2010, e em 2022 foram ativadas a nível hospitalar 1837 suspeitas de síndrome coronário agudo, um número que tem vindo gradualmente a aumentar (SESARAM, 2022). Já o INEM nesse mesmo ano ativou 1556 VVC, de destacar que o INEM nas viaturas VMER e SIV tem capacidade diagnóstica através do ECG de 12 derivações. O tempo desde o alerta até chegada dos meios diferenciados ao local foi inferior a 2h em 87% das situações (INEM, 2022).

Relativamente ao SEMER, após o alerta inicial ter efetivado a VVC, o médico da EMIR é informado e toma a decisão de que procedimentos se seguirão. De alertar que as zonas da ilha onde se encontra a maioria da população é na zona sul, que fica a cerca de 20 minutos da unidade hospitalar, podendo não justificar este tempo a deslocação de um meio diferenciado para efetuar diagnóstico. Se não houverem sinais de instabilidade, a

ambulância, que não tem possibilidade de efetuar ECG, pode ser orientada para se dirigir à unidade de saúde mais próxima, onde aí sim será efetuado um diagnóstico precoce.

Segundo Parreira (2017), estima-se que cerca de cinco milhões de pessoas morram anualmente, vítimas de trauma. O número aumentará significativamente se forem abrangidas as vítimas que sofrem ferimentos graves e que ficam com sequelas profundas consequentes ao evento. Trauma é lesão ou ferida de maior ou menor dimensão, causada por um grande impacto, podendo ser este físico ou químico. Nestas situações há uma troca de energia entre o corpo humano e o meio ambiente, que resulta em consequências mais ou menos graves no organismo dependendo das forças cinéticas envolvida no impacto. Este mesmo autor defende que é possível prever os danos causados tendo em conta o mecanismo do trauma, também conhecido como mecanismo de lesão.

O trauma pode resultar de múltiplas causas, como por exemplo de acidentes rodoviários, incluindo atropelamentos e acidentes com bicicletas ou veículos motorizados, lesões autoinfligidas, violência interpessoal excluindo situações de guerra, quedas de alturas significativas, envenenamento, afogamento e incêndios (WHO, 2007).

De acordo com o relatório sobre segurança rodoviária, elaborado pelo tribunal de contas europeu (2024), em 2022 morreram nas estradas europeias cerca de a 20 640 pessoas, sendo o número de pessoas com ferimentos graves cinco vezes superior. Ainda assim de acordo com OMS, a união europeia apresenta uma taxa inferior aos restantes continentes. Torna-se difícil avaliar a realidade portuguesa, e a evolução ao logo dos anos, devido à falta de um registo nacional de trauma (DGS, 2022).

O trauma apresenta três picos de mortalidade. O primeiro ocorre nos primeiros segundos a minutos após o trauma, com poucas possibilidades de sobrevivência devido à gravidade das lesões. O segundo pico acontece após os primeiros minutos a horas após o trauma, sendo este período conhecido como a "hora de ouro" no atendimento ao politraumatizado. A sobrevivência nesta fase depende diretamente da rapidez e da qualidade do atendimento pré-hospitalar e hospitalar, bem como do tratamento definitivo prestado ao doente. O terceiro pico ocorre vários dias a semanas após o evento, geralmente devido a sépsis e/ou disfunção multiorgânica (Babu, 2023). A importância da relação entre o tempo e a sobrevivência das vítimas, foi um dos motivos que levou à criação da via verde do trauma (VVT) com o objetivo de evitar as mortes ocorridas durante a *golden hour*, permitindo uma articulação adequada entre o extra, intra e inter-hospitalar de modo a garantir uma maior probabilidade de sobrevivência das vítimas (DGS, 2022).

A VVT, foi a última a ser instituída no SESARAM em março de 2010 e tem apresentando uma tendência crescente nos últimos anos, sendo que em 2022, foram ativadas 580 VVT no SU.

O INEM em 2022 ativou 3043 VVT. Além do cuidado e estabilização a nível extra-hospitalar, esta instituição tem também a responsabilidade de encaminhar o politraumatizado ao centro de trauma adequado.

De acordo com a *World Sepsis Alliance* (2020), cerca de 47 a 50 milhões de pessoas são afetadas com sépsis anualmente, e destas, cerca de 11 milhões acaba por morrer, o que significa uma média de 1 morte a cada 2.8s. A sépsis é uma síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS) associada a infeção, caracterizada por febre ou hipotermia, frequência cardíaca superior a 100 bpm, frequência respiratória superior a 22 ciclos por minuto ou PaCO₂ inferior a 32 mmHg, e contagem de leucócitos anormal. A sépsis severa é identificada pela disfunção de pelo menos um órgão, e o choque séptico é marcado por hipotensão resistente ao tratamento com volume (Singer et al, 2016).

A abordagem *hour-1* da *surviving sepsis campaign* visa iniciar imediatamente o tratamento e as medidas de ressuscitação volémica, especialmente para doentes com hipotensão em Via Verde Sépsis (VVS). Esta prática recomenda que, após a identificação de sépsis e/ou choque séptico, sejam realizadas dentro de 1 hora as seguintes ações: monitorização dos níveis de lactato sérico, colheita de sangue para hemoculturas, preferencialmente antes da administração de antibióticos de largo espectro. (Evans et al, 2021). Intervenções rápidas e adequadas em antibioterapia e suporte hemodinâmico melhoram significativamente o prognóstico de doentes com sépsis grave e choque séptico, tornando essencial a implementação de mecanismos organizacionais para rápida identificação e tratamento (DGS, 2017).

A VVS pode ser ativada em qualquer fase do percurso dos doentes, seja a nível extra-hospitalar, no momento da triagem hospitalar ou durante a sua avaliação. O caso suspeito de VVS pressupõe existência de um critério de presunção de infeção (alteração da temperatura e a identificação de um possível foco) simultaneamente com pelo menos um critério associado a inflamação sistémica (por exemplo, alteração estado de consciência, FC>90) (DGS, 2017).

A VVS foi implementada no SESARAM em 2009 e, ao contrário das restantes vias verdes, tem vindo a apresentar uma tendência decrescente, com poucas ativações a nível da triagem do SU, com apenas 2 ativações no ano de 2022.

O INEM nesse mesmo ano, registou 564 ativações de VVS. Sendo a sépsis, caracterizada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção que causa disfunções orgânicas, é difícil de diagnosticar superficialmente, tornando a triagem e reconhecimento no SU um desafio (Dias, 2023).

As Vias Verdes em Portugal melhoraram significativamente a gestão de emergências médicas, como AVC e EAM. Elas sistematizam procedimentos e agilizam o encaminhamento, permitindo intervenções rápidas e coordenadas. Isso resultou em tempos de resposta mais curtos, aumento nos tratamentos oportunos e melhores taxas de sobrevivência e redução de sequelas.

De acordo com OCDE (2023) nos últimos dez anos, as taxas de mortalidade por causas tratáveis em Portugal não apenas se mantiveram abaixo da média da UE, como também diminuíram. Essas melhorias foram principalmente impulsionadas pela redução da mortalidade por AVC e doenças cardíacas isquémicas.

Posto isto, gostaria de destacar que, em todas as práticas clínicas, foram-me garantidas condições favoráveis para aprendizagem, tendo sido acompanhada por enfermeiros especialistas e peritos na sua área de intervenção, contribuindo, assim, para uma prática sustentada, que me permitiu desenvolver, aprofundar e aprimorar competências no cuidado especializado à PSC nos diferentes contextos onde efetuei as minhas práticas clínicas e que passarei a contextualizar no capítulo seguinte.

1.2 Contextualização dos diferentes locais da prática clínica

A transição de uma pessoa para uma situação crítica pode acontecer nos mais variados locais. Uma das grandes preocupações dos últimos anos foi precisamente garantir um cuidado célere e eficaz à PSC num dos locais com ambiente menos controlado, nomeadamente o extra-hospitalar. O socorro extra-hospitalar, remonta ao tempo de Napoleão em que, durante a guerra, eram prestados os cuidados essenciais aos soldados de modo a habilitá-los a regressar o mais precocemente possível ao campo de batalha (National Association of Emergency Medical Technicians, 2020).

A guerra do Vietnam e da Coreia, vieram evidenciar que cuidados prestados a vítimas retiradas precocemente do campo de batalha reduziam em cerca de 30% a mortalidade, quando comparadas com a Segunda guerra Mundial. Apesar disso é só no final da década de 60 nos Estados Unidos que é avaliada a necessidade da implementação de um socorro célere e adequado às vítimas de trauma por acidente rodoviário.

Em 1968 é instituído então o número nacional de emergência, 911, onde trabalhavam profissionais credenciados de modo a gerir e agilizar da melhor forma os cuidados de emergência (Silva et al, 2010). A partir desta altura começam a ser desenvolvidos vários projetos em diversos países, de modo a garantir o melhor atendimento possível, tendo chegado à conclusão de que uma abordagem sistematizada linear revelava uma diminuição do erro, e uma abordagem pré-hospitalar mais adequada.

Em Portugal, o primeiro passo para a implantação de um Serviço Integrado de Emergência Médica (SIEM) acontece em 1965 com a instituição do 115 como número nacional de socorro. Em 1971 é constituído o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), com o objetivo de coordenar e gerir todo o socorro pré-hospitalar. Portugal tem desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), do qual fazem parte várias organizações e estruturas com o objetivo principal de prestar assistência às pessoas vítimas de doença súbita garantindo estabilidade e segurança até à chegada a uma unidade hospitalar diferenciada. Cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) criado também no mesmo ano, a operacionalização do SIEM.

Em 1982, surge o Centro de informação Antivenenos (CIAV). O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), surge em 1987, o que permitiu um grande avanço permitindo uma triagem, e acionamento de meios adequados às ocorrências. Em 1988, começa a atuação médica no terreno com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM. Em 1989, criaram-se as Viaturas médicas de Emergência e Reanimação (VMER), permitindo uma maior qualidade e celeridade na assistência extra-hospitalar (INEM, 2013).

Em 1991, é criado o número europeu de emergência -112, garantindo desta forma, acesso gratuito aos serviços de emergência nos países da união Europeia. Em 1997, surge o serviço de helitransporte de emergência médica (SHEM) e em 2004, o Centro de apoio e Intervenção em Crise (CAPIC) com a sua própria unidade móvel de intervenção psicológica em emergência (UMIPE).

Neste mesmo ano entram em funcionamento os motociclos de emergência médica (MEM), que permitem uma maior mobilidade em centros urbanos, com capacidade para suporte básico de vida (SBV) e desfibrilhador automático externo (DAE).

Em 2007 as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV), tripuladas por um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) e um enfermeiro, assegurariam a estabilidade do doente até que este pudesse beneficiar de cuidados mais diferenciados. Alguns anos depois em 2010 assiste-se à criação do Serviço inter-hospitalar pediátrico (TIP) (INEM, 2013).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), até 1998, o socorro pré-hospitalar era garantido pelas corporações de bombeiros e o primeiro contacto com profissionais de saúde diferenciados acontecia, muitas vezes de uma forma tardia, nos Serviços de Atendimento Urgente (SAU) que, por sua vez, possuíam recursos limitados. Com a necessidade crescente de cuidados diferenciados de uma forma precoce, nesse mesmo ano é tomada a decisão de criar uma Equipa Médica de Emergência (EMIR) pelo governo regional da Madeira, com o objetivo de assegurar suporte avançado de vida nas localidades mais distantes. (Resolução 1163/98).

O Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), sediado no Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC), surge em 2006, na necessidade de coordenar e gerir todos os meios e organizações envolvidas na emergência extra-hospitalar, incluindo a equipa médica de intervenção rápida (EMIR). Na atualidade fazem parte do SEMER 16 médicos e 34 enfermeiros, distribuídos pela EMIR e Serviço de Triage e Aconselhamento Telefónico (STAT) que asseguram que as pessoas com necessidade de socorro possam beneficiar de uma resposta célere e adequada desde o alerta até à chegada ao serviço de urgência do hospital da ilha (SRPC-IPRAM, 2022).

A minha experiência no extra-hospitalar está relacionada com as funções que exerço como enfermeira no STAT desde a sua constituição em fevereiro de 2019. Considero importante a existência de uma triagem de situações desde o momento do alerta, de modo que os meios sejam ativados de forma célere e pertinente em tempo útil. Esta triagem, baseada em protocolos e algoritmos bem definidos permite um despiste mais rápido de situações emergentes, ativando de uma forma mais precoce meios diferenciados como a equipa EMIR para o local da ocorrência, o que antes acontecia muitas vezes após chegada das ambulâncias de socorro (ABSC) e equipa de bombeiros ao local.

A decisão de efetuar o estágio de opção clínica no INEM, foi precisamente para adquirir e aprofundar competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no extra hospitalar. O enfermeiro de emergência extra-hospitalar atua de forma sistematizada e possui um conhecimento vasto e detalhado com base em evidência científica. A continuidade da qualidade do cuidado nestes contextos é incentivada com formação contínua promovida pela instituição e pelos próprios de forma autónoma.

O Regulamento nº 226/2018 define enfermeiro de emergência extra-hospitalar como:

enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra -hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação

multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experimentar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional (p. 10761).

A atuação em meio extra-hospitalar implica muitas vezes a prestação de cuidados a doentes em situação crítica em ambientes adversos, pelo que a sistematização, a avaliação rápida e o estabelecimento de prioridades de atuação tornam-se essenciais neste contexto.

A importância da atuação do enfermeiro a nível do extra-hospitalar foi reconhecida pela OE que, em 2018, aprovou e validou a atribuição de competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar aos enfermeiros que comprovem serem detentores de conhecimentos e habilidades específicas nesta área de intervenção (OE, 2018).

No que concerne ao contexto de ensino clínico nos serviços de urgência, estes constituem a principal porta de entrada nos hospitais, e o lugar de eleição para estabilização do doente crítico. O despacho normativo nº11/2002, vem reorganizar e definir os serviços de urgência hospitalar como “serviços de ação médica hospitalar (...) multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência emergência médicas“ (despacho normativo n.º 11/2002 p.1865). Torna-se importante distinguir estes dois conceitos, sendo que numa emergência a pessoa apresenta risco iminente de vida, e numa situação de urgência não há risco imediato de vida, mas, se o motivo da urgência não for corrigido atempadamente pode evoluir para uma situação emergente (Ferreira et al, 2021).

A Rede nacional de Serviços de Urgência contempla 3 níveis dependendo das valências, recursos e resposta possível à população: Serviço de urgência Básico (SUB), habitualmente mais na periferia é o primeiro nível de estabilização inicial do doente crítico. Os SUB deverão possuir dois médicos e dois enfermeiros de serviço, e ter possibilidade de realizar meios complementares de diagnóstico simples como gasometria, ECG e RX simples. Tem ainda uma SIV afeta ao mesmo ativada pelo CODU;

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) o qual constitui o segundo nível de serviço de urgência, com um nível de assistência superior ao SUB. Serve assim de complemento aos cuidados prestados no SUB. Deve possuir especialidades como Medicina

Interna, Pediatria, Cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, Bloco operatório (BO), Imagiologia e Patologia clínica;

Serviço de urgência Polivalente (SUP) com o nível mais diferenciado, onde para além das valências presentes no SUMC deve possuir também, neurocirurgia, imagiologia com Angiografia Digital e RMN, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, pneumologia (com endoscopia), gastroenterologia (com endoscopia), cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina Intensiva (despacho n.º 10319 p. 20673).

O SU onde trabalho é, de acordo com estas orientações, um serviço de urgência polivalente. Existem no momento na ilha nove serviços de atendimento urgente (SAU) sediados nos Centros de saúde, no momento em funcionamento 24h/dia. De acordo com a ordem dos médicos (OM), este tipo de serviços não sendo um serviço de urgência, deve estar preparado para responder de forma adequada às situações que lá ocorrem. Deve ser constituído por médicos especialistas de medicina geral e familiar, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos e segurança em número suficiente face ao número de atendimentos (OM, 2017).

Os Serviço de Urgência (SU) continuam a apresentar desafios significativos devido às suas características únicas. Estão disponíveis 24 horas por dia, todos os dias do ano, e estão sujeitos a uma realidade em constante mudança, onde as situações ocorrem de forma rápida e imprevisível, exigindo uma grande capacidade de adaptação. Neste contexto complexo, é cada vez mais necessária uma resposta rápida, eficaz e baseada em evidências científicas. Face a estas dificuldades, foi constituído através do Despacho 696/2019, um grupo de trabalho com o objetivo de estudar o funcionamento dos SU, bem como oferecer propostas de modo a atenuar os problemas que os afetam.

O facto dos SU não funcionarem como um serviço de ação médica, ou seja, não possuírem equipas próprias, com formação adequada constitui um problema. O grupo de trabalho sugere a instituição da especialidade de Medicina de urgência emergência, a instituição de equipas próprias do serviço de urgência de modo a colmatar a dificuldade na gestão destes serviços. Adicionalmente, é frequente a utilização inadequada dos recursos nos SU de pessoas que não requerem cuidados médicos urgentes. Estes casos consomem recursos preciosos, desviando-os de doentes com necessidades mais graves e comprometendo o seu acesso a um tratamento rápido e seguro, enquanto aumentam o volume de trabalho dos profissionais de saúde. A solução para esta problemática, passaria por melhorar e divulgar o atendimento urgente nos cuidados de saúde primários, bem como

incentivar à utilização de linhas de saúde como o Serviço Nacional de Saúde 24 (SNS 24) para averiguar a gravidade da situação vivida e posterior encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada. Uma situação recorrente e que conseqüentemente consome parte significativa dos recursos humanos são os longos tempos de permanência dos doentes no SU. Estas situações podem ocorrer pelos mais variados motivos, como por exemplo a ausência de vagas nos serviços de internamento. De modo a colmatar estas situações deveria haver uma gestão de altas/vagas nos vários serviços de modo a garantir um número diário de vagas nos internamentos para os doentes provenientes do SU (GTSU, 2019).

