

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CENTRALIZANDO O CUIDADO ESPECIALIZADO
EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA EM DISTINTOS CONTEXTOS:
Um percurso de mestria**

Ana Solange Costa Silva

**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

**CENTRALIZANDO O CUIDADO ESPECIALIZADO
EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA EM DISTINTOS CONTEXTOS:
Um percurso de mestría**

Ana Solange Costa Silva

Orientadora: Professora Doutora Noélia Pimenta

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

**Funchal,
2024**

“If you are going to achieve excellence in big things, you develop the habit in little matters. Excellence is not an exception, it is a prevailing attitude”

Colin Powell, s.d.

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado só foi possível graças aos valiosos incentivos e encorajamentos que me motivaram e inspiraram ao longo desta jornada, oferecendo o suporte essencial para superar desafios e alcançar a realização pessoal e profissional. Por isso, gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos os que contribuíram para este sucesso.

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pelo rigor, excelência e profissionalismo no ensino.

À Professora Doutora Noélia Pimenta, pelo conhecimento transmitido e pelo contínuo incentivo ao meu desenvolvimento. A sua orientação foi fundamental para o meu crescimento. Agradeço profundamente o seu apoio.

Agradeço também a todos os docentes e enfermeiros orientadores pela formação de qualidade, pelos valores transmitidos e pelo exemplo que se tornaram, sendo referências essenciais no meu percurso.

À minha mãe, mulher da minha vida, agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pela dedicação incansável. As suas palavras sábias e encorajadoras foram fundamentais para me impulsionar a ir mais além, enfrentando cada desafio com coragem.

À minha irmã, agradeço pelo apoio constante. A tua presença e palavras motivadoras foram essenciais em cada passo da minha jornada. Obrigada por seres minha amiga e confidente, sempre disposta a ajudar e a incentivar-me a seguir em frente.

Aos meus amigos e colegas de equipa, agradeço o apoio, a camaradagem e o companheirismo ao longo desta jornada. Juntos superámos desafios e crescemos, tanto a nível pessoal como profissional. A vossa colaboração, partilha de conhecimentos e incentivo constante foram fundamentais para o meu sucesso. Sou grata por cada momento vivido e pela força que me transmitiram.

A todos os que, de alguma forma, não foram explicitamente mencionados, mas que contribuíram para a conclusão deste percurso com sucesso, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em consórcio com a Escola Superior Saúde Santa Maria, foi elaborado o presente Relatório de Mestrado, cujo desenvolvimento irá permitir a sua apresentação e discussão pública para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório tem como objetivos evidenciar de forma crítica e reflexiva as competências comuns e específicas adquiridas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e demonstrar a aquisição das competências de Mestre através da sua apresentação e discussão para a obtenção do Grau de Mestre e o título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da PSC. Para a concretização destes objetivos, foram cruciais as práticas clínicas realizadas no Serviço de Urgência Polivalente e nos Cuidados Intensivos Polivalente, assim como no contexto de Emergência Extra-Hospitalar, que correspondeu à minha área de opção clínica. Esta escolha deve-se ao meu interesse pessoal e profissional, bem como por ser o contexto em que ocorre o primeiro contacto da PSC com uma equipa de saúde sendo, portanto, essencial a permanência de profissionais especializados na área, possibilitando a prestação de cuidados adequados, integrais e holísticos, determinantes para a diminuição da taxa de mortalidade e morbidade e obtenção de ganhos em saúde.

A metodologia será descritiva, analítica e reflexiva fundamentada na mais recente evidência científica, nos regulamentos das competências comuns e específicas do EEEMC, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados na área de Enfermagem à PSC e nas competências preconizadas para atribuição do Grau de Mestre, dando visibilidade às diferentes atividades e ações/intervenções desenvolvidas.

Como resultado de aprendizagem, evidencio o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa e família/pessoas significativas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe e no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.

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

ABSTRACT

As part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing Care for the Critically Ill Person at the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, in consortium with the Escola Superior de Saúde Santa Maria, this Master's Report was prepared. Its development will enable its public presentation and discussion for the attainment of the degree of Master in Medical-Surgical Nursing.

The report aims to critically and reflectively highlight the common and specific skills acquired in providing nursing care to critically ill patients and their families, and to demonstrate the acquisition of the competencies required for the Master's degree. This will be achieved through the presentation and discussion of the report, which will lead to the attainment of the Master's degree and the professional title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing. To achieve these objectives, the clinical practices undertaken in the Emergency Department and the Intensive Care Unit, as well as in the context of Pre-Hospital Emergency Care, which was my chosen clinical focus area, were crucial. This choice was motivated by both my personal and professional interests, as it is the context in which the first contact between the critically ill patient and the healthcare team takes place. Therefore, the presence of specialized professionals in this area is essential to ensure the provision of appropriate, comprehensive, and holistic care, which is vital for reducing mortality and morbidity rates and achieving health gains.

The methodology will be descriptive, analytical, and reflective, based on the most recent scientific evidence, the regulations governing the common and specific competencies of the EEEMC, the quality standards for specialized care in Critical Care Nursing, and the competencies required for obtaining the Master's degree. This will provide insight into the different activities and actions/interventions developed.

As a result of this learning process, I have developed skills in caring for critically ill patients and their families/significant others experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure, in managing responses to emergencies, exceptional situations, and disasters, and in maximizing interventions for infection prevention, control, and antimicrobial resistance management.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHA - American Heart Association

ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support

ACSA - Agencia de *Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

bpm - batimentos por minuto

BPS - Bhavioral Pain Scale

CIC-CROS - Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

cpm - ciclos por minuto

CVC - Cateter Vascular Central

DAE - Desfibrilhação Automática Externa

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR - Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITEAMS - INEM Tool for Emergency Alert Medical System

MRMI - Medical Response to Major Incidents

NAEMT - National Association of Emergency Medical Technicians

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PGEEHCI - Pós-Graduação em Emergência Extra-Hospitalar e Cuidados Intensivos

PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PTEMT - Portuguese Emergency Medical Team

RAM - Região Autónoma da Madeira

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

START - Simple Triage and Rapid Treatment

STAT - Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico

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

SU - Serviço de Urgência

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

TPC - Tempo preenchimento Capilar

TRTS - Triage Revised Trauma Score

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP - Úlceras por Pressão

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PERCURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	12
1.1. Enquadramento teórico: cuidar da PSC em distintos contextos.....	19
1.1.1. Serviço de Urgência Polivalente	26
1.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	27
1.1.3. Serviço Regional de Emergência Médica da Região Autónoma da Madeira	28
1.1.4. Instituto Nacional de Emergência Médica	30
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	32
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	32
2.2. Melhoria contínua da qualidade	39
2.3. Gestão de Cuidados	50
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	56
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	59
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	60
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	76
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica	84
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	93
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em consórcio com a Escola Superior Saúde Santa Maria. A sua elaboração, e subsequente apresentação e discussão pública, visa a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, este relatório intitula-se “Centralizando o Cuidado Especializado em Enfermagem à PSC em distintos contextos: um percurso de mestría” e contou com a orientação pedagógica da Professora Doutora Noélia Pimenta.

Segundo o regulamento nº429/2018, considera-se a PSC “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362). Considerando tais exigências, torna-se evidente a necessidade de cuidados de enfermagem altamente qualificados, diferenciados e avançados, prestados de forma ininterrupta como resposta às necessidades afetadas, perspetivando a manutenção das funções básicas de vida e a prevenção de complicações e incapacidades, com o intuito da sua recuperação total. Compreende-se então que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) no cuidado à pessoa e família/cuidador em situação crítica implica uma mobilização contínua de uma panóplia conhecimentos e competências teórico-práticas, científicas, psicomotoras e ético-relacionais, dada a complexidade e multiplicidade das respostas humanas aos processos de transição de doença nos mais diversos contextos.

Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, no seu artigo 20º que define a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, propõe-se para a obtenção deste grau a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151). Como sabemos, a realização de estágios proporciona oportunidades únicas e enriquecedoras que, quando bem aproveitadas, resultam em mudanças positivas tanto no comportamento quanto na prática profissional. Neste sentido, os contextos da prática foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e conhecimentos especializados. O curso contempla Unidades Curriculares que por sua vez integram ensinamentos clínicos, nomeadamente o Ensino Clínico I – Serviço de Urgência (SU) Polivalente realizado num Centro Hospitalar em Lisboa; Ensino Clínico II e Módulo 1 da Unidade Curricular Estágio

com Relatório efetuado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) e Módulo 2 - Opção Clínica realizado em contexto extra-hospitalar nomeadamente no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) da Região Autónoma da Madeira (RAM) e no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Escolhi o contexto extra-hospitalar como área de opção por interesse pessoal e profissional. Sendo este o local onde ocorre o primeiro contacto da PSC com a equipa de saúde, a presença de profissionais especializados revela-se essencial para garantir cuidados integrais e holísticos, fundamentais para reduzir a mortalidade e morbilidade e promover ganhos em saúde. Acrescento que os ensinamentos clínicos decorreram entre novembro de 2023 e maio de 2024, sempre sob tutoria de um EEEMC.

A elaboração deste relatório procurará, assim, evidenciar o percurso formativo desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado, nomeadamente as competências adquiridas e desenvolvidas no cuidar especializado à PSC e respetiva família/pessoas significativas, demonstrar o desenvolvimento do pensamento crítico na abordagem à PSC nos diferentes contextos da prática, bem como, evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre através da discussão pública do relatório de estágio de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

Do ponto de vista estrutural, este relatório está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo contempla um enquadramento teórico sobre o cuidado da PSC em diferentes contextos, bem como a caracterização dos serviços onde tive a oportunidade de desenvolver as práticas clínicas, proporcionando uma visão mais aprofundada das especificidades de cada ambiente de atuação. No segundo capítulo contemplo uma descrição e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE). No terceiro capítulo abordo o desenvolvimento de competências especializadas e, por fim, no quarto capítulo o percurso de aquisição das competências de Mestre.

No que concerne à metodologia adotada para a elaboração do presente relatório, basear-se-á numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva do percurso por mim desenvolvido através do pensamento crítico, da experiência pessoal e profissional, bem como da pesquisa/procura de evidência científica recente e fidedigna.

Saliento que o presente relatório será redigido segundo a norma utilizada para o tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, normas propostas pela American Psychological Association expostas no documento de normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos.

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

A Enfermagem desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde à população. Para tal, abrange práticas que vão desde a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados continuados e paliativos ao longo de todo o ciclo vital, o que, aliado ao aumento da longevidade e das necessidades de saúde, impõe aos enfermeiros desafios crescentes nas instituições de saúde. Os enfermeiros têm, assim, a responsabilidade de oferecer cuidados humanizados e individualizados, promovendo a saúde de cada pessoa de forma holística, independentemente do seu estado de saúde (Potter et al., 2018).

Um dos principais referenciais que orienta a prática da enfermagem como profissão foi estabelecido em 1996, no Decreto-Lei n.º 161/96, publicado no Diário da República, conhecido como Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No seu artigo 4º, é definida a enfermagem como uma disciplina ou área da saúde cujo objetivo é:

“prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p.95).

Desde a implementação do Decreto-lei nº 104/98, e a consequente formalização do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem adotou um modelo de autorregulação que abrange o acesso à prática profissional, sua supervisão e desenvolvimento. Este modelo impulsionou o progresso da profissão, uma vez que a OE ficou encarregada da regulamentação e fiscalização do exercício profissional, incluindo os aspetos deontológicos e disciplinares. Desde então, diversos documentos e regulamentos foram elaborados para alinhar a prática com a Ciência de Enfermagem, como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os regulamentos referentes às competências dos enfermeiros de cuidados gerais e especialistas.

Outro pilar essencial da prática de Enfermagem é o Código Deontológico dos Enfermeiros, que estabelece os deveres dos profissionais em relação aos direitos dos utentes e às responsabilidades sociais da profissão. Enquanto a dimensão deontológica se refere às características da profissão e ao conjunto de normas e regras que os membros devem seguir, visando a correção das suas ações, a dimensão ética apela à reflexão sobre essas ações.

Assim, o Código Deontológico representa um dever profissional, baseado na reflexão moral e nos princípios do direito, com o objetivo de promover as boas práticas da profissão.