No ano de 2022 o serviço de urgência de adultos do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) prestou assistência a cerca de 81.415 utentes, possuindo uma média diária de atendimentos de cerca de 223 pessoas. Verificou-se que tanto as situações emergentes, muito urgentes, e urgentes mantiveram a tendência do ano 2021, sendo registado um aumento de 2,5% no número de situações pouco e não urgentes que recorreram ao SUP (SESARAM, 2023).

O meu percurso profissional sempre contemplou o cuidado à pessoa em situação crítica. Os primeiros oito anos de profissão decorreram num SAU, onde pude prestar cuidados à PSC e acompanhar os utentes mais instáveis até ao SUP, assegurando um transporte rápido e seguro. Desde 2012 exerço funções num SUP, prestando cuidados à PSC nas mais variadas situações e assegurando um cuidado célere e eficiente de modo a garantir o melhor outcome possível. Ao longo de sua carreira profissional, o enfermeiro adquire competências técnico-científicas e habilidades relacionais que o capacitam a desempenhar sua função de maneira mais eficaz e eficiente. No modelo de aquisição de competências de Dreyfus, proposto por Benner (2001), o enfermeiro, devido à sua vasta experiência e conhecimento acumulado, possui habilidades que lhe permitem abordar intuitivamente os problemas, considerar alternativas e tomar decisões com mais confiança e segurança.

A crescente responsabilidade dos enfermeiros nas instituições de saúde e a importância da aquisição de competências específicas são fundamentais para garantir a qualidade e a segurança no exercício de sua profissão, capacitando-os a fornecer cuidados holísticos e diferenciados, especialmente em áreas de cuidados críticos. Patrícia Benner (2001), explica essencialmente que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (p. 23). Esta autora identifica e descreve no seu modelo de aquisição de competências, cinco graus diferentes, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Tendo em conta que exerço funções como enfermeira há 10 anos num SU polivalente, tenho uma

perceção do doente crítico, fruto das experiências que vivi e dos conhecimentos que adquiri, que me colocam agora num nível de competências próximo ao de enfermeira especialista na pessoa em situação crítica, ou, segundo níveis de competência definidos por Benner (2001) de proficiente, ou mesmo perita sendo que esta autora coloca no nível de proficiente a enfermeira que trabalha há pelo menos 5 anos com a mesma população de doentes.

Tendo em contra o exposto anteriormente, elaborei um relatório demonstrativo da aquisição de competências ao longo da minha prática profissional no Serviço de urgência Polivalente, e esta prática clínica foi creditada de acordo com o Regulamento de Creditação da Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, publicado em Diário da República, 2ª série-Nº112 de 12 de junho de 2019.

A fim de poder dar continuidade ao meu desenvolvimento de competências o curso de mestrado contempla igualmente uma prática clínica em ambiente de cuidados intensivos e neste entendimento passarei a caracterizar esse serviço

As UCI são relativamente recentes, remontam à década de 50, quando a epidemia da poliomielite levou à necessidade de fornecer suporte respiratório aos utentes com falência deste sistema. Em Portugal as primeiras UCI surgem no final dessa mesma década, marcando o início da especialização em medicina intensiva no país. Desde então, houve várias mudanças, incluindo a criação de normas reguladoras e documentos orientadores para a formação e desenvolvimento da medicina intensiva. Atualmente, algumas UCI evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva (SMI), ou seja, os profissionais deste serviço têm a responsabilidade de cuidar dos doentes críticos em todas as áreas do hospital, incluindo a sala de emergência, as unidades intensivas e intermédias, bem como nos internamentos. Isso é alcançado através da presença direta nas salas de emergência, das equipas de emergência interna e através da consultoria nos diferentes serviços hospitalares (RNEHR, 2017).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da norma para Cálculo de dotações seguras em enfermagem (OE, 2019), as UCI podem ser divididas em três grandes níveis, dependendo do nível de cuidados e monitorização disponibilizado ao utente.

- UCI nível I – dispões de monitorização não invasiva, com recurso a meios e equipamentos de modo a garantir manobras de reanimação. Este tipo de unidade pressupõe o rácio de 1 enfermeiro para três utentes de modo a garantir a segurança dos cuidados:
- UCI nível II – possibilidade de monitorização não invasiva com suporte vital, mas sem apoio permanente de determinadas especialidades cirúrgicas, como por exemplo

neurocirurgia, cirurgia vascular, entre outras. Nestas unidades o rácio de enfermeiros deverá ser de um enfermeiro para cada 2 utentes.

- UCI nível III – além de disporem de todos os recursos anteriormente citados, devem estar dotados de equipa própria, assistência por parte de um especialista em medicina intensiva assegurada durante 24h diária. Acesso a todos os meios de diagnóstico e tratamento disponíveis, devem ter implementadas medidas de controlo de qualidade e programas de ensino e treino na sua área específica, e assegura cuidados em todas as vertentes possíveis, denominada assim de polivalente. O rácio de enfermeiros nestas unidades deverá ser de um enfermeiro para cada utente.

É de realçar, que a ordem dos enfermeiros recomenda que 50% dos enfermeiros que prestam cuidados nestas unidades sejam especialistas em EMC na área da pessoa em situação Crítica.

Um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) deve possuir certas características em termos de estrutura física, equipamentos e recursos humanos. Relativamente à estrutura, é recomendado que o SMI esteja localizado próximo aos serviços de urgência e bloco operatório, com unidades de cuidados intermédios e pós-anestésicos próximas e em comunicação estreita. Quanto ao tamanho das unidades, é proposto um mínimo de 6 camas e um máximo de 12 a 16 camas, com a proporção de dois isolamentos para cada seis camas.

A vigilância centralizada é essencial, garantindo um espaço aberto para que os enfermeiros possam monitorizar os doentes, com postos de trabalho envidraçados de modo a permitir o contato visual sem comprometer o isolamento acústico. No que diz respeito aos equipamentos, é necessário que o SMI esteja equipado para responder às necessidades dos utentes, de acordo com seu nível de especialização.

Quanto aos recursos humanos, é fundamental que haja uma estruturação adequada dos sistemas de formação de profissionais de saúde que prestam cuidados nestes serviços, garantindo a disponibilidade de médicos qualificados e enfermeiros especializados.

A pandemia Covid 19, veio trazer um desafio maior a estes serviços. Por ser uma patologia do foro respiratório, com graves repercussões, foi necessário admitir um maior número de utentes, obrigando a uma reorganização dos serviços para poder dar uma resposta face às necessidades que se impunham, exigindo medidas extraordinárias de aumento de recursos que não eram sustentáveis a longo prazo (RNEHR, 2020).

Os serviços de Medicina Intensiva enfrentam desafios diários, como a escassez de camas relativamente à população, equipamentos e infraestrutura por vezes pouco adequados à realidade, a insuficiência de quartos adequados para isolamento, a carência de

profissionais médicos e de enfermagem, bem como a ausência de um sistema nacional integrado de registo clínico informatizado adaptado às necessidades da Medicina Intensiva (RNEHR, 2020).

O meu ensino clínico decorreu numa unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Trata-se de uma unidade de nível III, e dá resposta, na ilha, a todas as situações que impliquem potencial risco de vida, prevenindo, suportando e revertendo situações potencialmente fatais a doentes provenientes tanto do SU, como de outros serviços da unidade hospitalar. Os enfermeiros que exercem funções nestas unidades devem ser detentores de um conhecimento amplo, baseado em evidencia científica de modo a prestar cuidados eficazes e seguros.

Após esta caracterização dos contextos da prática clínica passarei no capítulo seguinte a fundamentar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC.

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

Durante a abordagem de uma pessoa em situação crítica é importante que os profissionais de saúde trabalhem em conjunto para fornecer cuidados holísticos e coordenados. De acordo com Sole et al (2021), os enfermeiros desempenham um papel crucial na avaliação, intervenção e monitorização contínua da pessoa em situação crítica. Estas pessoas podem necessitar de intervenções avançadas, tais como ventilação mecânica, sedação, nutrição entérica, entre outras. Estes mesmos autores defendem que os profissionais de saúde devem garantir a utilização de intervenções baseadas em evidência e adequadas às necessidades individuais da pessoa em situação crítica, a falha de um pequeno pormenor pode resultar em consequências graves ou até mesmo em morte.

Pretende-se que os profissionais de enfermagem desenvolvam competências específicas na área da pessoa em situação crítica de modo a garantir a segurança e assertividade dos cuidados. Os ensinamentos clínicos representam um marco essencial no processo da formação profissional, oferecendo uma oportunidade ímpar para a consolidação e aplicação dos conhecimentos teóricos num ambiente prático e realista. Neste contexto, a reflexão sobre as práticas adquire uma importância significativa, permitindo uma análise crítica das ações e intervenções promovendo uma compreensão mais profunda do papel e das responsabilidades inerentes à profissão (Fernandes et al., 2024).

O plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de enfermagem São José de Cluny, na área da pessoa em situação crítica, contempla três momentos de prática clínica, sendo que dois desses momentos devem ser obrigatoriamente realizados num Serviço de urgência Polivalente, e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. O terceiro ensino clínico, como complemento de todo o percurso formativo, deverá ir de encontro aos objetivos específicos de cada estudante de modo a consolidar a aquisição de competências específicas do cuidar a PSC (despacho 10960/2020). Passarei no capítulo seguinte a descrever os contextos da prática clínica que me permitiram desenvolver e aperfeiçoar competências especializadas em EMC na área da PSC.

2.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas

Amaral et al (2021), realçam que os enfermeiros, sendo profissionais que prestam cuidados de forma ativa diariamente, devem ser capazes de avaliar e entender as competências que lhe são imputadas de forma a promover um cuidado humanizado e atual à pessoa/ família a vivenciar um processo de doença.

Le Boterf (2005), entende como competência a junção de três dimensões, nomeadamente a dimensão pessoal, dimensão educacional e dimensão relacionada com experiência profissional. Um profissional competente consegue mobilizar todas estas dimensões e atuar de uma forma adequada e responsável em situações inovadoras integrando os seus conhecimentos justificando de forma pertinente a sua ação.

O perfil de competências em enfermagem surge inicialmente em 2003, com base no “*ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*”, orientando a formação e a autuação dos enfermeiros. As competências assentam os seus princípios na díade enfermeiro/utente, respeito da pessoa como um todo, na tomada de decisão fundamentada com base em evidencia científica, na prestação de cuidados individualizados com base no processo de enfermagem, salvaguardando a segurança do utente respeitando sempre o código deontológico profissional (Cantante et al, 2020).

O regulamento relativo às competências comuns do enfermeiro especialista foi inicialmente divulgado em 2011 e atualizado em 2019 no regulamento n.º 140/2019, definindo as mesmas 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. 4745).

O objetivo deste mestrado é precisamente dotar os seus formandos de competências recorrendo a todos os domínios do saber que lhes permitam atuar de forma adequada e consciente perante uma pessoa em situação crítica.

O processo de aquisição de competências em enfermagem em contextos de práticas clínicas é um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro deve estar preparado para responder às necessidades das pessoas e proporcionar um cuidado seguro e de qualidade. De acordo com o estudo de Araújo et al. (2023), a aquisição de competências em enfermagem é um processo que envolve a aquisição de conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e competências comportamentais.

Os conhecimentos teóricos são adquiridos durante a formação académica do enfermeiro, mas também podem ser obtidos por meio da formação contínua. As habilidades técnicas, por sua vez, são adquiridas através da prática clínica e da orientação de enfermeiros experientes. Já as competências comportamentais, como empatia, comunicação e trabalho em equipe, são desenvolvidas por meio da interação com os utentes e outros profissionais de saúde.

Para além das competências específicas de cada área de especialidade, a OE (2019) determina que todos os enfermeiros sejam detentores de um leque de competências comuns a todos os especialistas de modo a capacitá-los para uma atuação mais eficaz.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 o enfermeiro especialista é “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p. 4744). Estas competências estão divididas em 4 domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de competências nestes quatro domínios foi uma preocupação constante ao longo das práticas clínicas.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a OE defende que o enfermeiro deve ser detentor de um conhecimento profundo do código deontológico e dos valores éticos, de modo a assegurar uma prestação de cuidados centrada na pessoa, respeitando os seus direitos, privacidade e dignidade (OE, 2019).

Decorrente do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (onde se insere o Código Deontológico dos Enfermeiros) todos os enfermeiros em exercício da profissão têm direitos e deveres consagrados na Lei n.º 156/2015. Importa então referir que é da competência do enfermeiro a tomada de decisão, implicando esta uma abordagem sistémica e sistemática, onde o enfermeiro deve identificar as necessidades da pessoa individual ou do grupo, onde após a identificação da problemática, deve dirigir as intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, isto de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico (Lei n.º 156/2015).

De acordo com a OE (2015), a deontologia poderá ser definida como um conjunto de regras inerentes a uma determinada profissão que orientam para uma prática baseada nos

princípios morais e do direito. Este conjunto de regras não é estanque e deve ser adequado com o evoluir dos tempos, contribuindo para uma humanização de cuidados.

Cuidar de uma pessoa em situação crítica é um desafio constante. Quer seja no extra-hospitalar, no serviço de urgência ou cuidados intensivos os dilemas éticos surgem diariamente. Nunes (2015), no seu estudo sobre problemas éticos identificados por enfermeiros que lidam com PSC, concluiu que a tomada de decisão em momentos críticos é uma tarefa desafiadora, especialmente devido à pressão do tempo que muitas vezes impede uma análise mais aprofundada da situação. No entanto, apesar dessas dificuldades, é crucial que a intervenção do enfermeiro esteja sempre centrada no bem-estar da pessoa em questão. Isso significa que, mesmo diante de circunstâncias complexas e urgentes, o enfermeiro deve fazer o possível para garantir que as decisões tomadas estejam alinhadas com os melhores interesses e necessidades da PSC. Isso pode envolver avaliar rapidamente as opções disponíveis e agir com base nos princípios éticos da profissão, priorizando sempre a segurança e o conforto do paciente.

Durante prestação de cuidados diária num serviço de urgência polivalente, o respeito pelos direitos do utente, assegurando uma prática que respeite os princípios do código deontológico podem ser um desafio muito difícil de ultrapassar. Em corredores cheios de utentes que não se conseguem proteger de forma autónoma, cabe ao profissional de saúde que lhes presta cuidados assegurar a sua dignidade e privacidade recorrendo-se de todos os meios necessários para que isto aconteça.

Não são raras as vezes em que os utentes não são informados acerca de qual o percurso terapêutico que será tomado, e ao agilizar os procedimentos para tal, é muitas vezes o enfermeiro que se dá conta disso e é ele que dará as primeiras informações, dentro da sua área de atuação ao utente. Segundo a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde, os utentes têm o direito à informação sobre a sua situação e possibilidades de tratamento, bem como a ser informados acerca do possível prognóstico. Além disso, têm o direito de recusar a prestação de cuidados. O cuidado de informar que procedimentos serão efetuados, bem como benefícios ou riscos inerentes, deve ser uma prática diária, independentemente da complexidade do procedimento a ser realizado. O consentimento livre e esclarecido de acordo com a Norma n.º 015/2013, tem por base o princípio da autonomia e garante que a informação foi transmitida e recebida de forma eficaz, permitindo à pessoa uma tomada de decisão consciente. Esta mesma Norma, defende o consentimento presumido quando a pessoa está incapaz de dar o seu consentimento e não está legalmente representada no

momento. Em situações de *life-saving*, deve prevalecer o princípio da justiça e da beneficência em prol do utente através do consentimento presumido.

Durante a pandemia COVID 19, numa altura em que ainda eram obrigatórios os isolamentos de 2 semanas em unidades hoteleiras, dá entrada na sala de emergência, um cidadão de nacionalidade estrangeira, com cerca de 40 anos, que se auto-infligira com uma faca em ambos os pulsos, com intenção suicida. Apresentava hemorragia abundante e ativa de difícil controle. Na sala de emergência, permaneci apenas eu, um assistente operacional e um médico, sendo que os restantes elementos se encontravam no exterior da sala. Já tinham decidido que o senhor precisaria ir ao bloco operatório (BO) já que os cortes teriam atingido grandes vasos, mas todo o protocolo e circuitos necessários para uma pessoa em isolamento demorava algum tempo. Ninguém, explicou, entretanto, ao senhor que teria de ir ao bloco. Passados cerca de 30 minutos na sala de emergência, o senhor começou a apresentar alteração do estado de consciência com discurso confuso, pálido, suado, taquicárdico e hipotenso. A hemorragia, apesar dos esforços para a conter com compressão local e gelo mantinha-se ativa. Era evidente que o senhor estava a entrar em choque e teria de ir rapidamente para BO. Nessa altura, já sem tempo e condições para informar o senhor acerca do procedimento e riscos inerentes, assumiu-se o princípio da beneficência e consequentemente o consentimento presumido.

A tomada de decisão implica um conhecimento sobre o código deontológico e valores éticos. Decisões sobre procedimentos terapêuticos, ainda que interdependentes carecem de uma avaliação sobre os benefícios que os mesmos irão trazer aos utentes, sem causar demasiado traumatismo (princípio da beneficência/ não maleficência). A intervenção do enfermeiro é autónoma, e deve ser sempre acompanhada de um conhecimento vasto com base em evidência científica de modo a suportar as suas decisões na prática diária. De acordo com a alínea b) do artigo 100º da Lei n 156/2015 todas as ações tomadas ou delegadas pelo enfermeiro são da sua responsabilidade.

A nível do extra-hospitalar houve várias ocorrências em que a pessoa, após a chegada da SIV, recusou o transporte até à unidade de saúde, mesmo quando esclarecidos acerca da importância de o fazerem, mantinham a sua posição e a mesma era respeitada. Assinavam um documento a confirmar como estavam conscientes dos riscos que corriam ao recusar transporte até à unidade hospitalar e ficavam no domicílio.

A privacidade dos doentes é, sempre que possível, tida em conta no extra-hospitalar. Por exemplo, após uma avaliação sumária da vítima, a mesma é transportada para o interior da célula sanitária de modo a proceder à avaliação sem terceiros ao redor. Se for

uma situação de maior gravidade que não seja possível logo transportar a vítima, é solicitado espaço para a equipa poder trabalhar e o mínimo de pessoas necessárias no local.

No serviço de urgência, como já mencionei anteriormente, apesar da dificuldade em manter a privacidade dos doentes que se encontram muitas vezes em corredores, ou mesmo na sala de emergência procuramos sempre fechar a porta da sala, utilizar um biombo, levar o utente para uma sala mais reservada de modo a poder prestar cuidados com dignidade.

As passagens de turno no serviço de urgência pecam muito pela falta de um espaço privado para que o possamos fazer. Em determinadas salas a transmissão de dados é efetuada num espaço onde estão outros utentes, e muitas vezes familiares. É importante tomar medidas que minimizem este risco, como por exemplo afastar-se um pouco, falar num tom de voz mais baixo, mas da mesma forma garantir que as informações foram recebidas corretamente.

Em situações de PCR na Sala de Emergência, a decisão de parar manobras é também tomada em equipa multidisciplinar, levando em conta uma série de fatores, como o nível de dependência, os antecedentes pessoais, o nível de lesões que a pessoa apresenta. Uma vez que todos os elementos afetos à Sala de Emergência concordam com a suspensão das manobras, o médico declara o óbito e imediatamente a seguir é informada a família.

Na UCIP foram várias as situações em que as tomadas de decisão foram efetivadas. Nas situações em que os utentes se encontravam sob suporte ventilatório e sedo-analgésia, cabia às famílias a tomada de decisão sobre os procedimentos a serem efetuados. Uma das primeiras preocupações quando o utente chega a este serviço é precisamente os contactos dos familiares para que possam ser contactados em caso de necessidade.

Relativamente à privacidade dos utentes neste serviço, pude verificar que é uma preocupação constante. A passagem de turno tem lugar em dois momentos distintos, inicialmente ao centro com toda a equipa de enfermagem onde são passadas as informações essenciais, e seguidamente junto ao utente com o enfermeiro que ficará responsável por dar continuidade aos cuidados. No meu ponto de vista, e tendo em conta que o acesso a esta unidade é restrito aos profissionais que lá trabalham, a confidencialidade da informação transmitida é assegurada. O artigo 106º da Lei n.º 156/2015 defende que a informação acerca do processo terapêutico deve ser partilhada apenas com aqueles que estão envolvidos no mesmo.

2.1.2. Domínio da Melhoria contínua dos cuidados

Conforme o regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve integrar e colaborar com a instituição para incrementar cada vez mais práticas de qualidade.

Cada vez mais se assiste a uma população mais empoderada e, para fazer face a isso, cada vez mais se exigem cuidados diferenciados e com qualidade. De acordo com o despacho n.º 9390/2021 “(...) o SNS (...) deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade (...)”. Assim surge o Plano Nacional da Segurança do Doente que tem como objetivo

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. (p.98)

O plano em vigor na atualidade (2021-2026), vem dar continuidade ao anterior (2015-2020) com resultados positivos a nível da identificação inequívoca do doente, cirurgia segura, prevenção de quedas, de úlceras por pressão, segurança na medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde, entre outros. O plano assenta em 5 pilares fundamentais: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; Práticas seguras em ambientes seguros.

O reconhecimento da qualidade dos cuidados de saúde no SNS representa uma prioridade do Ministério da Saúde. O programa de acreditação tem como objetivo garantir a qualidade dos cuidados em saúde, bem como a segurança dos cidadãos e assegurar o desenvolvimento de boas práticas profissionais. A acreditação tem por base a segurança do doente, a satisfação do mesmo e o desempenho da unidade. Os profissionais de saúde são reconhecidos como indivíduos responsáveis pela prestação de cuidados de qualidade, sendo a sua participação fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Para isso, a DGS estabeleceu um conjunto de padrões de qualidade com base nos quais as instituições de saúde são avaliadas, visando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n. 69/2009, adotou o Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) como modelo de certificação para as Instituições do SNS, por ir de encontro aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em

Saúde, sendo que, o processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS (DGS, 2022).

Já em 2001, a OE definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com base em seis enunciados que podem ser utilizados para refletir o cuidado de enfermagem: cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE 2001).

A OE tem revelado constante preocupação no que respeita à qualidade e segurança dos cuidados. O regulamento n.º 743/2019, para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem defende que “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade nos cuidados de saúde (...)” (p.128).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE no regulamento n.º 361/2015, definiu também padrões de qualidade na prestação de cuidados à PSC. Estes padrões com base nos já descritos anteriormente com o acréscimo de um novo enunciado específico para a PSC que é a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), foram definidos tendo em conta as particularidades da PSC. Estes padrões de qualidade patentearam a minha atuação enquanto futura EE.

Durante o período formativo, tive a oportunidade de colaborar com o processo de acreditação do SEMER, estando presente no dia das auditorias presenciais e colaborando como operacional. Foi possível ter noção de todos os aspetos a ter em conta referentes à qualidade dos cuidados prestados, como por exemplo, regime de proteção e confidencialidade dos dados, instrumentos de avaliação de risco, alternativas de registo em caso de falha informática, grau de satisfação dos utentes bem como dos operacionais do SEMER entre outros. Foi muito elucidativo no que respeita aos padrões de qualidade exigidos pela DGS. O SEMER foi certificado pela DGS, com classificação de “Bom” a 25 de janeiro de 2023.

A avaliação da satisfação do cliente é um dos fatores de maior relevância, mas também de maior dificuldade. O enfermeiro deve estar consciente que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças(..)” (OE, 2012, p. 13).

Loureiro e Charepe (2018), numa revisão de literatura relacionada com o grau de satisfação dos utentes relacionados com os cuidados de enfermagem, conseguiram distinguir três atributos com relação direta na qualidade dos cuidados prestados. O domínio profissional, pessoal e ambiental. No que respeita ao domínio profissional, está implícita a

execução de procedimentos, a disponibilidade, os ensinamentos e a comunicação com a pessoa/família, no domínio pessoal são avaliadas a honestidade, preocupação e suporte afetivo demonstrado, no domínio ambiental a relação com a equipa multidisciplinar e com a pessoa/família. Estes atributos têm impacto direto na satisfação do utente alvo dos cuidados de enfermagem.

A necessidade de individualizar, humanizando desta forma os cuidados é uma constante na prática de enfermagem, tendo sempre presente que segurança no cuidado equivale à qualidade do mesmo. Durante as práticas clínicas a segurança no cuidar foi uma constante. A identificação inequívoca do doente é um dos pilares dos cuidados seguros. Garantir o acesso a toda a informação prévia do utente nomeadamente antecedentes, alergias e do mesmo modo garantir que o tratamento correto é efetuado ao doente correto. Durante o estágio na SIV foi possível verificar que após uma avaliação inicial é solicitado o cartão de cidadão do utente. Assim que os dados são inseridos na plataforma TEAMS temos acesso a todo o historial do doente a nível extra-hospitalar, a medicação habitual e alergias conhecidas.

Através do Despacho 696/2019 foi criado um Grupo de Trabalho de Serviços de Urgência, formado por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de avaliar e propor estratégias para uma melhoria da qualidade da prestação de cuidados neste serviço. Nesse mesmo ano constam no relatório várias problemáticas que ainda nos dias de hoje se verificam.

Relativamente ao SU onde exerço funções, a grande afluência de utentes, sendo uma parte significativa situações pouco ou nada urgentes, causam congestionamentos nas várias áreas, aumentam o tempo de atendimento, aumentam o volume de trabalho dos vários profissionais o que causa um impacto direto, muitas vezes negativo, no grau de satisfação dos utentes.

“A permanência dos doentes internados no SU, reduz a qualidade da prestação dos cuidados e aumenta o risco de infeção nosocomial” (GT-SU, 2019 p. 25). O grande volume de utentes internados a aguardarem vagas nos vários serviços no SU, também sobrecarregam os profissionais que lá trabalham que têm de gerir a sua atuação de modo a prestarem cuidados tanto a estes utentes como aos que acorrem em situações urgentes.

Não obstante, considero que muitas das práticas instituídas no SU tentam ir de encontro aos objetivos de um cuidado de qualidade. Por exemplo, no internamento de curta duração no SU, na maior parte das vezes, são respeitadas as dotações seguras emanadas pela

OE em 2019. A identificação inequívoca do utente é assegurada na triagem, os circuitos de tratamento de resíduos, bem como os procedimentos de limpeza dos espaços são respeitados.

Na UCIP a organização é muito evidente, cada profissional tem bem definidas as suas funções e responsabilidades. Estão definidos circuitos e procedimentos para a gestão dos resíduos hospitalares, e prevenção da IACS. Existem elos de ligação devidamente identificados que articulam na instituição os mais variados projetos, de modo a manter sempre primazia no cuidado. Existem vários protocolos que sustentam muitas vezes a atuação perante o doente crítico. A integração de novos profissionais também está devidamente regulamentada. Durante o ensino clínico vários enfermeiros estavam a fazer a sua integração neste serviço.

Na UCIP a monitorização do risco de queda e do risco de úlceras por pressão são efetuados de acordo com escala de Morse e Braden, respetivamente implementando medidas que minimizem esses riscos no serviço. No INEM e no SU estas não são monitorizadas, por haver um tempo de contacto limitado.

Pimenta et al (2015), defendem que a utilização de protocolos tende a melhorar o atendimento, reduz a diversidade de procedimentos, estabelece um nível de cooperação entre a equipa de trabalho e minimiza o erro pois são sustentados em forte evidência científica. A mesma autora enfatiza que “a existência de protocolo não anula a autonomia profissional” (p.10). Tanto no SU, como no SEMER, locais onde exerço a minha atividade profissional, como no INEM e UCIP onde realizei as minhas práticas clínicas durante esta formação, existem protocolos implementados que ajudam a uma intervenção precoce e eficaz perante a PSC.

As triagens telefónicas realizadas no SEMER são baseadas em algoritmos bem definidos, que permitem despistar se a situação é emergente (P1), urgente (P2), pouco urgente (P3) ou nada urgente (P4). Dependendo do nível de prioridade são ativados os meios indicados para o local, no caso de uma ocorrência P1, EMIR e ABSC, num P2, uma ABSC no tempo máximo de dez minutos, e no caso do P3 e P4 situações que podem aguardar até 60 min ou mais. Estes algoritmos foram criados por um grupo de trabalho constituído por EEMC, EE Saúde Infantil pediátrica e peritos com experiência de triagem de Manchester, tendo em conta as características e necessidades da população madeirense.

Na SIV toda a intervenção do enfermeiro assenta em protocolos, podendo estes ser ajustados através do contacto telefónico e após validação do médico regulador.

No SU, temos protocoladas as vias verdes, de acordo com normas da DGS, e ajustadas à realidade da instituição. Nesta data existem cinco vias verdes em vigor no SU,

ativadas habitualmente na triagem, realçando que a ativação/desativação das mesmas pode ser realizada em qualquer momento desde a admissão do utente no SU.

Na UCIP, são vários os protocolos em vigor, podendo ser consultados em todos os computadores, como por exemplo, protocolo de insulina, protocolo de noradrenalina, entre outros.

O conhecimento profundo, a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos foi uma preocupação constante ao longo da formação. A validação da medicação, da identificação do utente que iria receber o tratamento, formas de diluição, tempo de estabilidade, efeitos esperados e adversos da terapêutica são uma constante em todas as fases/contextos do cuidado à PSC, garantindo assim a segurança durante o tratamento, contribuindo para um aumento do nível de satisfação PSC/família.

Em todos os serviços pude verificar a existência de uma plataforma, onde se podem registar os vários riscos detetados durante o período laboral, seja clínico ou não clínico, possibilitando assim ao grupo de gestão de risco da instituição, uma intervenção promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Em toda a atuação do enfermeiro, desde a priorização correta da sua intervenção, a reposição e verificação das unidades no início e final do turno de modo que esteja sempre preparada para qualquer eventualidade, está implícita a gestão do cuidado.

Na UCIP o método de trabalho é por enfermeiro responsável, ou seja, um enfermeiro é responsável por um doente desde a sua admissão até à alta, orientando e planificando cuidados de acordo com processo de enfermagem de modo a conseguir o melhor outcome possível para o utente. A gestão dos cuidados de enfermagem, passa, pela elaboração de um plano de cuidados individualizado, tendo em conta os focos, diagnósticos e respetivas ações e intervenções de modo a resolver/melhorar ou prevenir os problemas atuais ou potenciais do utente. Manthey citado por Silva (2017), defende que o método de trabalho por enfermeiro responsável possibilita uma maior proximidade na tríade enfermeiro/pessoa/família contribuindo para uma maior humanização dos cuidados.

Na UCIP a atribuição dos doentes é feita em cada turno de acordo com o sistema de classificação de doentes. A aplicação da escala *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) tem o objetivo de quantificar, baseado nas necessidades individuais do utente, o tempo necessário para a prestação de cuidados de enfermagem. Tive a oportunidade de colaborar na aplicação da escala TISS-28, com o responsável de turno. Conceição (2016)

citando Carmona-Monge et al (2013), explica que a escala TISS-28 apenas quantifica cerca de 48% dos cuidados de enfermagem prestados, direcionando a intervenção de enfermagem para os cuidados clínicos. Esta mesma autora defende que a escala *Nursing Activities Score* (NAS), foca-se no doente como um todo, valorizando e conseqüentemente quantificando outras necessidades da pessoa, como por exemplo o tempo despendido com cuidados aos familiares. Desta forma, de acordo com Conceição (2016), a aplicação correta da escala NAS traduz cerca de 81%, dos cuidados de enfermagem efetivamente prestados numa UCI. Recentemente a UCIP onde efetuei o meu ensino clínico, adotou a aplicação da escala NAS ao invés da TISS-28 tendo em conta fatores como os acima descritos.

No SU, por ser um serviço com características peculiares, o método de trabalho utilizado é o método individual. O enfermeiro é responsável pelos cuidados a um determinado número de doentes na área/sala onde estão alocados. De acordo com Silva (2017), este método de trabalho possibilita a personalização dos cuidados de um utente, já que os cuidados estão centrados na mesma pessoa durante o turno. Já como desvantagem este mesmo autor citando Kron e Gray (1994), refere que os cuidados não são similares nos turnos seguintes, apontando como motivos a inexistência de planos de cuidados, gestão personalizada dos cuidados diferentes entre enfermeiros e muitas vezes devido ao elevado número de utentes atribuídos ao mesmo enfermeiro, que faz o melhor por gerir o tempo que se torna escasso.

De acordo com o regulamento n.º 743/2019, o rácio numa UCIP nível III seria de um enfermeiro por doente. Devido à escassez de profissionais, e ao grande volume de trabalho nestes serviços, fomentado também pela pandemia Covid 19, verifiquei que foram poucas as vezes que tal sucedeu, sendo o mais frequente dois utentes para cada enfermeiro. Os pedidos de material, arrumação e verificação dos prazos de validade são da responsabilidade do chefe do serviço, ou o seu substituto na sua ausência.

No regulamento supracitado a OE recomenda que cerca de 50% dos enfermeiros que exercem funções no SUP e na UCIP devem ser EEMC preferencialmente na área da PSC. Apesar de este número estar ainda longe do ideal, a maioria dos EE destes serviços, orientaram a sua formação para a área da enfermagem médico-cirúrgica.

No SU, os EEMC, prestam cuidados nas áreas onde estão alocados os doentes potencialmente mais críticos, como a Sala de Observação (SO) e a Sala de Cuidados Especiais (SCE). Na sala de emergência, o elemento que lidera e orienta a equipa de enfermagem na sala é o EEMC. Nem todos os responsáveis de equipa, tanto na UCIP como

no SU, possuem a sua área de especialização na enfermagem médico-cirúrgica, indo contra o parecer n.º 20/2015 da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC.

Costa (2022), citando o Grupo Português de Triagem (2010), salienta que: “embora a finalidade da formação inicial em TM seja habilitar todos os enfermeiros para realizar triagem, de facto, esta só por si não basta, pois, a experiência, conhecimento, intuição e tomada de decisão são qualidades importantes para sua correta concretização” (p.2).

De acordo com o regulamento nº 743/2019 a OE recomenda que um dos elementos triadores de um SUP seja EEMC preferencialmente na área da PSC, pois possuem o conhecimento e as competências para detetar situações de potencial instabilidade, atribuindo uma triagem adequada à situação. No SU onde exerço funções, quem faz triagem são enfermeiros com Curso de Triagem de Manchester e não EEMC, justificado pela escassez de profissionais diferenciados nesta área, com necessidade de os alocar noutras zonas onde são necessários cuidados de maior complexidade.