Compreende-se, então, que a Enfermagem é reconhecida como uma profissão organizada e fundamentada em conhecimento e disciplina, contando com um código de ética, autonomia e compromisso com valores sociais que sustentam a sua autorregulação (Morais, 2012). Centralizada no cuidado, a Enfermagem tornou este ato em objeto de estudo e prática profissional, unindo competência técnica e sensibilidade (Barros & Sá-Silva, 2020). A Enfermagem integra, assim, a arte e a ciência do cuidar, promovendo e otimizando o cuidar num ato científico e profissional, baseado em conhecimento científico e na disciplina da Enfermagem (American Nurses Association, 2024).

Na prática de enfermagem, a evolução constante do conhecimento exige um compromisso contínuo com a formação, essencial para o desenvolvimento de competências e adaptação aos novos contextos, impulsionados pelos avanços científicos e tecnológicos. Esse aprimoramento contínuo contribui para o surgimento de novos modelos e teorias de enfermagem, garantindo que os enfermeiros apliquem as melhores práticas baseadas em evidências e assegurem cuidados seguros e eficazes.

Historicamente, o saber na enfermagem era baseado em outras áreas, com foco na cura. Com o surgimento das teorias de enfermagem, foi possível distinguir e fundamentar esta área da saúde, enfatizando o cuidar em vez da mera realização de tarefas. Florence Nightingale, primeira teórica moderna da enfermagem, estabeleceu as bases dos cuidados com uma abordagem holística e personalizada, desvinculando a enfermagem do modelo biomédico centrado na doença e promovendo o desenvolvimento moral, a valorização das relações e a centralização da pessoa em todas as suas dimensões (Ribeiro et al., 2018).

Essa transformação da enfermagem resultou da investigação e do estudo de diversas teóricas, que desenvolveram paradigmas e modelos, consolidando-a como uma profissão complexa e distinta, com práticas mais rigorosas. Os conceitos e práticas da enfermagem evoluíram, superando o conhecimento empírico e integrando elementos práticos e teóricos. Esse processo de evolução conceitual, que passou da prática empírica para o conhecimento científico, ainda está em curso, visando consolidar a enfermagem como uma ciência distinta, fundamentada em princípios filosóficos e científicos, sendo o conhecimento científico e humanístico uma das grandes conquistas da profissão (Rodrigues, 2024; Sousa et al., 2019).

Enquanto ciência, a enfermagem combina teoria, método e evidência científica com uma abordagem holística. Ao cuidar, o enfermeiro observa a singularidade e integralidade da pessoa, reconhecendo que a empatia não diminui a competência científica; pelo contrário,

é essencial, especialmente em cuidados complexos. Os conhecimentos mobilizados incluem assim o saber científico, ético, de ser, de estar, de fazer e estético, resultando numa prática que integra a arte e a ciência de cuidar de forma interdependente (Costa & Gonçalves, 2021).

O ato de cuidar é a essência da enfermagem, oferecendo suporte integral à pessoa, família e comunidade em todas as fases da vida. Para tal, o enfermeiro aplica a metodologia do processo de enfermagem, que inclui avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de resultados, com foco na personalização, equidade e qualidade dos cuidados. Baseada em evidências, essa abordagem adapta os cuidados às necessidades individuais, promovendo eficácia e humanização, sempre respeitando a dignidade e singularidade da pessoa (Santos et al., 2021).

Ao interagir com a pessoa em situações de saúde-doença, o enfermeiro considera o seu contexto sociocultural e fase de transição, assumindo um papel facilitador no desenvolvimento de estratégias eficazes para enfrentar as mudanças que essa transição envolve.

Meleis (2012) considera cada pessoa um ser com necessidades únicas, em constante interação com o ambiente e capaz de adaptação. Todavia, em situações de vulnerabilidade ou doença, ocorre um desequilíbrio que inicia processos de transição, os quais exigem adaptação e reorganização interna, seja a mudança forçada ou voluntária. Robalo (2016) complementa, destacando que a transição vai além de uma simples mudança; é um processo psicológico que envolve adaptação e autodeterminação, permitindo que a pessoa integre a mudança na sua vida. Assim, a transição implica movimento e adaptação à mudança, não significando o retorno ao estado anterior. Esse processo afeta cada indivíduo de maneira única e requer tempo para que se distanciem de comportamentos e identidades anteriores. As transições geralmente ocorrem em resposta a eventos críticos, que despertam a consciência da mudança e incentivam um maior envolvimento na experiência.

Ao longo deste relatório, será evidente o meu foco na PSC durante o processo de transição saúde/doença, sustentando a minha prática com base em duas grandes teóricas da enfermagem: Afaf Meleis, através da Teoria das Transições, e Patricia Benner, através do Modelo de Aquisição de Competências de Perícia de Dreyfus. A escolha de Meleis deve-se à sua abordagem essencial para o cuidar especializado da PSC, proporcionando uma compreensão profunda dos processos de mudança durante as transições e permitindo apoiar os utentes em momentos de vulnerabilidade, facilitando a adaptação às novas realidades de saúde. Por sua vez, o modelo de Benner orienta o desenvolvimento gradual das competências clínicas, fundamentais para o cuidado especializado à PSC, permitindo-me aprimorar

habilidades para lidar com situações complexas e garantir respostas rápidas e seguras. Assim, ambas as teorias se complementam, orientando tanto o apoio ao doente em transição quanto o desenvolvimento das minhas competências, visando cuidados de excelência.

Focando agora na Teoria das Transições de Meleis, que integra o paradigma da simultaneidade/transformação e a escola da interação, esta teoria destaca que as interações entre enfermeiro e cliente têm um objetivo específico: promover, restaurar ou facilitar a saúde durante as transições que ocorrem em três domínios: desenvolvimento (ao longo do ciclo vital), situações de vida (mudanças inesperadas e redefinição de papéis) e estados de saúde-doença (mudança repentina com implicações físicas, psicológicas e sociais). Tais processos podem ser desencadeados por mudanças no estado de saúde, papéis, expectativas ou capacidades da pessoa (Robalo, 2016; Meleis, 2012).