Já no INEM as triagens telefónicas são efetuadas por técnicos, com formação de TEPH, seguindo um protocolo fechado no sistema TETRICOSY®. As triagens efetuadas pelo CODU, por serem limitadas, fechadas e efetuadas por profissionais com formação limitada são suscetíveis de erro. Durante a minha prática clínica na SIV, fomos ativados muitas vezes para socorrer pessoas inconscientes, que, entretanto, já tinham recuperado a consciência e acabaram por recusar transporte até à unidade hospitalar. Simultaneamente, uma ambulância de emergência médica (AEM), tripulada por dois TEPH, era ativada por exemplo para uma intoxicação medicamentosa. Um outro exemplo foi uma ativação para uma paragem cardio-respiratória (PCR) numa rapariga de 20 anos, com trissomia XXI. À nossa chegada a pessoa não possuía qualquer alteração genética e encontrava-se consciente, tendo efetivamente existido uma perda de consciência. Fazendo um paralelo com o SEMER, nomeadamente o STAT, quem faz a triagem, são na sua maioria enfermeiros especialistas, e os que não são especialistas possuem uma vasta experiência no cuidado à PSC. Durante o alerta inicial, são efetuadas uma série de perguntas que permitem perceber melhor a situação, priorizando o socorro, com ativação da EMIR para as situações verdadeiramente urgentes, orientando, quem liga 112, para uma atitude proativa até à chegada dos meios diferenciados. Assim há uma maior probabilidade de ativar o meio certo na hora certa, diminuindo a ativação de meios diferenciados para situações menos urgentes.

Uma outra vertente do STAT, é o *call-back*, uma chamada efetuada para a pessoa que solicita ajuda, após um aconselhamento efetuado. Esta chamada permite fazer acompanhamento de situações, retriando se necessário para uma prioridade inferior ou

superior. Com esta intervenção muitas vezes é evitada a deslocação desnecessária de pessoas até ao SU.

Na SIV é feito um planeamento diário de revisão das várias malas, e da célula sanitária, de modo a verificar se o material se encontra repostado e dentro dos prazos de validade. Cabe a cada enfermeiro que inicia o seu turno na SIV, a verificação do correto funcionamento dos equipamentos, a contabilização da medicação e estupefacientes de modo a garantir segurança no socorro durante o turno.

O transporte do doente crítico deve ser bem planeado, tendo em conta que deve ser assegurado um nível de cuidados igual ao do serviço, garantindo estabilidade da pessoa, prevenindo possíveis complicações de modo a prevenir e garantir uma correta atuação caso estas surjam. Ferreira et al (2020), concluíram que o enfermeiro responsável pelo transporte do doente crítico apresenta um elevado nível de responsabilidade, sendo que a preocupação com a gestão terapêutica é uma das que mais preocupa. Estes autores defendem que “o planeamento, a organização e a formação dos profissionais são cruciais para uma atuação atempada e preventiva, evitando complicações e imprevistos” (p. 37).

A gestão dos cuidados de enfermagem enfrenta diariamente uma série de obstáculos e barreiras perante as quais devem ser adotadas estratégias para ultrapassar. A tomada de decisão, para uma correta priorização e adequação de cuidados, envolve várias competências.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais de enfermagem é crucial para garantir a excelência e segurança no cuidado ao utente. A aprendizagem contínua é fundamental para manter uma atuação adequada em ambientes dinâmicos e em constante mudança.

De acordo com a Lei nº 111/2009, de 16 de setembro, que regula o exercício da atividade de enfermagem em Portugal, é dever dos profissionais de enfermagem manterem-se atualizados e desenvolver competências para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Isso significa que, para atender às exigências da assistência em saúde, os profissionais de enfermagem precisam estar em constante desenvolvimento e atualização de competências e conhecimentos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2020), a formação contínua é uma necessidade constante na vida profissional de um enfermeiro, sendo fundamental para

manter a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e para atualizar conhecimentos e competências.

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial no desenvolvimento das aprendizagens profissionais dos enfermeiros, contribuindo para o aprimoramento da qualidade dos cuidados de saúde. Conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve ser detentor de um elevado nível de autoconhecimento, reconhecendo as suas capacidades e limitações, procurando sempre basear a sua prática na evidência científica, prestando desta forma cuidados de qualidade.

O meu ingresso neste mestrado surge com base neste autoconhecimento e reconhecimento de limitações e necessidades, de forma a proporcionar um cuidado de excelência. Esta formação representa o culminar de uma série de necessidades pessoais, colmatadas ao longo dos 20 anos de prática clínica, com vários cursos, uma pós-graduação e várias formações maioritariamente dirigidos para a urgência/emergência e consequentemente no cuidado dirigido à pessoa em situação crítica.

Ao longo de todo este processo formativo, foram muitos os conhecimentos adquiridos, e a sua partilha com os pares no local de trabalho tem-se revelado frutífera. O enfermeiro especialista pode desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, compartilhando a sua experiência e conhecimento com outros enfermeiros. Além disso, pode também atuar como formador, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas em enfermeiros em formação (Ornellas e Monteiro, 2023).

A Triagem telefónica do SEMER, tem por base fluxogramas contruídos de raiz por profissionais com vasta experiência em urgência e emergência. Faço parte do grupo de cinco enfermeiros que colaborou na realização dos atuais fluxogramas contribuindo com a minha experiência e conhecimento para uma triagem mais assertiva e eficaz. Tal como o panorama da saúde em geral, que implica uma constante atualização, apesar de recentes, os fluxogramas atuais carecem de uma revisão e atualização, atividade prevista ainda para o ano de 2023/2024.

No decorrer do ensino Clínico II, tive a oportunidade de realizar um estudo de caso. O estudo de caso em enfermagem é uma metodologia científica amplamente utilizada na área da saúde para compreender a complexidade dos fenómenos clínicos e suas implicações para o cuidado do cliente. Segundo Figueiredo e Amendoeira (2018), o estudo de caso é uma abordagem qualitativa que permite uma investigação aprofundada de um caso específico, usando múltiplas fontes de dados para desenvolver uma compreensão profunda do tema

estudado. A aplicação rigorosa da metodologia de estudo de caso em enfermagem contribui para uma melhoria da prática clínica e facilita o processo de tomada de decisão em saúde.

Neste domínio, destaco ainda a realização de um webinar, durante o Estágio de opção clínica, realizado no INEM. Os webinars são ferramentas educacionais cada vez mais utilizadas em enfermagem para promover a aprendizagem e o desenvolvimento profissional. De acordo com a *American Nurses Association* (ANA, 2021), os webinars fornecem oportunidades únicas para os enfermeiros adquirirem conhecimentos atualizados e trocarem informações com colegas e especialistas em enfermagem. Além disso, um estudo recente realizado por Luo et al. (2021) apontou que os webinars podem ser uma forma eficaz de formação contínua para enfermeiros, permitindo uma maior acessibilidade e flexibilidade na aprendizagem.

Para a realização desta formação, foi realizado, junto dos enfermeiros da SIV um levantamento das necessidades formativas. Desta forma, surgiram três grandes sugestões: Hipotermia induzida no extra-hospitalar nas SIV das periferias; Utilização do ácido tranexâmico em ambiente extra-hospitalar; Atualização do protocolo das disritmias, nomeadamente na utilização da adenosina.

Fizemos uma reflexão com o enfermeiro orientador, e tendo em conta que os protocolos atualmente em vigor estão a ser revistos e atualizados, optamos, em conjunto, por rever e fazer uma sugestão de atualização do protocolo das disritmias de modo a poder contribuir para uma melhor prestação de cuidados a nível extra-hospitalar.

Durante os meses de estágio foi realizada uma revisão bibliográfica nas mais variadas bases de dados científicas, e elaboramos um trabalho escrito baseado na evidência encontrada que fundamentou o protocolo sugerido. O trabalho foi acompanhado e validado por professores da ESESJC, e do enfermeiro orientador do INEM. (Apêndice A e B)

O Webinar teve lugar no dia 25 de maio de 2022 e contou com a participação de cerca de 70 enfermeiros, tendo recebido críticas e construtivas, abrindo caminho para novas possibilidades de atuação no âmbito das disritmias por parte dos enfermeiros daquela instituição.

Tendo em conta a análise crítico-reflexiva efetuada neste capítulo, considero que foi possível atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, servindo as mesmas de suporte para toda o percurso de aquisição de competências específicas inerentes à especificidade do cuidado à pessoa em situação crítica.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica em contexto extra e intra-hospitalar.

As competências específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica são de extrema importância para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança das pessoas em estado grave. Essas competências incluem habilidades em tomada de decisões clínicas, liderança, avaliação e diagnóstico, intervenção e monitorização, além de um conhecimento aprofundado em fisiologia e patologia. Estudos têm demonstrado que o desenvolvimento dessas competências específicas tem um impacto significativo, incluindo redução da mortalidade e do tempo de internamento (Lopes et al, 2018).

A OE, visando qualificar e dotar os seus profissionais de competências que permitam uma atuação de excelência, define no Regulamento nº 429/2018, competências específicas em quatro áreas de atuação na área da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, entre elas a enfermagem na área da pessoa em situação crítica, definindo nesta vertente três grandes competências: Cuida da Pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexo de doença crítica e ou/falência orgânica; Dinamiza a reposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de reposta em tempo útil e adequadas.

Em seguida será efetuada uma análise crítico-reflexiva de cada uma das três competências supracitadas, tendo por base todo o percurso efetuado, bem como a experiência profissional adquirida.

2.2.1. Cuida da Pessoa, família/cuidador a vivenciar processo complexo de doença crítica e ou/falência orgânica

O cuidado à pessoa em situação crítica é um desafio para os enfermeiros, pois exige uma atuação rápida e eficaz, além de um cuidado integral e holístico. Conforme destacado por Souza et al (2022), o enfermeiro deve estar preparado para lidar com diferentes situações e tomar decisões em tempo útil, garantindo a segurança e a qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, a formação contínua e a prática são fundamentais para capacitar estes profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica. Segundo Linn et al. (2019), estas estratégias podem promover uma tomada de decisão mais célere e assertiva

contribuindo assim para um elevado nível de competência técnica dos profissionais. Torna-se essencial que o enfermeiro esteja preparado e capacitado para prestar um cuidado de qualidade não só à PSC, como também à sua família/cuidador, considerando não apenas a dimensão técnica, mas também a humanização e a integralidade do cuidado.

Habitualmente o primeiro contacto com a PSC acontece no momento do alerta. A triagem telefónica é de elevada importância, pois são os dados recolhidos neste momento que ditam a evolução da situação. Como já foi explicado anteriormente, o INEM tem um sistema de triagem telefónica efetuada por um TEPH, enquanto no SEMER a triagem é efetuada por enfermeiros peritos e especialistas com experiência comprovada no cuidado à PSC. Uma das principais vantagens da triagem telefónica realizada por enfermeiros é a capacidade de identificar rapidamente focos de instabilidade e adequar o socorro, reduzindo o tempo de espera e melhorando o acesso ao cuidado. Além disso, a triagem telefónica pode ajudar a promover a continuidade do cuidado e a coordenar os serviços de saúde, evitando muitas vezes idas desnecessárias aos serviços de saúde (Kaboli et al, 2021).

Durante a prática clínica no INEM, foram várias as vezes que um meio diferenciado como a SIV foi ativado para situações não emergentes, como crises de ansiedade, enquanto meios tripulados apenas por TEPH eram ativados para intoxicações medicamentosas, acidentes com politraumatizados entre outros, situações em que uma abordagem especializada pode fazer a diferença no *outcome* da pessoa, como por exemplo a administração endovenosa de medicação numa intoxicação medicamentosa por benzodiazepinas. Durante a visita ao CODU, foi possível perceber, que a triagem efetuada é limitada, e não dá espaço para perguntas como “quais os antecedentes da pessoa”, “isto já aconteceu antes”, ou então perguntas mais abertas, como “quando olha para o seu familiar o que vê”, este tipo de perguntas pode descartar ou alertar para uma situação potencialmente emergente. Uma das principais dificuldades neste tipo de triagem é a falta de informações precisas e completas sobre a condição da pessoa, uma vez que a avaliação é realizada apenas por telefone. Isso pode levar a erros na identificação dos problemas de saúde e na consequente decisão sobre o socorro adequado do paciente. Graversen et al (2020), defendem que os enfermeiros são os profissionais mais capacitados para efetuar este tipo de triagem, garantindo a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

A triagem telefónica pode apresentar desafios na comunicação com pacientes que têm limitações na fala, na audição ou na compreensão do idioma utilizado na chamada. Isso pode dificultar a obtenção de informações precisas e a orientação adequada ao paciente (Verma & Kerrison, 2022). Tendo em conta os avanços tecnológicos, existem cada vez mais

formas de contornar este obstáculo, com recurso por exemplo ao Google tradutor, ou até mesmo a tradutores da língua gestual portuguesa. Atualmente a aplicação móvel o MAI 112 permite a acessibilidade das pessoas surdas ao Número Europeu de Emergência – 112. Através desta aplicação é realizada uma videoconferência entre a pessoa surda que necessita de ajuda, o operador da Central 112 e um intérprete de Língua Gestual Portuguesa.

No que diz respeito ao contexto extra-hospitalar propriamente dito a avaliação das vítimas obedece sempre ao recurso da metodologia ABCDE. É através desta avaliação que são estabelecidas as prioridades de atuação, sempre seguindo as orientações do protocolo utilizado. O conhecimento prévio dos vários protocolos facilitou muito a adequação dos mesmos a cada situação. Ao sermos ativados para determinada situação já era feita uma breve caracterização da ocorrência, pelo que, muitas vezes durante o percurso, consultava o protocolo que seria mais adequado, fazendo uma revisão rápida das intervenções inerentes.

Tendo em conta que as situações de emergência requerem uma atuação rápida e assertiva, é importante uma avaliação célere e detalhada do doente, de modo a prevenir a deterioração do seu estado de saúde. O enfermeiro é o profissional mais capacitado para o fazer, é necessário além de uma avaliação dos sinais vitais, uma observação detalhada do doente, de modo a detetar tanto alterações físicas como comportamentais que poderão ser indicadores de um agravamento do estado de saúde (Pinto et al, 2021).

A identificação de focos de instabilidade é uma das principais responsabilidades do EEMC, pois permite a prevenção de complicações e a promove a segurança da pessoa. Segundo Santos (2022), a identificação precoce de instabilidade hemodinâmica pode ser detetada através de uma rápida avaliação de sinais, como por exemplo a tensão arterial, a frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio. A nível do extra-hospitalar a identificação destes focos não foi difícil, a dificuldade prendeu-se mais em prevenir e corrigir estes focos num ambiente não controlado, completamente diferente do meio hospitalar.

O transporte do doente crítico, seja ele de que origem for, implica uma decisão, um planeamento adequado para minimizar os riscos e uma efetivação do mesmo. É importante antever possíveis complicações e estar preparado para atuar caso surjam (Ordem dos Médicos, 2023). Foi assegurado um transporte seguro até à unidade de saúde mais adequada, com reavaliações constantes do ABCDE, e fazendo o seu registo na plataforma iTeams. Nesta plataforma, além de uma breve descrição da situação encontrada e através da colheita de dados junto do próprio doente e/ou da família é efetuado um registo sobre as circunstâncias, história, alergias, medicação habitual e última refeição (CHAMU) do utente.

Efetuei a passagem de dados ao médico regulador, validando as intervenções do protocolo aplicado, e, algumas vezes, solicitando a sua validação para administração de terapêutica não protocolada.

Ao chegar ao SU do hospital da área é necessário efetuar a passagem de dados. Esta passagem de dados foi efetuada de acordo com a metodologia ISBAR, de forma a garantir que as informações importantes fossem transmitidas de maneira a garantir a continuidade da prestação de cuidados. O momento da transição de cuidados é um momento de particular importância onde há uma maior probabilidade de erro se não for efetuado corretamente (Castro et al, 2022). O método ISBAR foi instituído na marinha americana por volta dos anos quarenta, com o objetivo de garantir uma comunicação entre submarinos nucleares. Só a partir de 2006 é que esta metodologia foi aplicada à saúde, de modo a garantir uma comunicação segura entre profissionais da área. A DGS (2017), defende a adoção da metodologia ISBAR para a transmissão de dados de modo a garantir uma maior segurança do doente quando da transição dos cuidados.

De acordo com Barreto et al (2019), a presença da família durante a abordagem à vítima é muitas vezes facilitadora e promotora de uma maior aceitação no que concerne à evolução clínica, mesmo não sendo a mais favorável. Este envolvimento eleva a confiança nos profissionais de saúde envolvidos, no sentido em que se apercebem do esforço feito para o melhor *outcome* possível.

Tanto a colheita de dados (CHAMU) como a descrição da situação é efetuada na maioria das vezes com a colaboração de familiares. Numa determinada ocorrência, uma vítima, com antecedentes de patologia hematológica, teria apresentado vários episódios de hematemeses. A pessoa estando consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, recusou ir ao Serviço de urgência, referindo que se não melhorasse iria no dia seguinte. A situação avaliada revelou alguns sinais preocupantes, nomeadamente, palidez generalizada, sonolência e hipotensão. Apesar das explicações facultadas, e tendo a certeza dos riscos que corria recusando ajuda diferenciada, a vítima continuava a rejeitar transporte. O envolvimento da família nesta situação, através da sua colaboração na elucidação da vítima, foi determinante para que a mesma fosse transportada ao SU mais próximo.

Num SU polivalente, como aquele onde exerço a minha atividade profissional há cerca de onze anos, o cuidado à PSC bem como à sua família/ cuidador é prática diária. O serviço adotou em junho de 2005 a Triagem de Manchester. Este sistema consiste numa classificação das condições de saúde da pessoa com base em cinco níveis de gravidade, atribuindo cores diferentes para cada nível. Os serviços de urgência e emergência devem

estar dotados de profissionais qualificados e treinados na utilização do sistema de triagem de Manchester, a fim de garantir uma avaliação precisa e segura (Costa, 2022). A triagem é um dos momentos cruciais durante a admissão da pessoa na unidade hospitalar, sendo que é aqui que o enfermeiro, com base nos fluxogramas da triagem, mas também na sua experiência e capacidade de colheita de informação e de observação, decide qual o percurso da pessoa. No SU, estão implementadas neste momento cinco vias verdes, em que a relação tempo/tratamento deve ser o mais estreita possível: VVAVC; VVC; VVS (Via Verde Sépsis); VVA.