Enquadrando a PSC, a transição de saúde/doença é um processo frequente, caracterizado por mudanças abruptas no estado de saúde, que geram impactos físicos, psicológicos e sociais. Esse momento desafiante exige uma resposta rápida e eficaz dos profissionais de enfermagem para estabilizar a condição de saúde/doença e atender às novas necessidades emergentes (Meleis, 2012).

Todavia, a transição só ocorre quando a pessoa toma consciência do seu novo estado, sendo essa consciencialização essencial para o processo pois quanto mais ciente das mudanças, maior será seu envolvimento na transição. Essa consciencialização envolve reconhecer a mudança, compreender o que ocorre e adaptar-se a um novo modo de viver. Portanto, os cuidados de enfermagem são fundamentais, uma vez que as transições geram instabilidade e exigem readaptação para restaurar a estabilidade (Meleis, 2012).

No cuidado à PSC, tal torna-se particularmente relevante. A capacidade de reconhecer rapidamente essas transições é crucial, pois cada mudança exige uma resposta imediata e adaptada, garantindo que os cuidados de enfermagem sejam eficazes e centrados nas necessidades específicas do utente em instabilidade. Durante essas transições bruscas, em que o estado de saúde do utente pode mudar rapidamente, a consciencialização é essencial. Ao reconhecer os sinais de instabilidade, os enfermeiros podem facilitar a adaptação da PSC ao novo cenário, implementando intervenções que estabilizem sua condição. Isso inclui a monitorização constante de parâmetros vitais, comunicação clara sobre o estado de saúde e apoio emocional para reduzir a ansiedade. Assim, o cuidado especializado aborda não apenas as necessidades físicas da PSC, mas também respeita a sua dignidade, promovendo uma experiência mais humanizada nos momentos críticos de transição (Antunes, 2022; Paulino, 2022).

Para atender às exigências dos processos de transição da PSC, caracterizada como um doente instável e em estado crítico, é essencial contar com profissionais de saúde altamente qualificados, que possuam competências específicas no cuidado. Esses profissionais devem ajustar suas intervenções às necessidades individuais de cada utente, assegurando cuidados de qualidade. Assim, a formação contínua e a experiência prática são fulcrais para garantir que os enfermeiros respondam de forma eficaz e humanizada às complexidades e desafios associados a essas situações críticas.

Neste sentido, o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (2005) ressalta que o conhecimento clínico do enfermeiro não se limita à formação académica, mas é ampliado pela experiência e pela reflexão sistemática sobre as práticas. Este modelo evidencia a importância da prática como fonte essencial de conhecimento, afirmando que a competência do enfermeiro em contextos críticos é resultado do aprendizado acumulado ao longo do tempo. Assim, a experiência prática torna-se um fator decisivo para a prestação de cuidados de excelência.

Para Benner (2005), a teoria guia os enfermeiros na prática, ajudando-os a levantar questões relevantes. No entanto, destaca que as situações clínicas são mais complexas nos contextos reais, repletas de possibilidades, dificuldades e limitações de recursos. Nesta perspectiva, os ambientes de trabalho influenciam as habilidades dos enfermeiros, exigindo capacidade de improviso diante das adversidades. À medida que acumulam experiência, os conhecimentos teóricos e práticos se entrelaçam, promovendo o desenvolvimento da perícia. É importante ressaltar que a experiência não é apenas uma questão de tempo, mas sim um processo de aprimoramento de teorias e noções pré-concebidas, enriquecido por encontros com diversas situações reais que oferecem nuances à teoria (Carrillo et al., 2013; Benner, 2005).

Neste contexto, Benner desenvolveu um modelo teórico de aquisição de competências, fundamentado no Modelo de Aquisição de Competências de Perícia de Dreyfus. Este modelo afirma que, à medida que o enfermeiro adquire experiência, o conhecimento clínico se torna uma combinação de teoria e prática. A perícia é então aprimorada à medida que o enfermeiro aplica princípios e ajusta abordagens com base na experiência acumulada (Pinto, 2015; Nunes, 2010).

Para descrever o desenvolvimento dessas competências, Benner estratificou cinco níveis progressivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro iniciado depende do conhecimento teórico por falta de experiência prática, enfrentando dificuldades na definição de prioridades. À medida que adquire algum

contato prático, o iniciado avançado identifica fatores relevantes, mas ainda os analisa de forma fragmentada. Já o competente planeia intervenções com objetivos claros, embora tenha dificuldades em decisões rápidas. Por sua vez, o proficiente percebe situações globalmente, orienta-se por princípios e antecipa complicações, mas enfrenta dificuldades em cenários novos. Por fim, o perito, com ampla experiência, compreende situações de forma holística, adapta-se rapidamente e é reconhecido por colegas e utentes. Em suma, estes níveis refletem a evolução do conhecimento clínico e do desenvolvimento profissional, resultado de uma formação de qualidade e prática diversificada (Pinto, 2015; Benner, 2005).

Benner (2005) propõe ainda três estádios na construção da aprendizagem na enfermagem perita. O primeiro estágio refere-se à aprendizagem cognitiva, que forma a base do conhecimento teórico necessário para a prática. O segundo estágio diz respeito ao conhecimento adquirido pela prática (*know-how*). Já o terceiro estágio aborda o “comportamento ético”, que envolve as responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão. Por outras palavras, Benner enfatiza a importância de refletir sobre as aprendizagens práticas (*know-how*), integrando saberes da prática com a teoria (conhecimento cognitivo), sem negligenciar a ética profissional.

Portanto, para Benner, a perícia é indissociável da experiência. A parceria entre a formação académica e a prática clínica é crucial para facilitar a evolução da experiência, promovendo uma simbiose entre os conhecimentos teóricos (saber saber), habilidades práticas (saber fazer) e comportamento ético (saber ser). Note-se que a prática clínica é fulcral para a aquisição de conhecimento durante a aprendizagem, enquanto a pesquisa baseada em evidências gera novos saberes que impactam a prática. Deste modo, é recomendado que a evidência científica seja utilizada na prática clínica diária e nas atividades de educação continuada (Gallani & Dallaire, 2014).