A sala de emergência (SE) do SU, é habitualmente o local de abordagem inicial da pessoa, onde é feita a passagem de informação e onde são recolhidos dados necessários para uma intervenção segura. Para esta sala em todos os turnos estão destacados três elementos, com funções definidas, sendo o elemento A aquele que coordena e gere a equipa de enfermagem na SE, responsável pela abordagem à via aérea, assegura um correto encaminhamento e acompanhamento da vítima, registos dos procedimentos e certifica-se, no final, que a sala está preparada para a próxima emergência; o elemento B, aquele que se responsabiliza por toda a abordagem circulatória, como monitorização, colocação de acesso venoso, colheita de análises, administração de terapêutica, assistir à colocação de cateter venoso central (CVC), linha arterial (LA), de drenos torácicos (DT); o elemento C, circulante dá apoio aos elemento A e B, prepara terapêutica, ajuda na preparação de material pra aos procedimentos necessários, assegura correta identificação das análises da pessoa e o seu envio célere ao laboratório, faz espólio de roupa e valores, e estabelece ponte entre família/cuidador e sala de emergência. Ao longo dos onze anos de experiência profissional, foi possível desempenhar funções como elemento A desta sala, algo que atualmente não acontece por o serviço ter a possibilidade de garantir que este posto seja sempre assumido por um EEMC, indo de encontro ao preconizado pela OE.

Na SE, são prestados cuidados a pessoas nas mais variadas situações críticas, nomeadamente em PCR, politraumatizados, AVC's, intoxicações, grandes queimados, insuficiências respiratórias, EAM, EAP, entre muitas outras. Em todo o serviço, mas principalmente, nas pessoas admitidas diretamente para a SE é de extrema importância a identificação dos focos de instabilidade, não só a nível dos sinais vitais, mas também da observação cuidadosa do doente. Destaco uma situação vivida e que é frequente no SU. Doente com cerca de 55anos, consciente, com discurso logico e coerente. Apresentava dificuldade respiratória acentuada, SPO₂-70% com aporte de O₂ com máscara com reservatório, FC~110bpm, TA: 135/65mmhg. Faz uma gasometria, e durante este

procedimento, já foram iniciados preparativos para colocação de ventilação não invasiva (VNI), já que era evidente que o esforço respiratório era muito e não estava a ser eficaz. Com o resultado da gasometria é dada orientação médica para colocar VNI e prescritos os devidos parâmetros. De salientar que por esta altura o doente já se encontra agitado e pouco colaborante, o que dificultou a adaptação ao VNI. Ao olhar para o doente verifiquei que a sua respiração não estava a ser eficaz, e que já não se encontrava agitado, revendo a sua monitorização a frequência cardíaca rondava os 30bpm, e tensão tinha diminuído consideravelmente. Foi dado o alerta à equipa médica, que prontamente deu indicação para reavaliar o utente, por esta altura encontrava-se em PCR, tendo sido iniciados todos o procedimento inerente à PCR.

A UCI é reconhecida como o local de eleição para o cuidado à pessoa em situação crítica. Trata-se de um ambiente especializado que oferece monitorização contínua, intervenções médicas e de enfermagem avançadas para pessoas em risco de vida. Existe uma equipa multidisciplinar altamente capacitada para garantir cuidados, promover a recuperação e minimizar complicações, daí que seja expectável que o grau de gravidade nas pessoas admitidas nas UCI, seja muito maior e mais complexo que nos restantes serviços (Rebustini et al., 2019).

Como o próprio nome indica, recebe doentes provenientes não só do extra-hospitalar e urgência, mas também de outros serviços/unidades e até mesmo de outros hospitais, prestando assistência a todos os doentes das mais variadas especialidades médicas.

Ao chegar a este serviço o utente apresenta um grande risco de vida, com necessidade de cuidados diferenciados e monitorização contínua. Durante o estágio na UCI tive a possibilidade de desenvolver habilidades científicas e técnicas nas mais diversas áreas.

Nos cuidados ao doente submetido a ventilação assistida, foi possível estabelecer a relação entre o estado clínico do doente, os valores laboratoriais, nomeadamente da gasometria, e a adequação dos parâmetros e do modo ventilatório ao objetivo do tratamento dirigido a esse doente. Nestas unidades é utilizada a monitorização invasiva por haver uma maior fiabilidade nos dados fornecidos, o que exige uma correta interpretação e avaliação dos mesmos, permitindo detetar sinais de instabilidade precoces, promovendo uma atuação mais eficaz e célere para prevenir complicações graves (Cabral, 2021). Os cateteres invasivos a nível arterial ou a nível de veias centrais, e monitores mais sofisticados permitem avaliar a função cardíaca do doente, o volume de sangue circulante e avaliar continuamente a resposta da pessoa ao tratamento. O desenvolvimento de conhecimentos acerca da monitorização hemodinâmica invasiva torna possível aprimorar a capacidade de decisão

clínica, passando do simples registo dos sinais vitais para a interpretação mais fiável e precisa daquela informação permitindo a formulação um plano de cuidados verdadeiramente individualizado.

A terapia de substituição renal é amplamente utilizada em UCI, apesar disso, existem diversos estudos que relatam que este tipo de tratamento incute no enfermeiro um elevado nível de stress. É necessário um elevado nível de conhecimento sobre o correto manuseio das máquinas de hemodialise, e os riscos que acarreta são elevados. A nível internacional há já quem defenda que este tipo de terapia deve ser conduzido por enfermeiros especialistas em nefrologia (Melo et al 2018). Em Portugal, apesar de ainda não haver especialização nesta área existem pós-graduações de enfermagem em nefrologia disponíveis que capacitam cada vez mais os enfermeiros na execução da terapia dialítica, minimizando os riscos e garantindo a maior taxa de sucesso possível da mesma.

No que respeita à prestação de cuidados ao doente politraumatizado internado na UCI, tive oportunidade de prestar cuidados numa situação de politraumatismo grave, a uma vítima de atropelamento com trauma torácico, pneumotórax bilateral, contusão pulmonar, enfisema subcutâneo extenso e fratura de bacia. Este doente inicialmente hemodinamicamente instável, exigiu uma avaliação mais rigorosa e uma atuação célere e adequada com estabelecimento de prioridades. Prestei cuidados a um doente com diagnóstico de choque séptico secundário a deiscência de sutura abdominal com grande instabilidade hemodinâmica. Tinha vários drenos em aspiração ativa com necessidade de manuseamento para balanços hídricos o que também exigiu partilha de conhecimento por parte da equipa. Este doente encontrava-se também em desmame ventilatório, pelo que foi possível participar neste processo avaliando constantemente a reação do utente a esta mudança, atuando de uma forma assertiva sempre que necessário.

Na prestação de cuidados, apoiei-me na elaboração de planos de cuidados individualizados, de acordo com a CIPE aos doentes que me eram atribuídos. Manifestei sempre preocupação na articulação com a restante equipa multiprofissional, nas intervenções que realizei, nomeadamente com a equipa médica e com a equipa de assistentes operacionais. As novas experiências que adquiri ao nível da prestação de cuidados foram variadas, e sempre mostrei disponibilidade, curiosidade e questionamento face a novas situações de aprendizagem, de referir: a prestação de cuidados ao doente submetido a técnica dialítica, o manuseamento adequado dos ventiladores, o doente submetido a ventilação assistida com sonda de aspiração de circuito fechado, a colaboração na colocação de linha arterial, e o seu manuseamento para avaliação de parâmetros por monitorização invasiva ou para colheitas.

Além de tudo tive ainda a oportunidade de colaborar com uma enfermeira enquanto esta assistia à colocação do cateter PICCO, avaliar a PVC, e a PIC de uma doente. Tive a oportunidade de prestar cuidados a várias vítimas de PCR, onde foi instituído o protocolo de normotermia na tentativa de alcançar um melhor outcome. De acordo com Oliveira et al (2020), o protocolo de hipotermia induzida tem vindo a ser utilizado ao longo dos últimos anos, com grande impacto favorável a nível da redução da mortalidade e menor dano neurológico, quando aplicado de forma precoce em vítimas de PCR. O enfermeiro assume um papel fulcral no sucesso deste processo, já que é a este que cabe a monitorização e manutenção da temperatura alvo, durante o período estipulado (Silva et al, 2021).

Apesar da terapêutica utilizada na UCI ser semelhante à que preparo no meu quotidiano profissional foi imprescindível pesquisar sobre estabilidade e compatibilidade de alguns fármacos, e na preparação e administração de nutrição parentérica. Apesar de já ter alguns conhecimentos em relação à farmacologia utilizada em doentes críticos foi possível consolidar conhecimentos prévios e perceber o motivo de tempo de administração de algumas terapêuticas. A preparação e administração correta de terapêutica é uma preocupação constante por parte da equipa de enfermagem. Existem vários fatores que podem interferir de forma negativa neste processo, entre eles a falta de conhecimento, aumento do volume de trabalho, cansaço e falta de protocolos pré-estabelecidos (Ferreira et al, citado por Marcos, 2019). Na UCIP existem vários protocolos de administração e gestão terapêutica, disponíveis para consulta em todos os computadores, na pasta partilhada. Cada medicação é cuidadosamente validada no processo clínico, preparada e devidamente identificada, antes da sua administração. Todos os enfermeiros na UCIP demonstram elevado grau de conhecimento nesta área, bem como nos efeitos secundários mais frequentes de toda a terapêutica utilizada. Quando existem dúvidas as mesmas são validadas através de pesquisa bibliográfica, junto da equipa médica e até mesmo diretamente com a farmácia, acerca da correta preparação, administração e conservação da terapêutica. A administração e preparação de noradrenalina, os protocolos de insulina, doseamentos de vancomicina e a reposição de potássio de acordo com valores da gasometria são apenas alguns dos exemplos de gestão terapêutica utilizados diariamente no serviço.

A terapia nutricional, nomeadamente a nutrição entérica e parentérica, constituem uma prioridade importante em termos de terapêutica, em alguns dos doentes internados na UCIP, dado que é previsível desenvolverem subnutrição, que revelará uma menor resposta ao tratamento clínico ou cirúrgico. A sua utilização permite um aporte específico de lípidos, vitaminas, oligoelementos, e eletrólitos de acordo com as necessidades dos doentes. O início

precoce da terapia nutricional é de grande importância, pois um aporte calórico adequado às necessidades individuais de cada doente é uma ferramenta preciosa na recuperação do mesmo. Segundo Prade e Copes (2020), a instituição desta terapia deve ter início entre 24 a 48h após a admissão do doente, e, como já referido anteriormente calculado de forma individual. A existência de um protocolo instituído na unidade facilita muito a gestão deste tipo de terapia, e o enfermeiro, mais uma vez, tem um papel fundamental na aplicação do mesmo. Durante este estágio tive oportunidade várias vezes de preparar e administrar tanto nutrição entérica como parentérica, o que implicou a consulta dos protocolos estabelecidos na UCI.

No serviço de urgência, recorro o caso de um senhor com cerca de 45 anos, vítima de traumatismo torácico e abdominal à esquerda por uma “mola de pressão” durante a atividade laboral. A lesão teria ocorrido na manhã do dia anterior e ao meu contacto com o senhor, tinha feito os vários exames complementares de diagnóstico (ECD), sem alterações e ficara em SO para controle de dor, apesar de ter alta médica desde as 16h do dia da admissão. Durante a passagem de dados do turno, os colegas alertaram que o controle da dor estava difícil, havendo necessidade de recorrer a terapêutica SOS, com pouca eficácia. À minha observação, o doente encontrava-se pálido, pela fria e sudada, polipneico, tinha feito analgesia com recurso ao metamizol há pouco mais de uma hora. Ao fazer avaliação da dor, denoto que o senhor localiza a dor intensa a nível da região abdominal contralateral ao traumatismo sem história de patologia anterior e sem hematomas ou sinais evidentes de lesão nessa região. Dirigi-me ao gabinete médico para alertar que o senhor não estaria bem e solicitar uma reavaliação do mesmo. A equipa que entrava ao serviço após prescrever mais analgesia, solicitou uma TAC abdominal e pélvica de urgência, que revelou uma rotura intestinal à direita, com perda de conteúdo para espaço intersticial, com necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.

A avaliação da dor é essencial na prática de enfermagem, especialmente em pessoas em situação crítica. De acordo com Ayenew et al. (2021), existem diversas ferramentas disponíveis para avaliar a dor e é importante verificar e adequar a ferramenta utilizada à pessoa em questão. A avaliação da dor e uma atuação adequada perante a mesma são cruciais para promover o conforto e o bem-estar destas pessoas. Sandvik et al. (2020), enfatizam a importância de intervenções não farmacológicas para a gestão da dor em doentes críticos. No SU, as medidas de controle da dor implementadas são maioritariamente farmacológicas, mas muitas vezes complementamos estas recorrendo a intervenções não farmacológicas,

como por exemplo, aplicação de gelo/calor local, promoção de um posicionamento de maior conforto e diminuição da luminosidade do espaço.

Seguindo as orientações do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor da DGS (2017), a avaliação da dor é efetuada de forma sistemática durante a permanência do doente na UCI. Embora a escala recomendada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) seja a Escala Visual Numérica para pessoas que comunicam, grande parte dos doentes admitidos em UCI está com alteração do estado de consciência, sob VMI e/ou sob sedação o que implica o recurso a uma escala adaptada, sendo a utilização da *Behavioral Pain Scale* (BPS) o recomendado. De acordo com Wojnar-Gruszka et al (2022), a BPS é uma ferramenta confiável e válida para avaliar a dor em doentes críticos, que pelos mais variados motivos se encontram inabilitados de expressar a sua dor verbalmente. A escala considera indicadores comportamentais, como expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador, permitindo uma avaliação mais precisa da dor. Avaliação da dor além de ser efetuada deve ser reavaliada sempre que necessário, antes, durante e após um procedimento doloroso, e cerca de 30 minutos após administração de analgesia (SPCI, 2012).

A avaliação do estado de consciência e da dor são práticas diárias na UCI. Avaliar o estado de consciência em pessoas sedoanalgesiadas é um desafio, mas é uma parte crucial da prestação de cuidados adequados. Uma avaliação adequada e sistematizada ajuda a adequar a sedação e minimizar o risco de complicações associadas ao sedentarismo prolongado. A Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS) é uma ferramenta amplamente utilizada pelos enfermeiros de cuidados intensivos para avaliar o nível de sedação e agitação em doentes críticos. A aplicação correta da RASS permite garantir a segurança da pessoa e ajustar a sedação. Segundo Taran et al (2019), a RASS é confiável na avaliação comportamental e ajuda a prevenir eventos adversos relacionados à sedação inadequada.

A comunicação é um instrumento crucial no que concerne ao cuidado da PSC. No entanto existem barreiras linguísticas que são enfrentadas todos os dias. Como já foi referido, as tecnologias atualmente facilitam este processo, de modo a promover a troca de informações sendo frequentemente utilizadas no SU.

Mendes (2020), refere que as principais barreiras para a comunicação incluem a falta de tempo dos profissionais de saúde e a falta de treino das capacidades comunicacionais. Para superar essas barreiras, é recomendada uma comunicação clara e objetiva, a empatia e o envolvimento da família nas decisões de cuidado (Reifarth et al.,

2023). A Pandemia mundial do COVID19, veio agravar esta situação, já que no SU, não era permitida a entrada de acompanhantes. Todo o percurso académico deste mestrado, demonstrou que esta comunicação é essencial, não só para a colheita de informação pertinente, mas também para integrar as famílias no processo de transição saúde/doença. A presença dos familiares muitas vezes é facilitadora e transmite confiança no processo do cuidar. Pessoas com patologias do foro psiquiátrico, ou mesmo com patologias do foro neurológico, ficam na sua maioria mais calmos na presença de um familiar/cuidador, colaborando nos procedimentos, evitando desta forma medidas mais drásticas e traumáticas como por exemplo necessidade de contenções físicas para prevenção de acidentes.

Um outro momento de grande sensibilidade são as situações terminais em que, do ponto de vista médico, a pessoa não é candidata a medidas de suporte vital, e são instituídas medidas de conforto. Nestes momentos é informada a família e promovida a sua presença junto da pessoa num ambiente calmo e reservado dentro do possível. A presença da família contribui para o processo de luto e aceitação da perda (Donnelly & Psirides, 2015).

A transmissão de más notícias é sempre um momento delicado. O EEMC tem um papel fundamental na transmissão de más notícias. De acordo com Rincón et al (2020), a presença de um EEMC neste momento pode facilitar a comunicação e fornecer um suporte emocional adequado durante a transmissão da informação. Além disso, o EEMC pode fornecer informações precisas sobre o cuidados e tratamentos efetuados, ajudando a esclarecer as dúvidas dos familiares/cuidadores, tornando este momento mais humanizado (Rayan et al., 2022). No SU as más notícias são transmitidas num gabinete, um local calmo, sem ruídos e com privacidade de modo a garantir que a informação transmitida é compreendida. Apesar de na sua maioria esta transmissão de más notícias ser efetuada por um EESMP, é garantida presença de um EEMC, precisamente para dar apoio e colaborar neste momento. Na ausência de EESM a transmissão de más notícias é efetuada pelo EEMC seguindo o protocolo SPIKES. Ainda assim, muitas vezes nas várias salas do SU, somos abordados pelos familiares que colocam questões sobre o prognóstico dos seus familiares, mesmo depois de devidamente elucidados pelo médico.