Concomitantemente, a reflexão sobre as vivências clínicas e a análise das lacunas entre os resultados esperados e obtidos nas intervenções de enfermagem possibilitam o amadurecimento clínico do enfermeiro. Essa reflexão deve ser aliada à evidência científica, tornando os enfermeiros consumidores de literatura e colaboradores na produção de conhecimento. Este processo garante o refinamento do seu conhecimento, promovendo a qualidade do cuidado em saúde prestado ao cliente, família ou comunidade (Gallani & Dallaire, 2014).

Ademais, a atualização contínua de saberes é exigida pelo Código Deontológico de Enfermagem, descrito na Lei nº 156/2015. O artigo 100º, alínea e), estabelece que os enfermeiros devem garantir a atualização permanente dos seus conhecimentos por meio de

ações de qualificação profissional, garantindo, como afirma o artigo 109º alínea c), a busca pela excelência no cuidado.

Por este motivo, a especialização e diferenciação em enfermagem são “mais do que uma mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (...), é o caminho para a construção de competências”, conforme defende a OE (2015, p.43).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, que estabelece as Competências Comuns do EE, este é definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). São, portanto, profissionais com conhecimentos mais aprofundados em domínios específicos, demonstrando elevados níveis de tomada de decisão e julgamento clínico, refletidos em um conjunto de competências especializadas. Devem possuir um sólido conhecimento teórico e técnico, ser capazes de tomar decisões informadas, comunicar de forma eficaz, demonstrar flexibilidade e responsabilidade, e ter um espírito crítico e proativo, sempre seguindo uma conduta ética e deontológica.

De acordo com o artigo 40.º do Estatuto da OE, são reconhecidas as especialidades: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária. Na especialidade Médico-Cirúrgica, existem quatro áreas específicas: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Optei pela realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com foco na PSC pois, desde a minha formação inicial, desenvolvi um interesse particular por essa área. Além disso, estando atualmente a exercer num SU Polivalente, considero fundamental expandir meus conhecimentos e habilidades nesse campo. Por isso, faz sentido para mim seguir essa especialidade, com o objetivo de planejar, implementar e avaliar planos de cuidados personalizados que atendam não apenas às necessidades da PSC, mas também às suas famílias. Essa abordagem integral permitirá não só uma melhor adaptação aos desafios da condição crítica, mas também promoverá o bem-estar emocional e psicológico do utente e dos seus entes queridos, garantindo que cada intervenção seja verdadeiramente centrada na pessoa e no contexto familiar. Além disso, pretendo contribuir para a promoção de práticas baseadas em evidências, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Ao ingressar neste mestrado, busquei desenvolver competências tanto comuns quanto específicas que me permitissem detetar precocemente problemas, estabilizar eficazmente as funções vitais e mantê-las, promovendo a recuperação sempre que possível.

Isso inclui o uso de métodos avançados de monitorização e terapia, visando sempre identificar e prevenir complicações decorrentes dos procedimentos, conforme orienta o regulamento 429/2018 sobre as competências específicas do EEEMC no cuidado da PSC.

De acordo com regulamento supracitado, a PSC requer cuidados altamente qualificados prestados continuamente, de modo a responder às necessidades afetadas, com o intuito de manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a recuperação total. Segundo Silva (2020), a enfermagem especializada é determinante para a qualidade e eficácia dos cuidados, impactando positivamente os resultados. Por esse motivo, seguir este percurso é essencial para proporcionar cuidados personalizados e de alta qualidade à PSC. Comprometo-me, assim, a adquirir as competências comuns do EE, as competências específicas do EEEMC para o cuidado da PSC e as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre.

1.1. Enquadramento teórico: cuidar da PSC em distintos contextos

O cuidado à PSC ocorre em diversos contextos, que vão desde o atendimento extra-hospitalar até o intra-hospitalar.

Particularizando o contexto extra-hospitalar, é aqui que ocorre o primeiro contacto entre a PSC e uma equipa de saúde diferenciada, sendo crucial para o desenvolvimento da sua condição de saúde/doença. O seu objetivo é prestar assistência imediata, estabilizar as funções vitais e garantir transporte rápido e seguro das vítimas para uma unidade de referência. Este atendimento visa minimizar agravamentos clínicos, reduzir a morbimortalidade e prevenir complicações, como incapacidades temporárias, permanentes ou a morte (Tubarão, 2023).

Segundo o INEM (2023), em 2022 os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM atenderam 1.527.380 chamadas de emergência, com uma média diária de 4.185 chamadas, representando um aumento de 11,4% em relação ao ano anterior. Destas, 1.418.681 resultaram em ocorrências e 1.400.984 resultaram no acionamento de meios de emergência médica (98,8%), o que equivale a uma média de 3.838 acionamentos diários, com um aumento de 10,9% em comparação ao ano anterior (INEM, 2023).

O aumento da atividade em 2022 resultou de diversos fatores, como o crescimento da prevalência e agudização de patologias crónicas, a maior incidência de doenças (especialmente a epidemia sazonal da gripe e suas complicações), fenómenos meteorológicos extremos, o retorno do turismo e o aumento populacional, o aumento de

comportamentos de risco que elevaram a sinistralidade rodoviária e acidentes de trabalho e o envelhecimento populacional, que alterou o padrão de procura dos serviços de saúde (INEM, 2022).

Em relação à triagem telefónica de emergência, em 2022 verificou-se um aumento na ativação de meios para todas as prioridades: 10% das chamadas foram classificadas como prioridade 1 (situações graves com necessidade de suporte avançado), 78% como prioridade 3 (situações menos graves com suporte básico) e 8% como prioridade 5 (sem necessidade de meios, sendo por isso reencaminhadas para o SNS24) (INEM, 2022).

No que diz respeito à tipologia das ocorrências, em primeiro lugar encontra-se o trauma, seguido pela alteração do estado de consciência e pela dispneia. Quanto ao acionamento das vias verdes, a via verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC) teve um aumento de 18%, com 6.876 ocorrências, enquanto a via verde coronária teve um aumento de 73%, com 1.556 casos. Esse aumento do acionamento das referidas vias verdes deve-se à alteração na metodologia dos registos efetuados. Já na via verde da sépsis, foram registadas 564 situações, e na via verde do trauma, 3.043 ocorrências (INEM, 2022).

Particularizando à RAM, em 2022, o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STAT) triou 36.500 ocorrências, sendo 9% prioridade 1 (emergente), 60% prioridade 2 (urgente), 22% prioridade 3 (não urgentes) e 7% prioridade 4 (não urgentes). Quando à atividade da Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR), esta acompanhou/coordenou 2.044 ocorrências, participando em 963 (SRPC, IP-RAM, 2023).

Dada a elevada incidência mencionada, torna-se imperativo investir, cada vez mais, na formação e especialização de profissionais capacitados, com o objetivo de assegurar a prestação dos melhores cuidados possíveis no contexto extra-hospitalar. Note-se que essa área é tão essencial que a OE, enquanto entidade reguladora da profissão, a definiu como uma competência acrescida diferenciada, conforme publicado no Regulamento n.º 226/2018

O Regulamento n.º 226/2018 define a emergência extra-hospitalar como “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (p. 10759). O enfermeiro de emergência extra-hospitalar é, portanto, um profissional com conhecimento especializado em enfermagem e emergência, responsável por prestar cuidados em situações de urgência, emergência ou catástrofe até à transição do utente para uma unidade de saúde. Este profissional atua num contexto multiprofissional, garantindo um atendimento baseado em evidência científica e respeitando as normas legais, éticas e deontológicas.

Todavia, o contexto extra-hospitalar apresenta desafios significativos, exigindo do enfermeiro não apenas conhecimento aprofundado, mas também uma combinação de atitudes e competências. Este ambiente caracteriza-se por situações emergentes e súbitas, que demandam uma atuação rápida e eficiente para minimizar danos, melhorar os *outcomes* e prevenir complicações. Além disso, existem limitações de recursos, um ambiente não controlado e a necessidade de uma abordagem diferenciada que influencie positivamente a evolução das vítimas (Rodrigues, 2024). Costa et al. (2021) afirmam que as equipas enfrentam desafios como desgaste mental, condições climáticas adversas, exposição a ambientes violentos, conflitos profissionais, dificuldades na transferência de informações e condições salariais desfavoráveis, gerando sobrecarga e acumulação de responsabilidades. Compreende-se, portanto, a necessidade de profissionais qualificados no atendimento extra-hospitalar, tanto pela tipologia de utentes que atendem — PSC que necessitam de cuidados altamente especializados — quanto pelos diversos desafios que enfrentam.

Como refere o Regulamento nº 226/2018, o exercício de enfermagem no contexto de emergência extra-hospitalar é crucial para garantia do “suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados” (p. 10759). Ademais, esta constitui “uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, como a diminuição da taxa da mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade” (p. 10759).

Abate & Mekonnen (2020) afirmam que, no cuidado à PSC em contexto extra-hospitalar, é essencial que os enfermeiros possuam competências específicas devido à imprevisibilidade das situações e ao aumento de ocorrências complexas. Isso exige, cada vez mais, a formação de enfermeiros altamente qualificados, com competências científicas, técnicas e humanas, para atender eficazmente às necessidades da população e promover a saúde e o bem-estar em situações de vulnerabilidade.

Estando eu a fazer a minha formação avançada em cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da PSC, torna-se essencial desenvolver competências neste contexto, dado que, como nos diz a OE (2011), citado por Santiago (2017), o alvo da prestação de cuidados do enfermeiro que exerce funções na área da emergência extra-hospitalar é a PSC.

No contexto extra-hospitalar, o enfermeiro pode atuar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ou EMIR na RAM, trabalhando em colaboração com um médico assistente, como pode também exercer funções em ambulâncias de Suporte

Imediato de Vida (SIV), onde atua em conjunto com um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) (INEM, 2017). Vale ressaltar que este último tipo de ambulância não opera na RAM.

Particularizando ao enfermeiro em atuação na ambulância de SIV é reconhecido como o profissional mais qualificado, desempenhando um papel fundamental. É responsável por realizar uma avaliação rápida e adequada da vítima, identificando prontamente focos de instabilidade para oferecer uma resposta imediata e antecipada em casos de doenças súbitas, traumatismos, crises ou catástrofes. Segundo o Parecer N° 04/2021, o enfermeiro da ambulância SIV, como líder de equipa e o profissional com maior diferenciação, assume a responsabilidade de garantir a operacionalidade da unidade, supervisionar e verificar os materiais de consumo clínico e medicamentos, assegurar o funcionamento adequado dos equipamentos, além de elaborar registos clínicos, podendo, quando necessário, delegar algumas tarefas.

No contexto da VMER ou EMIR, o enfermeiro atua de forma complementar ao médico assistente, mantendo igual dignidade e autonomia no exercício da profissão (OE, 2021). Conforme o Regulamento n.º 743/2019, o enfermeiro deve possuir competências específicas em emergência extra-hospitalar, sendo recomendada, segundo o Parecer n.º 05/2021 da OE, a dedicação mínima de 20 horas mensais ou 200 horas anuais nesse contexto para assegurar a expertise.

Após a intervenção extra-hospitalar, o seguimento da PSC normalmente envolve o transporte para um SU. Os SU são pilares fundamentais do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), atuando como interface entre os diferentes ramos desse sistema. O seu funcionamento e articulação têm um impacto crucial na qualidade dos cuidados prestados aos doentes agudos (Despacho n°10319/2014).

O Despacho Normativo n°11/2002 definiu os SU como serviços de ação médica hospitalar, multidisciplinares e multiprofissionais, destinados à prestação de cuidados de saúde em situações classificadas como urgência e emergência médica. A emergência médica refere-se a condições clínicas de início súbito, em que já existe o comprometimento ou falência de uma ou mais funções vitais. Por outro lado, a urgência médica envolve cenários em que há risco iminente de que esse comprometimento ocorra (Despacho n°18459/2006).