Tive oportunidade de contactar com uma senhora já com cerca de 90 anos, com vários antecedentes, nomeadamente diabetes *mellitus* tipo II, insuficiência renal, hipertensão arterial (HTA), já totalmente dependente nas atividades de vida há vários anos. Foi admitida no SU, por uma história de prostração e hipertermia que cediam pouco à terapêutica instituída. Foi diagnosticada com uma infeção do trato urinário, estava hipotensa e com hiperglicémica. Segundo a informação recebida no início do turno a família teria sido

informada pelo médico acerca do prognóstico reservado da utente. Após contacto com gabinete de apoio à família (GAF), autorizei a entrada da filha e a permanência da mesma junto da senhora. Após estar um pouco com a mãe a mesma questionou-me sobre o prognóstico da mãe Neste momento socorrendo-me do protocolo de transmissão de más notícias, confirmei a informação que a familiar já detinha, percebo que queria validar comigo o que lhe tinha sido transmitido inicialmente. Expliquei que tendo em conta as comorbilidades da mãe, a situação atual deixava-a numa posição muito delicada, podendo o desfecho ser fata. A informação foi recebida de forma muito emocionada e foi permitido à familiar permanecer junto da utente.

O processo comunicativo com o doente crítico internado em cuidados intensivos e família, foi algo que aperfeiçoei neste estágio, uma vez que tive muitas oportunidades de desenvolver competências e habilidades nesta área. A comunicação com o doente submetido a ventilação assistida assume um papel importante na prestação dos cuidados, exige treino que permite desenvolver competências a nível relacional.

O acolhimento da família é um momento muito importante da relação terapêutica. Inicialmente é estabelecida uma conversa informal, objetiva e explícita com os familiares que depois são acompanhados até junto do doente. Durante todo o tempo da visita demonstrei disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e proporcionei apoio emocional, muitas vezes em situações difíceis com prognósticos muito reservados. A transmissão de más notícias obedece ao protocolo SPIKES, semelhante ao extra-hospitalar e SU. Numa das primeiras noites que fiz na UCI, foi admitido um rapaz, ainda identificado como Sexo Masculino CVP, com cerca de 25 anos. Foi vítima de acidente de viação. Ocupava, na hora do acidente o lugar do passageiro, e quem conduzia a viatura era outra pessoa que aparentemente ficou sem ferimentos graves. À admissão no SMI, vinha já com prognóstico muito reservado. A TAC CE revelara a existência de uma hemorragia significativa, com apagamento de estruturas e desvio da linha média. Sem reação, mesmo aos estímulos dolorosos. Apresentava midríase pupilar sem reação ao foco luminoso. Externamente apresentava um hematoma exuberante na região frontal direita. Apresentava a nível torácico e abdominal, múltiplas fraturas de costelas e hemorragia abdominal. Hemodinamicamente estável sob perfusão de noradrenalina, e conectado a prótese ventilatória, modo controlado, sem qualquer evidencia de ciclos espontâneos. Não trazia, à chegada ao SU, documentação ou telemóvel. O utente foi admitido no serviço e estabilizado segundo os procedimentos habituais do SMI. Por volta das 5h da manhã conseguiram identificar o jovem e os pais encontravam-se no exterior do serviço, para fazerem o reconhecimento. Foi colocada a

hipótese pelos enfermeiros do SMI, se seria mesmo o jovem, pois tratava-se de uma situação delicada, complicada de gerir em caso de “enganos”. Foi pedida uma fotografia à família e confirmou-se que se tratava do seu filho. Ainda no exterior foi explicado aos pais, a situação clínica do filho, e depois foi permitida a sua entrada no serviço. O jovem teria afinal 22 anos, e teria saído com amigos. Percebendo que não estaria em condições de levar o carro, pediu a um amigo que o conduzisse. O mesmo deve ter perdido o controle do carro numa descida com grande declive, embatendo numa parede. O impacto aconteceu maioritariamente no lado do passageiro. Era visível o choque quando viram o filho naquele estado, mas não houve gritos, nem choro compulsivo. Apenas um silêncio ensurdecedor. Enquanto estiveram no serviço mantive-me por perto e predispôs-me a responder a quaisquer perguntas que tivessem. Quando se sentiram preparados, sem qualquer tipo de pressão, saíram. Segundo Koch, citado por Dupont et al (2021), uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais durante a transmissão de más notícias, está relacionada com a gestão da sua própria componente emocional. Esta autora aponta que a forma de transmitir este tipo de notícias é desenvolvida pelo próprio profissional, muitas vezes de uma forma particular pela conhecida “tentativa e erro”, e pela observação de outros profissionais, pelo que o seu aperfeiçoamento requer algum tempo.

A saída com a equipa da UMIPE, também foi muito útil, para permitir a observação da transmissão e gestão das más notícias. A equipa foi ativada para um atropelamento com grande gravidade, em que a vítima, apesar de alguma idade, era independente. No local estavam familiares do senhor atropelado, e da jovem que teria perdido controle da viatura e atropelado o senhor acidentalmente. A vítima encontrava-se em situação crítica, com vários episódios de PCR e necessidade de suporte vasopressor e ventilação mecânica. A filha tinha perdido a mãe (esposa da vítima) há cerca de um mês. Inicialmente a abordagem implicou a comunicação de más notícias, esclarecendo assim a gravidade do estado de saúde da vítima através do protocolo SPIKE. A equipa interveio junto dos familiares promovendo uma aceitação da situação de modo que estes conseguissem gerir e aceitar os seus sentimentos.

Malta et al (2023), numa revisão narrativa sobre a transmissão de más notícias, defendem que apesar deste papel ser habitualmente assumido pelo médico já que é ele quem formula diagnósticos, deve estar sempre presente um enfermeiro. Os enfermeiros são profissionais de saúde que compreendem o diagnóstico/prognóstico médico realizado e estão cientes das perturbações que essa notícia pode causar à pessoa e/ou família. Além disso possuem competências que lhes permite permanecer ao lado da pessoa e/ou família facilitando o processo.

A transmissão de más notícias é um momento muito difícil da relação terapêutica e é crucial para o processo de mudança que ali se inicia. Se esta abordagem não for realizada de forma correta pode comprometer todo o processo (Dupont, 2021). Neste caso em particular, a informação clínica, foi transmitida no exterior pela médica, mas o conforto e o apoio foram propostos pela enfermeira no interior do serviço, junto do seu familiar. O silêncio, e a presença próxima, aparentaram ser precisamente o que a família necessitava naquele momento para poderem gerir as informações recebidas e emoções consequentes. Não colocaram questões, não exteriorizaram as suas emoções, e passados cerca de trinta minutos, saíram serenamente.

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

A atuação do EEMC em situações de emergência, catástrofe e exceção contribui para uma prestação de cuidados de saúde eficazes e seguros. Nesses cenários desafiadores, os enfermeiros especialistas são responsáveis por liderar equipas de saúde, coordenar recursos e promover os melhores cuidados possíveis às vítimas.

De acordo com Holmgren et al. (2022), os EEMC possuem habilidades avançadas na tomada de decisões rápidas e na gestão de cuidados complexos em emergência. Demonstram competências para avaliar rapidamente a gravidade das lesões, implementar intervenções urgentes e monitorizar os doentes de maneira adequada. Além disso, desempenham um papel fundamental na triagem e no encaminhamento de vítimas, trabalhando em colaboração com outros profissionais de saúde. OS EEMC estão envolvidos na educação e no treino de equipas de emergência, contribuindo para a melhoria contínua da resposta a situações de crise.

O INEM é a entidade nacional responsável pela coordenação e gestão da resposta às emergências médicas em situações de emergência, exceção e catástrofe em contexto extra-hospitalar. Cabe aos profissionais do INEM a triagem primária e secundária, evacuações primárias e secundárias, referenciação e transporte para as unidades de saúde mais adequadas, bem como a montagem/desmontagem de toda a logística dos Postos Médicos Avançados (PMA) (Plano Nacional de emergência de proteção Civil, 2021).

No decorrer do ensino clínico, pude manusear o kit de catástrofe disponível na SIV, onde estão guardados os cartões de triagem e contabilização de vítimas. Os enfermeiros, além das funções de gestão e coordenação dos cenários desempenham um papel importante

na triagem secundária e nos PMA's onde podem intervir de forma significativa na sua área de atuação.

De acordo com o Serviço Regional de Proteção Civil (2022), através do Plano Regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira, a entidade responsável pela coordenação das emergências médicas em situações de exceção é o SEMER em colaboração com o IASAUDE. O modelo de resposta adotado recentemente é o *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), tendo por base que muitos dos profissionais que exercem funções no extra-hospitalar estão familiarizados com este método. Este modelo de resposta exige uma organização devidamente estruturada e hierarquizada de modo a garantir uma resposta eficaz.

Hampson (2020), defende que um plano de resposta médica a incidentes graves bem projetado e executado é essencial para salvar vidas e minimizar o impacto dos desastres. Isso envolve estabelecer canais de comunicação claros, ativar equipas de emergência e mobilizar recursos de forma oportuna. Este autor ressalva a necessidade de treino contínuo e exercícios de simulação para garantir prontidão e coordenação efetiva entre os profissionais de saúde.

Em 2018, tive a oportunidade de frequentar o curso MRMI. Este curso baseia-se na simulação avançada, numa região fictícia, destinada a vários grupos profissionais, de modo a treinar toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão hospitalar face a este cenário, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade que possa utilizar na resposta a um grande incidente.

No decorrer deste mestrado tive a oportunidade de participar no primeiro curso MRMI testado à escala real, com o objetivo de testar o PREPCRAM. Estiveram presentes neste curso entidades e representantes de toda a estrutura de socorro, de várias unidades hospitalares com os recursos existentes de modo a testar a operacionalidade do plano de emergência. Fiquei colocada no centro de despacho de meios, e juntamente com os operadores de telecomunicações, bem como o agente da autoridade, gerimos os meios de acordo com as solicitações. Neste caso não era feita uma triagem das vítimas do cenário porque já tinham triagem feita no local, mas eram triados todos os pedidos de socorro da população não envolvida com o incidente major, articulando da melhor forma possível o dispositivo de socorro. Com base neste curso foram solidificadas e adequadas as intervenções patentes no plano regional de resposta a situações de exceção. Ao utilizar modelos baseados em evidências, treino contínuo e profissionais de saúde devidamente

qualificados é possível responder efetivamente a incidentes graves e fornecer melhor cuidado possível à população.

Associado ao plano PREPCRAM, o SESARAM, como entidade responsável por receber as vítimas de uma situação de exceção, tem também um plano de emergência interna. Embora toda a unidade hospitalar tenha de se reorganizar nestas situações, os serviços que têm maior impacto em emergências com multivítimas são o SU, a UCI e Bloco Operatório (BO). Tanto o SU como a UCI devem fazer uma gestão minuciosa das camas e de espaços de modo a receberem as vítimas. NO SU é feita uma reorganização por áreas, área vermelha, amarela e verde, as vítimas são triadas de acordo com triagem de catástrofe de Manchester e é atribuído um kit numerado a cada vítima. Como profissional tive a possibilidade de vivenciar uma situação de exceção aquando dos incêndios de 2016, com a evacuação do hospital dos marmeleiros, doentes mais instáveis daquele hospital foram acolhidos no SU/UCI bem como as vítimas dos incêndios, populares e profissionais que combatiam as chamas.

Na unidade Curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, foi possível participar numa simulação no Serviço Regional de proteção Civil (SRPC). O cenário proposto era uma explosão do depósito de combustível do helicóptero lá sediado, num momento onde além dos profissionais que lá trabalham estaria a ocorrer também visitas de estudo às instalações. Neste simulacro tive a possibilidade de fazer triagem primária e posteriormente ajudar no PMA. Foi possível auferir a complexidade da gestão de um cenário deste género, remetendo para o que defende Al Harthi et al (2020), nomeadamente a importância da simulação de forma a identificar de pontos fracos para os poder melhorar de modo a responder de forma eficiente a eventos catastróficos.

Ainda nesta unidade curricular foi realizado um trabalho escrito que propunha uma resposta a uma situação de catástrofe ocorrida na ilha do Porto Santo. Neste trabalho foi explicado ao pormenor um plano de ação de resposta à catástrofe com os meios disponíveis com base no proposto pela metodologia MRMI. Foi efetuada triagem primária, secundária, constituído o PMA, feita uma estabilização inicial às vítimas e planeado o seu transporte de acordo com prioridade até à unidade hospitalar. Para a realização deste trabalho foi importante a colaboração dos Bombeiros Voluntários do Porto Santo e da Força aérea, que nos permitiu perceber em que moldes e que meios tinham disponíveis para fazer evacuações das vítimas. Este trabalho permitiu, além de aprofundar conhecimentos nesta área, desenvolver competência na área de conceção de planos de emergência, uma das competências do EEMC na vertente da PSC.

Exercendo funções num SUP, são admitidas muitas pessoas vítimas de situações violentas. O enfermeiro muitas vezes é o primeiro contato da vítima, e cabe ao mesmo uma abordagem assertiva com a responsabilidade acrescida no que concerne à preservação de vestígios forenses. A taxa de criminalidade na ilha da madeira é inferior à média Nacional e mesmo da Região Autónoma dos Açores situando-se nos 26.9%. Deste valor, cerca de 5.9% constituem crimes contra a integridade física, recorrendo muitas destas vítimas ao SU para assistência de saúde (INE, 2023). Não sendo uma área muito explorada, Mendonça et al (2022), reconhecem a falta de conhecimento por parte dos enfermeiros, que lhes permita uma atitude proativa nesta temática. Estes mesmos autores defendem que a instituição de protocolos e a divulgação dos mesmos nas equipas poderá ser um fator facilitador e permitirá uma uniformização de procedimentos.

No decorrer deste mestrado, tive a oportunidade de ficar mais desperta para esta temática procurando corrigir algumas ações, como por exemplo o corte das roupas das vítimas, feito diariamente em contexto de sala de emergência de modo a fazer a exposição da vítima. A roupa das vítimas pode ser fundamental para a investigação criminal, sendo que o padrão dos respingos de sangue, por exemplo, podem definir o posicionamento da vítima e agressor no momento da agressão (Silva et al, 2022).

Nesta competência, considero importante referir a situação de exceção vivida recentemente com a pandemia COVID 19 que exigiu dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que prestam cuidados tanto a nível extra-hospitalar com intra-hospitalar, uma capacidade de adaptação e resiliência inimagináveis. Foram criados espaços, circuitos e utilização de equipamento de proteção individual, e pedido aos profissionais, mais especificamente aos enfermeiros, que cuidassem de pessoas infetadas com este vírus em espaços fechados, durante o período de tempo necessário, sem descuidar a segurança do profissional.

2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em situação Crítica e/ou falência orgânica.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um problema significativo que afeta a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Essas infeções podem resultar em complicações graves, aumento do tempo de internamento, custos adicionais e até mesmo morte. Cada vez mais se destaca a importância de abordagens

preventivas e medidas de controle para reduzir a incidência dessas infecções. A higiene das mãos é uma das intervenções mais cruciais na prevenção de IACS.

De acordo a OMS (2023), a adesão adequada à higiene das mãos é fundamental para interromper a transmissão de microrganismos patogênicos, reduzindo este risco em cerca de 50%. Além disso, a desinfecção adequada de superfícies, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e o controle de surtos são medidas essenciais para prevenir e controlar estas infecções.

De acordo com a OMS em cada 100 pessoas hospitalizadas, 7 contrairão uma IACS. Por isso, a resolução deste problema é encarada como uma prioridade na linha de atuação de todo o mundo. O primeiro relatório mundial de programas de controle de infecção publicado pela OMS em 2022, destaca que este tipo de programas instituído em cada país constitui uma mais-valia na prevenção das IACS e resistência a antimicrobianos, podendo reduzir até 70% a incidências deste problema com o uso de medidas preventivas (OMS, 2022).

Na união europeia, a maior prevalência deste tipo de infecção é do trato respiratório, seguindo-se o foco cirúrgico, urinário e sanguíneo. Ainda de acordo com OMS (2022), cerca de 48.7% dos utentes admitidos com sépsis em UCI tem, na origem deste problema, uma IACS.

Em Portugal o primeiro programa nacional de controlo de infeção (PNCI) surge em maio de 1999, apesar de já ser preocupação patente do ministério da saúde desde 1979 (DGS, 2017). Em fevereiro de 2013, é criado o Programa de Prevenção e controle de infeções e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA), a partir do qual emergiram três grandes objetivos, a utilização de precauções básicas de controle de infeção (PBCI), um controle sobre a prescrição de antibioterapia, e a monitorização e vigilância epidemiológica das IACS (DGS, 2016).

Ficou designado que cabe ao enfermeiro, elo de ligação do PPCIRA de cada serviço, a responsabilidade de semestralmente reportar a situação do serviço a que pertence. Posteriormente esta informação é trabalhada pelos elementos do GPPCIRA, tendo em conta os indicadores previstos na Norma da DGS, comunicam os resultados à autoridade de Saúde Regional, que por sua vez articula com DGS e ECDC.

De modo a poder monitorizar e implementar medidas eficazes o PPCRIRA, destacou quatro feixes com procedimentos e intervenções bem explícitos descritos em norma pela DGS. Esses feixes são: Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022); Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022); Prevenção de Pneumonia Associada à

Intubação (Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022); Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022).

A OE, com base nesta problemática, e considerando que o cuidado a uma PSC, envolve habitualmente a necessidade de múltiplos procedimentos invasivos num tempo de intervenção reduzido, institui como competência específica do EEMC na vertente da PSC, a intervenção na prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos. Isto implica um conhecimento do PPCRIRA e normas de atuação bem como a constante atualização (Regulamento 429/2018).

O meio extra-hospitalar, sendo um meio não controlado, influenciado por vários fatores, ambientais, emocionais e de segurança aumentam a probabilidade de erro, o que pode colocar em risco a segurança da vítima (Vikke et al, 2018). O INEM tem normas e protocolos de atuação no que respeita ao controlo de infeção. Cada coordenação tem um enfermeiro como responsável nesta área a quem cabe, promover a aplicação dos protocolos instituídos, bem como o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir. A equipa da ambulância SIV, tem instituído um plano de higienização e descontaminação da mesma em determinados dias. A lavagem exterior é realizada ao sábado e a lavagem e descontaminação do interior é realizada no domingo. As ambulâncias são inspecionadas neste aspeto por uma empresa externa que recolhe amostras de vários locais da célula sanitária que posteriormente são analisados.

As PBCI são utilizadas de forma diária. O uso de máscara FFP2 e luvas na abordagem da vítima são requisitos necessários. Sempre que a situação revele necessidade estão disponíveis na ambulância batas e toucas. Sempre que possível era solicitado aos familiares a colocação de máscara cirúrgica, tendo em conta a pandemia vivida na altura do ensino clínico. No final de cada ocorrência, antes de ser atribuído status de disponível para novo serviço é efetuada uma desinfeção e descontaminação de todo o material utilizado, bem como de todas as superfícies com as quais a vítima teve contato.

Ao longo da minha prática profissional no SU, tenho tido em especial atenção as normas e procedimentos emanados pela DGS e GCPPCIRA, de modo a poder ter uma prática segura e eficaz. O espaço físico do SU, as grandes afluências e o número insuficiente de profissionais são fatores que muitas vezes dificultam uma correta assepsia, distanciamento entre utentes.

As PBCI ganharam maior destaque com a pandemia COVID-19, que remeteu para a importância das mesmas numa prática diária. Ainda durante a pandemia foram instituídos procedimentos internos no serviço para minimizar o risco de infeção por SARS COV2, como

por exemplo a utilização de equipamento de proteção individual de nível intermédio ao entrar na Sala de emergência, de modo a proteger os profissionais e restantes utentes do serviço do risco de infeção.

Foi criado um espaço no SU, isolado do restante serviço, dotado de 11 isolamentos, dos quais dois possuem duas camas e um é destinado à área obstétrica para o atendimento às pessoas infetadas com SARS COV2. Cada unidade tem monitor, rampa de aspiração e oxigénio, tudo o necessário para uma prestação de cuidados em segurança. Foi estabelecido um circuito e áreas pelos gestores do serviço em conjunto com GCPPCIRA, de modo a reduzir o risco de contaminação. Ainda assim, após a ativação do espaço foi necessário fazer alguns ajustes de modo a facilitar a prestação de cuidados, nomeadamente a definição de uma zona para preparação de terapêutica a administrar, já que o número de enfermeiros era insuficiente para garantir, triagem, prestação de cuidados, administração de terapêutica, vigilância e encaminhar as pessoas após avaliação médica, o que muitas vezes implicava fazer ensinos de modo a garantir a continuidade dos cuidados e diminuir risco de contágio aos familiares no domicílio.

O SU, possui ainda um isolamento, dedicado às pessoas imunodeprimidas de modo a assegurar uma maior proteção das mesmas, até que as mesmas tenham alta, ou sejam admitidas no serviço adequado, com as melhores condições possíveis.

A UCI tem protocolados todos os procedimentos relativos a técnicas invasivas, com extremo cuidado no que respeita à assepsia de modo a prevenir as infeções adquiridas no serviço. Os enfermeiros da UCI têm especial atenção a esta temática e todos os cuidados prestados ao doente têm sempre presentes os quatro feixes de intervenção estabelecidos pela DGS, protocolados pelo GCPPCIRA. Realizei neste sentido, pensos ao cateter central e linha arterial, de acordo com plano de cuidados, executei cuidados inerentes à intubação oro traqueal para prevenir a pneumonia associada à intubação, troquei a rampa e os sistemas de soro sempre que planeado. O papel do enfermeiro é fulcral na Prevenção da infeção adquirida em unidades de saúde. A adesão às boas praticas emanadas pelas entidades responsáveis por esta área por parte dos enfermeiros é elevada. Na UCI, esta responsabilidade assume particular importância, tendo em conta a utilização frequente de dispositivos invasivos, associada ao estado geral da pessoa lá internada (Teles et al, 2020).

Acho importante aqui salientar os turnos efetuados durante o estágio na UCI dedicada ao COVID19, tendo em conta que neste local as medidas de proteção individual são de extrema importância para evitar contágio pelo vírus SARS COV2. O turno nesta unidade era de quatro horas, sendo que após essas quatro horas a equipa trocava, para poder

trocar de material de proteção. O papel dos enfermeiros em UCI, foi evidenciado com a evolução da pandemia COVID19. De acordo com González-Gil et al (2022), em vários países foram realizados estudos que revelaram a elevada importância dos enfermeiros nas UCI COVID-19, esperando a sua valorização a nível da sociedade e a nível governamental.

3. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A constante evolução da enfermagem e necessidade de aquisição de conhecimento que promovam um cuidado mais seguro foram fatores determinantes para o meu ingresso neste mestrado. Durante este processo formativo pude aprofundar e adquirir novas competências, que permitem na atualidade que a pessoa alvo dos meus cuidados, nomeadamente a PSC, tenha cuidados de qualidade através da aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos durante o meu percurso profissional e académico.

A Lei de Bases do Sistema Educativo, através do decreto-lei nº 65/2018, determina a atribuição do grau de mestre aos que demonstrem com base nos conhecimentos obtidos a nível do 1º ciclo, um elevado nível de compreensão e saber na área de especialização, que saibam aplicar os conhecimentos a situações novas e complexas, sejam capazes de integrar diferentes áreas de conhecimento, resolver problemas difíceis, criar respostas ou opiniões mesmo quando a informação disponível é limitada, e considerar as implicações éticas e sociais que poderão advir. De acordo com este decreto, um mestre deve ter a habilidade de expressar de maneira clara e inequívoca as suas conclusões, assim como os conhecimentos e pensamentos que as fundamentam e, deve estar capacitado para aprender continuamente ao longo da vida de forma essencialmente independente e autogerida.

Sendo assim, um mestre em enfermagem é um profissional altamente capacitado e especializado numa determinada área, através de competências adquiridas tanto ao longo da experiência clínica como pedagógica.

Ao longo de todo o meu percurso profissional a procura pelo conhecimento e por bases que pudessem fundamentar a minha atuação foi contínua evidenciando o interesse crescente na PSC.

Neste sentido, frequentei um curso de emergência pré-hospitalar, com o objetivo de aumentar o meu nível de conhecimento na área de reanimação e trauma. Frequentei o curso de suporte avançado de vida do SESARAM e, integrei a equipa de formadores numa ação de formação do centro de saúde de Santana, que tinha por objetivo dotar os assistentes operacionais do CS com competências em suporte básico de vida.

Participei nas primeiras jornadas de enfermagem médico-cirúrgica no Porto Santo com a apresentação de um poster intitulado “Queimaduras” e, frequentei o curso de

“emergência, trauma e catástrofe” do Grupo de Trauma e Emergência com creditação internacional.

Em 2011, tive a oportunidade de frequentar: “*Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)*” da *American Heart Association (AHA)*; Curso de emergência neonatal para enfermeiros da associação portuguesa de enfermeiros de urgência; PEEP - *Pediatric education for emergency medical services* do instituto de treino em emergência; GEMS - educação em emergência médica em geriatria do instituto treino em emergência; CATH - curso avançado de trauma hospitalar do instituto treino em emergência.

Além dos vários cursos com componente teórico-prática, a realização de uma pós-graduação em emergência e trauma entre 2010 e 2012, foi um pilar fundamental para o meu percurso atual. O final da pós-graduação culmina com o início da minha atividade no SUP, o que foi importante para colocar em prática os conhecimentos adquiridos.

Em 2012 frequentei o curso de ventilação do instituto politécnico do norte e participei no seminário “Doente Crítico em foco”. Alguns anos depois, fui habilitada a realizar triagem de Manchester após a frequência do curso de triagem de prioridades na urgência.

O início de funções no SEMER, no STAT-CIC em fevereiro de 2019, foi um marco no meu percurso, possibilitando-me colocar em prática a minha experiência profissional bem como os conhecimentos adquiridos ao longo da mesma. Desde o início, integro o grupo de trabalho dos fluxogramas de triagem utilizados, promovendo uma atualização dos mesmos sempre que necessário.

Analisando todo o meu trajeto profissional o ingresso neste MEMC fez todo o sentido para cimentar todos os conhecimentos e práticas adquiridos ao longo dos meus anos de atividade, bem como para adquirir novas competências.

Durante o meu percurso para obtenção do grau de mestre, realizei diversos trabalhos escritos durante as aulas teóricas, incluindo um estudo de caso sobre uma vítima de traumatismo torácico. Esta experiência possibilitou-me refletir e comparar as práticas com a evidência científica, identificando áreas de melhoria para futuras situações semelhantes.

Através da metodologia do ciclo de Gibbs, pude também explorar as minhas emoções e refletir sobre as minhas ações, integrando conhecimentos e lidando com questões complexas.

Além disso, a realização do projeto de autoformação no último ensino clínico e os relatórios efetuados ao longo da prática, permitiram planear, executar e posteriormente refletir sobre essas atividades.

Também tive a oportunidade de apresentar os resultados dos trabalhos realizados a enfermeiros, professores e colegas, adquirindo dessa forma, competências para expressar as minhas conclusões, pensamentos e conhecimentos de forma clara tanto para especialistas quanto para não especialistas.

Saí da minha zona de conforto no estágio efetuado na SIV, já que não tinha experiência no extra-hospitalar. Durante todo o ensino clínico, foi essencial pesquisar e fundamentar a temática com base em evidência científica, aprofundando conhecimentos para um cuidado personalizado, de qualidade e diferenciado. Tive ainda possibilidade de desenvolver diversas competências nos vários domínios, tendo como base a fundamentação científica, com recurso à reflexão com os enfermeiros da SIV, aquando da prestação de cuidados, de modo a consolidar conhecimentos e na procura da melhoria contínua da qualidade nos cuidados, demonstrando competências técnicas, científicas e relacionais, como apreciações finais. Ainda assim ressalvo uma dificuldade inicial em dissociar o meio extra-hospitalar do intra-hospitalar. Após algumas reflexões com enfermeiros da SIV e enfermeiro tutor, usando como recurso as pesquisas bibliográficas consegui perceber que os objetivos nestes contextos são diferentes.

O extra-hospitalar trabalha no imediato e tem como objetivo garantir a estabilidade da vítima até à chegada à unidade de saúde, sendo que no intra-hospitalar, já com recursos mais avançados e exames complementares de diagnóstico, o objetivo é além de uma estabilização inicial, garantir um cuidado eficaz para um melhor resultado possível no futuro. Considero que após as primeiras semanas e com os recursos utilizados ultrapassei esta dificuldade.

Na UCI onde o conhecimento dos profissionais é extremamente elevado e estão habilitados para cuidar da PSC nas mais variadas situações, desenvolvi habilidades para integrar diferentes conhecimentos e abordar questões desafiadoras, garantindo cuidados holísticos à pessoa, cuidador e família. Diante de situações complexas, adaptei-me e criei estratégias para enfrentá-las recorrendo-me de pesquisas bibliográfica e *debriefings* com o enfermeiro tutor e colegas.

Fazendo uma breve retrospectiva, posso afirmar que a minha atuação foi mudando ao longo deste percurso académico, deixando de pensar exclusivamente na execução de técnicas, procedimentos e protocolos, passando a privilegiar uma atuação baseada em evidência científica, de forma a encontrar a justificação das minhas intervenções. As práticas clínicas foram essenciais para esta aprendizagem, e permitiram desenvolver e adquirir competências que até então não detinha, nomeadamente a componente da relação

interpessoal, a capacidade de transmitir ideias e conhecimentos, fomentando a pesquisa entre os pares, a capacidade de gerir e liderar situações.

A realização de um *webinar* no INEM para os enfermeiros que trabalham na SIV foi o culminar de uma revisão bibliográfica onde pudemos expor as evidências encontradas ao longo da mesma, que suportaram uma proposta de atualização do protocolo de taquicardias nos adultos. Com um total de cerca de 70 enfermeiros, de norte a sul do país, o tema exposto teve boas críticas e foi bem aceite entre todos, bem como a proposta de atualização do protocolo de atuação na área. Gegenfurtner e Ebner (2019) realizaram um estudo onde evidenciam a importância da realização de *webinar* para um aumento de conhecimentos e competências no ensino superior.

Ainda no decorrer deste mestrado tive a oportunidade de frequentar o Curso MRMI®, realizado na Madeira, pela primeira vez, adaptado a um cenário real com o objetivo de colocar à prova todo o dispositivo do PREPCRAM. Neste curso fiquei alocada no centro de despacho de meios, colaborando com as várias entidades envolvidas, fazendo triagem telefónica e garantindo que além dos meios necessários para o local do incidente major, a existência de meios disponíveis para socorrer a população em geral não envolvida no incidente. No final, tive a oportunidade de expor perante todos os participantes e formadores a experiência vivida, bem como as dificuldades sentidas no centro de despacho de meios durante o evento, promovendo assim uma maior sensibilização para os potenciais problemas passíveis de correção.

Achatz et al. (2023), defendem que, tendo em conta o panorama atual e com uma guerra ativa no continente europeu é essencial e primordial esta preparação para uma eventual situação de multivítimas, salientando que a melhor forma de o fazer é através da prática e da simulação como é o caso do MRMI®.

CONCLUSÃO

O presente relatório, representa o culminar de um percurso há muito ansiado, inserido no V mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Este foi um percurso desafiador que exigiu a mobilização de recursos e estratégias pessoais e profissionais para poder atingir os objetivos propostos.

A concretização deste relatório permitiu uma análise crítico-reflexiva sobre o caminho percorrido e sobre as competências desenvolvidas ao longo do mesmo. O processo de aquisição de competências em enfermagem é fundamental para garantir que os enfermeiros promovem cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade às pessoas. Este processo envolve uma série de etapas que associam o conhecimento teórico à experiência profissional (Benner, 2005).

Uma prática baseada em evidências desempenha um papel importante neste processo de aquisição de competências o que implica uma atualização constante de modo a promover um cuidado mais adequado e seguro. O processo de aquisição de competências em enfermagem é contínuo e abrangente, começando na formação base e continuando ao longo da carreira profissional, garantindo enfermeiros preparados para atender às diferentes necessidades de saúde da sociedade.

O decorrer deste mestrado foi também marcado por algumas contingências. A pandemia que se viveu no início do ano de 2021, embora já com menos constrangimentos que na sua fase inicial, exigiu que grande parte das aulas teóricas fossem online, o que por um lado foi, na minha opinião, um fator facilitador neste processo, nomeadamente no que diz respeito às condicionantes profissionais e pessoais, permitindo muitas vezes conjugar as três vertentes.

O facto de exercer funções no serviço de urgência por mais de 5 anos, e ter creditação ao Ensino Clínico I, foi deveras facilitador, no entanto, durante o Estágio de opção tive a oportunidade de entrar em diversos SU da área metropolitana de Lisboa e observar as suas dinâmicas de funcionamento. Pude verificar que os problemas sentidos no SU são semelhantes aos do hospital onde exerço a minha prática, nomeadamente o grande volume de admissões para os recursos humanos e físicos existentes, bem como o número de doentes internados em áreas comuns pela inexistência de vagas nos serviços próprios.

O ensino Clínico II, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, foi uma mais-valia, por ser um serviço que acolhe a PSC de todas as especialidades, obriga a uma constante atualização e um saber aprofundado de todas as áreas, o que faz com que os seus profissionais sejam altamente capacitados para prestar cuidados de qualidade mesmo em situações de stress. Ainda assim estes profissionais intervêm junto do doente como um todo, nunca descurando a família/cuidador envolvendo-os no processo do cuidar e mantendo-os a par da situação vivida pelo familiar.

O Estágio de opção Clínica foi já um desafio diferente, pois implicou a saída da ilha por um longo período, o que levou a uma reorganização da dinâmica profissional e familiar de modo a poder cumprir os objetivos a que me propunha. Inicialmente houve a dificuldade em dissociar o meio extra-hospitalar do intra-hospitalar, dificuldade ultrapassada com a ajuda dos enfermeiros da SIV, bem como do enfermeiro tutor.

De salientar que ao longo deste processo formativo o apoio, a presença e disponibilidade constante dos docentes da Escola Superior de enfermagem São José de Cluny foram fundamentais para a conclusão deste mestrado.

Com a elaboração deste relatório, pude realizar uma análise crítica do percurso percorrido, tanto a nível pessoal quanto profissional. Este trabalho proporcionou-me uma maior consciencialização de que, apesar da complexidade desta metodologia, ela destaca o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências reflexivas, pensamento crítico, tomada de decisão, resolução de problemas e comunicação interpessoal. Estes são elementos essenciais para um crescimento tanto pessoal como profissional, promovendo o desenvolvimento das competências necessárias para enfermeiros especialistas. Especialmente no contexto da prestação de cuidados altamente qualificados e diferenciados a indivíduos em situações críticas de doença ou falência orgânica, este processo revela-se fundamental para garantir uma intervenção eficaz e oportuna.

É inequívoca a mais-valia da existência de equipas multidisciplinares com profissionais com vocação e formação adequada para a prática de cuidados de saúde. O meu investimento pessoal neste mestrado revela uma necessidade e uma motivação que me impelem a alcançar o melhor desempenho na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, adquirindo novas competências, para poder fazer mais e melhor.