Os SU representam um dos maiores desafios para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), operando 24 horas por dia, todos os dias. Esses serviços enfrentam uma dinâmica e mudanças constantes, onde nada é programado, exigindo grande flexibilidade e capacidade de adaptação (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), em 2022, os SU em Portugal realizaram cerca de oito milhões de atendimentos, representando um aumento de 1,5 milhões (23,9%) em relação a 2021. Na RAM, a Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM, 2023) também registou um crescimento de 32,8% nos atendimentos hospitalares. Em relação à triagem, a nível nacional, em dezembro de 2023, a triagem amarela foi a mais frequente (43,3%), seguida pela laranja (11,4%) e pela vermelha (0,4%) (SNS, 2023). É importante destacar que, segundo Rocha (2020), o aumento da procura nos SU ocorre ao longo de todo o ano, não apenas no inverno, quando planos de contingência são ativados. Com 72,6% das ocorrências concentradas nos SU Gerais, Portugal lidera os países da OCDE em episódios de urgência por 100 habitantes (70,2), superando a média da OCDE de 30,8 episódios (Rocha, 2020).

Compreende-se, portanto, que o SU é uma das áreas mais movimentadas do hospital, caracterizando-se por um volume elevado e imprevisível de atendimentos, além da complexidade clínica. O acesso irrestrito a esse serviço contribui para o aumento constante das demandas e dos desafios enfrentados pela equipe de saúde.

Dada a complexidade e imprevisibilidade da procura nos SU, é essencial garantir respostas rápidas e eficazes, fundamentadas cientificamente, para atender adequadamente às situações enfrentadas. Para lidar com as exigências desses serviços e a tipologia dos doentes, frequentemente instáveis e em estado crítico, é crucial contar com profissionais altamente capacitados e com competências específicas no cuidado à PSC.

Nesse contexto, torna-se fundamental a presença de enfermeiros qualificados, com formação especializada, como o EEEMC, cuja atuação na área de urgência/emergência envolve a prevenção, diagnóstico e tratamento de utentes com condições fisiopatológicas que podem levar à falência de uma ou mais funções vitais, mas com potencial de reversão. Este profissional desempenha, assim, um papel essencial e diferenciado na identificação e intervenção qualificada, promovendo uma resposta eficiente e humanizada (Regulamento n.º 429/2018). Adicionalmente, o Regulamento n.º 743/2019 determina que, no mínimo, 50% dos enfermeiros nas equipas do SU devem possuir formação especializada em EEEMC.

Repare-se que os cuidados à PSC no SU exigem uma abordagem especializada e centrada no utente. Neste cenário, os enfermeiros desempenham um papel crucial, avaliando e monitorizando continuamente o estado de saúde do utente e intervindo rapidamente perante alterações críticas, de forma a assegurar a estabilização e prevenir complicações. A eficácia deste processo também depende da comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e da personalização dos cuidados, incluindo a participação da família, fatores essenciais para

garantir a qualidade do atendimento. Além disso, a rapidez, precisão e a capacidade de manter a calma e o raciocínio claro são indispensáveis em situações de alta pressão (Mendes, 2022; Alves, 2015).

Quando os cuidados prestados têm como fundamento a Teoria de Transições de Meleis (2010), o enfermeiro não apenas avalia a condição física do utente, mas também compreende o impacto emocional e psicológico da transição entre saúde e doença. Ao "entrar" no mundo do utente, o profissional de saúde identifica as necessidades e as estratégias que podem facilitar a adaptação à nova condição de saúde. Dessa forma, o enfermeiro otimiza a relação terapêutica, promovendo segurança, conforto e minimizando os efeitos adversos associados à situação crítica. Esta abordagem holística fortalece a prática de enfermagem, permitindo ao enfermeiro prestar cuidados mais completos e humanizados, especialmente em contextos de alta complexidade como o SU.

Esse papel é desempenhado, de forma especialmente eficaz, pelo EEEMC na área da PSC, que possui competências especializadas para lidar com a complexidade clínica e emocional desses casos. A formação avançada e a experiência prática permitem a esses profissionais garantir uma abordagem integral e personalizada, assegurando o atendimento adequado e a estabilização do utente em momentos de elevada gravidade.

É, portanto, essencial que os profissionais, quando possível, iniciem o tratamento definitivo no SU. Caso não o seja possível, a estabilização das funções vitais e a prevenção de lesões secundárias tornam-se cruciais, permitindo, em seguida, a transferência segura para uma unidade hospitalar mais equipada, conforme as diretrizes das redes de especialidades hospitalares e de referência (Mendes, 2022).

Geralmente, após a estabilização inicial no SU, a PSC é transferida para serviços de Medicina Intensiva, onde poderá receber cuidados especializados e contínuos para a gestão do seu estado clínico.

Os Serviços de Medicina Intensiva são responsáveis pela vigilância e tratamento da PSC, que necessita de monitorização constante e suporte das funções vitais quando apresentam falência iminente ou já estabelecida de uma ou mais dessas funções. O atendimento é realizado em regime contínuo por uma equipa de médicos e enfermeiros altamente qualificados e especializados (ACSS, 2024). Assim, considera-se que estes serviços possuem recursos humanos, materiais e estruturais adequados e capazes de proporcionar um tratamento eficaz à PSC (Moreira, 2023).

Nos últimos anos, as UCI ampliaram significativamente o número de camas hospitalares, desempenhando um papel crucial na avaliação e tratamento de utentes críticos

(OE, Parecer nº 15/2018). Contudo, o aumento ainda é insuficiente para atender à demanda existente. Nuñez et al. (2020) apontam uma média de 6,4 camas por 100.000 habitantes, bem abaixo da média europeia de 11,5.

Em 2023, observou-se um aumento significativo nas admissões de PSC nas UCI, principalmente por choque séptico, insuficiência respiratória e problemas cardíacos graves. O tempo médio de internamento foi de 8,5 dias, influenciado pela gravidade e comorbidades. Os utentes internados tendem a ser mais idosos e a apresentar condições de saúde mais complexas, o que resulta em taxas de mortalidade mais elevadas (SNS, 2023).

Acresce-se a esse aumento de admissões nas UCI e à escassez de camas, a insuficiência de enfermeiros, reforçando a urgência de investimentos em infraestrutura e formação de profissionais especializados em medicina intensiva (Nuñez et al, 2020).