Ao longo da realização do relatório senti algumas dificuldades, que se prenderam com as limitações de tempo, cansaço pela sobrecarga de trabalho, como na própria redação do mesmo. No entanto, foi mais um desafio no processo de aprendizagem pessoal e profissional, considerando que as metodologias adotadas foram eficazes, verificando o

desenvolvimento de competências nesta área foi uma mais-valia tanto a nível profissional como pessoal, e contribuiu sem dúvida para uma prática baseada em evidencia no meu contexto laboral assegurando cada vez mais cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achatz, G., Bieler, D., Franke, A., & Friemert, B. (2023). International efforts for improved terror preparedness: a necessity and an obligation. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 49, 587–588. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02251-7>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., & Almalki, M. (2020). Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk management and healthcare policy*, 13, 2627–2634. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279513>
- Amaral, G. & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Araújo, M. C., Peduzzi, M., Mazzi, N. R., Souza, C. M. S., & Leonello, V. M. (2023). Preceptorship contributions to the development of clinical and managerial skills in nursing residency. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20220510. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0510pt>
- Ayeneew T., Melaku B., Gedfew, M., Amha, H., & Bishaw, K.A. (2021). Nurses’ knowledge, practice, and associated factors of pain assessment in critically ill adult patients at public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100361>
- Babu, S. V. (2023). The golden hour trauma care. *Indian Journal of Neurotrauma*, 20(1), 49-54. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718479>
- Barreira, I. M. M., Martins, M. D. M., Silva, N. A. P., Preto, L. S. R., Domingues, M. L. M., & Preto, P. M. B. (2024). Resultados da aplicação de um protocolo de atendimento

ao AVC agudo em um hospital português. *Ciência, Cuidado e Saúde: contextualizando saberes*, 1, 405-413. <http://hdl.handle.net/10198/29669>

Barreto, M. S., Garcia-Vivar, C., Matsuda, L. M., Angelo, M., Oliveira, M. L. F., & Marcons, S. S. (2019). Presença da família durante o atendimento emergencial: vivência de pacientes e familiares. *Texto e Contexto Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0150>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Quarteto.

Bohula, E. A. (2019). Acute coronary syndromes. In A. K. Singh & J. Loscalzo (Eds.). *The Brigham intensive review of internal medicine* (3rd ed., pp. 820–833). Elsevier.

Cabral, J. V. B., Silva, W. B. de S., & de Farias, R. R. S. (2021). Avaliação do conhecimento enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva sobre monitorização hemodinâmica. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(3). <https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/783>

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

Carvalho, C. I. S. (2020). *Segurança do doente crítico: notificação de eventos adversos* (Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto politécnico de Portalegre). <http://hdl.handle.net/10400.26/33594>

Castro M. C. S. P., Marques M. C. M. P., & Vaz C. R. O. T. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>

- Conceição, M. A. M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas). <https://hdl.handle.net/10216/89733>
- Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 21 jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decretolei/65-2018-116068879>>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República**. 2ª Série 153 (11/08/2014). 20673-20678. [consultado em 03 out. 2023]. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 229 (26/12/2013). 34563-34565 [Consult. 22 jun. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013>
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** II Série. Parte E. 218 (09/11/2020) 180-182. [Consult. 20 out. 2023]. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** 2ª Série. 28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10). [Consult. 18 mai. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015>
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27/05/2015). 13550-13553. [Consult. 20 mai. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Despacho n.º 629/2019. **Diário da República** 2ª Série. Parte E. 10 (15/01/2019) 1916. [Consult. 20 out. 2023]. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/01/010000000/0191601916.pdf>

Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021) 96-103 [Consult. 21 out. 2023]. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho normativo n.º 11/2002. **Diário da República**. I Série (06/03/2002). 1865-1866. [consultado em 03 out. 2023]. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>

Dias, P. A. L. (2023). *Via Verde Sepsis no serviço de urgência de uma unidade local de saúde do norte do país entre 2018 e 2022* (Relatório estágio de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/29239>

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

Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 002/2015**: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. 2015. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 010/2016**: Via Verde Sepsis no Adulto. Acessível na DGS

Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 012/2022**: Via Verde do Trauma no Adulto. Acessível na DGS

Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 015/2013**: Consentimento informado, esclarecido e livre /para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.

Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 015/2017**: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acessível na DGS

Direção-geral da saúde – **Norma nº 019/2015**: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. 2015. Acessível na DGS.

Direção-geral da saúde – **Norma nº 021/2015**: “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. 2015. Acessível na DGS

- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 022/2015**: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 2015. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 029/2012**: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). 2012/10/31. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde: Reconhecimento da qualidade no serviço nacional de saúde*. https://www.dgs.pt/ms/8/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/acreditacao_-_brochura_-_modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saudepdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/plano-nacional-para-a-segurancados-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Donnelly, S. M., & Psirides, A. (2015). Relatives' and staff's experience of patients dying in ICU. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(12), 935-942. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv059>.
- Donnelly, S.M., & Psirides, A. (2015). Relatives’ and staff’s experience of patients dying in ICU. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(12), 935–942. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv059>
- Dupont, P., El-Dine, G. P., Santos, S. K. Z. (2021). Relevância da Comunicação de más notícias pelo profissional de Saúde de forma adequada: revisão narrativa. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e8695.2021>
- El-Gazar HE, Zoromba MA. Ethical Leadership, Flourishing, and Extra-Role Behavior Among Nurses. *SAGE Open Nurs*. 2021 Dec 9;7:23779608211062669. doi: 10.1177/23779608211062669.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, J. W., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Executive summary: Surviving sepsis campaign:

International guidelines for the management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1974-1982. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000005357>

Fernandes, S. C., Pinto, V. M. P., Seara, M. L. P. S., Gomes, L. M. R. M., Clemente, F. A. M., Santos, M. J. E., & Moura, C. M. M. G. F. (2024). Estratégias supervisivas dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista Recien*, 14(42), 28-37. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.2837>

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), e19086. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>

Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista Da UI_IPSantarém*, 6(2), 102–107. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>

Gegenfurtner A., & Ebner C. (2019). Webinars in higher education and professional training: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Educational Research Review*, 28, 100293. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2019.100293>.

González-Gil M.T., Oter-Quintana C., Martínez-Marcos M., Alcolea-Cosín M.T., Navarta-Sánchez M.V., Robledo-Martín J. (2022). El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Intensiva*, 33, 77-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.09.005>

González-Rincón, M., Díaz de Herrera-Marchal, P., & Martínez-Martín M. L. (2019). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30, 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.02.001>

Graversen, D. S., Christensen, M. B., Pedersen, A. F., Carlsen, A. H., Christensen, H. C., Vestergaard, C. H., & Huibers, L. (2020). Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC Family Practice*, 21, 84. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01122-z>

- Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – **Procedimento GCPPIRA.PRO.034**: Infeção pelo novo Coronavírus – Prevenção da Transmissão Cruzada. 16/08/2021. Revisão 16/12/2021. Acessível em SESARAM
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019) *Relatório grupo de trabalho serviço de urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GTUrg%C3%A4ncias.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>.
- Grupo Português de Triagem. (2021). *História do protocolo da triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolotriagem-manchester/>
- Hampson, D. (2020). Major incident preparedness: a curriculum and workplace necessity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28, 115. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00812-y>
- Holmgren C., Jussèn S., Hagiwara, M. A., & Rådestad, M. (2022). Charge nurses' perceived experience in managing daily work and major incidents in emergency departments: A qualitative study. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 296-301. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.02.003>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica* (2ª ed.). Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*. Author

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Relatório anual de gestão e atividades 2022*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Relatorio-Anual-de-Gestao-e-Atividades-do-INEM-2022_homologado.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde: 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Taxa de criminalidade (%o) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012260&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Causas de morte*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE©: Classificação internacional para a prática em enfermagem*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnpPortuguese_translation.pdf
- Kaboli, P. J., Augustine, M. R., Rose, D. E., Chawla, N., Bouchard, M., & Hebert, P. (2021). Call Center Remote Triage by Nurse Practitioners Was Associated With Fewer Subsequent Face-to-Face Healthcare Visits. *Journal of general internal medicine*, 36(8), 2315–2322. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06536-0>
- Karlsen, M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing in critical care*, 24(3), 115–131. <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. ASA.
- Lei n.º 111/2009. **Diário da República**, 1.ª série, N.º 180 (16 -09-2009) [Consult. 3 out. 2023]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Lei_111_2009.pdf

- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 nov. 2023].
Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lopes, M. A., Gomes S. C., & Lobo, B.A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Ordem dos enfermeiros.*
- Loureiro, F., & Charepe, Z. (2018). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital: análise do conceito. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 23-29.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.6787>
- Luo, Y., Geng, C., Pei, X., Chen, X., & Zou, Z. (2021). The Evaluation of the Distance Learning Combining Webinars and Virtual Simulations for Senior Nursing Students during the COVID-19 Period. *Clinical Simulation in Nursing*, 57, 31-40.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.04.022>
- Malta, F. H., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. A. (2023). Comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(04), e28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>
- Marcos, A.M.L. (2019). *Relatório de Estágio* (Relatório de Estágio de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa).
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/38232/1/203035437.pdf>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, G. A., Silva, R. A., Aguiar, L. L., Pereira, F. G. F., & Caetano, J. A. (2018). Aspetos de interesse e preparo dos enfermeiros de terapia intensiva sobre injúria renal aguda. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 22, e-1135.
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180064>
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>

Mendonça, R., Silva, A., Souza, V., Derenzo, N., Biserra, C., Neves, I., Zago, M., & Fernandes, C. (2022). A prática da enfermagem forense: perspectivas de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. *Brazilian Journal of Development*. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-190>.

National Association of Emergency Medical Technicians. (2020). *PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (9ª ed.). Jones & Bartlett Learning.

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Oliveira, F.M.B., Lima, I.R., Spaziani, A.O., Spaziani, L.C., Silva, D.P.T. (2020). Ação da hipotermia terapêutica e seus efeitos em pacientes reanimados pós-parada respiratória: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3, 1384-1392. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-004>

Ordem dos Enfermeiros – **Parecer CJ 64/2017**: Pedido de parecer sobre disponibilização/indicação de medicação. Acessível na OE.

Ordem dos enfermeiros - **Parecer nº 06/2013**: Pronuncia sobre programa prevenção e controlo de infeções, resistência aos antimicrobianos. 2013/09/19. Acessível na OE, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros – **Parecer nº 23/2015**: Avaliação de sinais vitais na triagem. Acessível na OE.

Ordem dos Enfermeiros – **Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros**. 2016-05-09. Acessível na OE.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Author

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroej_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordem dos Médicos (2017). *Atendimentos Suplementares em medicina geral e familiar*.
https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Parecer_ATENDIMENTOS_SUPLEMENTARES_EM_MGF.pdf
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina intensiva) e Sociedade Portuguesa de cuidados intensivos (2023). *Transporte de Doentes críticos Adultos*.
<https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Ornelas, S., Abreu, L. P., Vale, S., & Pestana, C. (2023). Ativação da via verde coronária na região autónoma da Madeira: Estudo de coorte. *Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.751>
- Ornellas, T. C. F., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Perlingeiro, J. A., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 44(4), 340-347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- Pimenta, C., Pastana, I. C. A. S. S., Sichieri, K., Gonçalves, M. R. C. B., Gomes, P. C., Solha, R. K. T., & Souza, W. (2015). *Guia para construção de protocolos*

assistenciais de enfermagem. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/b5df8752-e889-49e1-a78e-284615db953b/PIMENTA%2C%20C%20A%20de%20M%20doc%20185.pdf>

Pinto, C., Gomes, J.T., Pires, C. Duarte, F., Mota, L. & Príncipe, F., (2021). Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 19-27. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147>

Prade, J. & Cesário Copes, F. (2020). Importância da terapia nutricional em pacientes atendidos em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 11(2). <https://revistaub.com/index.php/RUB/article/view/50>

Rayan, A., Ghabeesh, S. H., & Qarallah, I. (2022). Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News. *SAGE Open Nursing*, 8. <https://doi.org/10.1177/23779608221089999>

Rebustini, R. E. L. F., Bispo, N. S., Alves, W. S., Dias, T. N., Santoro, C. M., & Padilha, K. G. (2019). Level of acuity, severity and intensity of care of adults and older adults admitted to the Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 53, e03416. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017051403416>

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2017). *Medicina Intensiva: Grupo de Trabalho*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. (2020). *Medicina Intensiva: Grupo de Trabalho: Atualização*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf

Regulamento n.º 226/2018. **Diário da República** série II. 74 (16-04-2018) 10758 – 10764. [Consult. 23 mai 2023. Disponível em WWW: < <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>>

- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3787. [Consult. 18 mai 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06/02/2019). [Consult. 16 mai 2023]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>
- Regulamento n.º 361/2015. *Diário da República* 2ª série. 123 (23/06/2015). [Consult. 16 mai. 2023]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018). [Consult. 22 mai 2023]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n.%C2%BA%20429%2F2018>
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 16 mai m 2023]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Reifarth, E., Garcia Borrega, J., & Kochanek, M. (2023). How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, 103328. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103328>
- Resolução n.º 1163/98, **JORAM** I Série. 67 (14/09/1998). Disponível em: <https://joram.madeira.gov.pt/joram/1serie/Ano%20de%201998/ISerie-067-1998-09-14.pdf>
- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L. J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1488–1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, M. G. (2022). Atualizações da avaliação hemodinâmica do doente crítico em UTI. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(6), 23363-70. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-123>.

Saraiva, D. A. (2019). *O cuidar da família da pessoa em situação crítica no contexto de emergência extra-hospitalar: intervenção especializada de enfermagem* (Relatório de estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Protocolo n° 012**: Acolhimento do Utente/Pessoa Significativa. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Protocolo n° 012**: Monitorização do potássio sérico. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Protocolo n° 013**: Manual do Grupo do PPCIRA Pro. 013 Prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical. 2017. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Protocolo n° 033**: Manual do Grupo do PPCIRA Pro. 033 Prevenção da infeção associada aos cateteres vasculares centrais, versão 004; Pro.034 Monitorização dos cateteres venosos centrais (CVC), versão n° 001; DAPO.0008 Questionário auditoria das práticas associadas ao cateter venoso central, versão n° 001. 2017. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Relatório n° 0001**: Documento Técnico Relatório do Grupo de Coordenação do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Acessível no SESARAM, Funchal.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – **Relatório n° 0001**: Relatório do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos 2018. 2019. Acessível no SESARAM.

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2018). *Plano de catástrofe 2018*.
Author

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d.). *Breve história da qualidade do SESARAM*.

https://www.sesaram.pt/funcionarios/index.php?option=com_content&view=article&id=5928&Itemid=1046

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. **Relatório de Atividades e de gestão 2022**. 2023. Acessível no SESARAM.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Programa de acreditação*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/> Serviço Regional da Proteção Civil. (2022).

Serviço Regional de Proteção Civil. (2022). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira*. <https://www.procivmadeira.pt/pt/planeamento-emergencia/plano-regional-deemergencia-prepcram.html>

Seymour, C. W., Liu, V. X., Iwashyna, T. J., Brunkhorst, F. M., Rea, T. D., Scherag, A., Rubenfeld, G., Kahn, J. M., Shankar-Hari, M., Singer, M., Deutschman, C. S., Escobar, G. J., & Angus, D. C. (2016). Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 762–774. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0288>

Silva, E. A. C., Tipple, A. F. V., Souza, J. T., & Brasil, V. V. (2010). Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 12(3), 571-577. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>

Silva, G. G. D., Araújo, I. C. F. D., & Estevo, T. S. (2021). Ações a serem desempenhadas pelo enfermeiro no processo de hipotermia terapêutica. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 54. <https://doi.org/10.51161/rem/2485>

Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de trabalho por enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>

Silva, R., Ferreira, C., Sá, G., Souto, R., Barros, L., & Galindo-Neto, N. (2022). Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S.,

Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

Sole, M. L., Klein, D. G., & Moseley, M. J. (2021). *Introduction to critical care nursing* (8th ed.). Saunders.

Souza, L. E. S, Mendonça, V. R, Silva, M. L, Oliveira, G. P., Silva, T. V., Silva, A.V., Abreu, A. C., Brnagioni, M. S. V., Bitu, N. T. R., & Silva, E. B. C. (2022). Atenção das equipes de saúde diante pacientes em estado crítico. *Research, Society and Development*, 11(10), e392111032946. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32946>

Taran, Z., Namadian, M., Faghihzadeh, S., & Naghibi, T. (2019). The Effect of Sedation Protocol Using Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) on Some Clinical Outcomes of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: a Randomized Clinical Trial. *Journal Of Caring Sciences*, 8(4), 199–206. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.028>

Teles, J. T., Sousa, B. V. N., Oliveira, E. F., & Martins, M. M (2020). Medidas de prevenção à infecção hospitalar em unidades de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, 19(1), 67-74. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.2658>

Tribunal de Contas Europeu. (2024). *Relatório especial segurança rodoviária*. Luxemburgo. https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-04/SR-2024-04_PT.pdf

Verma, P., & Kerrison, R. (2022) Patients' and physicians' experiences with remote consultations in primary care during the COVID-19 pandemic: a multi-method rapid review of the literature. *British Journal of General Practice*, 6(2). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0192>

Vikke, H. S., Giebner, M., & Kolmos, H. J. (2018). Prehospital infection control and prevention in Denmark: a cross-sectional study on guideline adherence and microbial contamination of surfaces. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26, 71. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0541-y>.

Wiggers, E., & Donoso, M. T. V. (2020) Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: A Enfermagem e a sua historicidade. *Enfermagem em foco*, 11(1). 58-61. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567/803>

Wojnar-Gruszka, K., Segal, A., Płaszewska-Żywko, L., Wojtan, S., Potocka, M., & Kózka, M. (2022). Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10894. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710894>

World Health Organization. (2007). *Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health*. Author
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43628/9789241595254_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Author
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2023). *Research agenda for hand hygiene in health care 2023–2030: summary*. Author
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367527/9789240073715-eng.pdf?sequence=1>