Segundo o Parecer nº 15/2018 da OE, a formação específica e especializada dos profissionais de saúde nas UCI é essencial, não só devido à crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponíveis, mas também pela complexidade dos próprios utentes. Estes utentes, muitas vezes em estado crítico ou com falência de funções vitais, necessitam de uma abordagem global e multidisciplinar para garantir cuidados contínuos e qualificados, essenciais para a estabilização, prevenção de complicações e recuperação. Essa exigência de um cuidado integral torna-se ainda mais relevante num cenário de crescente fragmentação e especialização do conhecimento, onde a capacidade de lidar com doentes gravemente comprometidos de forma integrada e eficiente é cada vez mais crucial.

Nesse sentido, o Parecer anteriormente referido destaca que são os EEEMC os profissionais com as competências necessárias para atender às necessidades da PSC em UCI, sendo que, segundo o Regulamento nº 743/2019, pelo menos 50% dos enfermeiros nas UCI devem ser EEEMC, preferencialmente na área da PSC, garantindo essa proporção ao longo das 24 horas e em todos os turnos.

Nas UCI, o EEEMC combina, assim, competências avançadas, pensamento crítico e decisões rápidas no cuidado à PSC. Responsável por uma monitorização contínua, avaliação precisa e intervenções complexas com recurso a tecnologia avançada, também atende às necessidades emocionais do utente e da família, assegurando cuidados seguros e ajustados ao estado clínico (Silva, 2020; OE, Parecer n.º 15/2018).

Em suma, conclui-se que o EEEMC desempenha um papel crucial no cuidado da PSC, tanto em contextos extra-hospitalares quanto nos SU e UCI, utilizando o seu conhecimento e competências técnico-científicas para agir de forma coordenada e

estratégica. Essa combinação permite a aplicação de uma avaliação precisa, intervenções eficazes, monitorização e deteção precoce de complicações, promovendo a excelência no cuidado, segurança e bem-estar do utente. Além disso, o EEEMC oferece suporte emocional à família, essencial na gestão da situação crítica. Portanto, a sua presença é indispensável para garantir atendimento de alta qualidade e humanizado, alinhado às necessidades da PSC e dos familiares (Regulamento nº 429/2018; Coimbra & Amaral, 2016).

Seguidamente, abordarei o meu percurso durante os ensinamentos clínicos, fazendo uma descrição e caracterização dos diferentes contextos em que desenvolvi a minha prática clínica especializada.

1.1.1. Serviço de Urgência Polivalente

A minha prática no SU Polivalente decorreu num Centro Hospitalar em Lisboa, instituição de referência em Portugal na prestação de cuidados diferenciados. Escolhi este SU pelo seu prestígio e casuística, o que proporciona o desenvolvimento de competências em situações de urgência e emergência. Segundo o manual da instituição, a missão é prestar cuidados personalizados e diferenciados, em articulação com o SNS, seguindo as melhores práticas clínicas e de gestão de recursos. Ademais, integra investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, sempre com foco no doente. Com a visão de ser um hospital central de ensino universitário e de formação pós-graduada, é reconhecido pela sua excelência, eficácia e eficiência, sendo considerado um SU polivalente pelo Despacho nº 10319/2014, com valências médico-cirúrgicas e integração nos centros de trauma.

Em relação à estrutura física e aos recursos materiais, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU, 2012) recomenda que os SU incluam áreas específicas, como admissão e registo, triagem de prioridades, espera, avaliação clínica, emergência com suporte avançado de vida (SAV), ortotraumatologia, curta permanência e observação, além de áreas de informação e comunicação com familiares, bem como áreas não assistenciais. Deve também ser garantido o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório. Verificou-se que o SU está alinhado com estas recomendações.

Relativamente aos recursos humanos, a Norma da OE (2014) enfatiza que a dotação e qualificação adequadas dos enfermeiros são essenciais para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Nesse contexto, o Regulamento nº 743/2019 estabelece que as equipas de enfermagem do SU devem contar com cerca de 50% de EEEMC com

formação em SAV, disponíveis 24 horas. Durante o meu estágio no SU, observei que cada equipa é detentora de 2 a 3 EEEMC, no entanto, muitos desses profissionais estão dedicados à gestão das equipas.

Já o método de trabalho, consiste no sistema de enfermeiro responsável pelo posto de atendimento, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade pelas decisões relativas aos cuidados prestados aos utentes atribuídos ao seu posto (Silva, 2017).

Ao nível da triagem, é utilizada a Triagem de Manchester. Conforme a norma nº 002/2018 da DGS (2018), esta visa apoiar a gestão do risco clínico, identificar prioridades e facilitar o encaminhamento dos doentes. O Regulamento nº 743/2019 recomenda que o posto de triagem seja assegurado preferencialmente por EEEMC na área da PSC, no entanto, devido ao número limitado de EEEMC no SU, a triagem é realizada por generalistas, que devem ter experiência em triagem e competências adicionais na abordagem ao doente urgente e emergente.

No que diz respeito às vias verdes, o serviço contempla a ativação das quatro vias estabelecidas pelo despacho nº 10319/2014: Via Verde do Trauma, Coronária, AVC e Sepsis. Internamente, destaca-se um circuito prioritário para o monotrauma, assim como a via do colo do fémur, que estabelece um circuito prioritário de referenciação de doentes com fraturas da extremidade superior do fémur, permitindo uma intervenção cirúrgica em até 48 horas após a admissão no SU. Este circuito é integrado e multidisciplinar, seguido de reabilitação pós-operatória para alta do doente no menor tempo clinicamente possível.

1.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A minha prática clínica em cuidados intensivos decorreu na UCIP do SESARAM, responsável pelos doentes críticos na RAM, com enfoque na prevenção, suporte e reversão de falências vitais. Segundo o manual do serviço, a sua missão é melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes através de cuidados de excelência, promovendo simultaneamente a investigação e a formação na área do intensivismo. A sua visão é ser reconhecida como um serviço de referência, alcançada pela modernização da estrutura, pelo reforço das competências das equipas e pela qualidade dos serviços prestados.

Esta unidade admite doentes de qualquer serviço hospitalar ou de outras instituições, destacando-se no tratamento da PSC com patologias potencialmente reversíveis de origem médica, cirúrgica ou traumatológica, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (2013). Classificada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva como nível III de cuidados, a

UCIP do SESARAM dispõe de equipas próprias, acesso a recursos avançados de monitorização, diagnóstico e terapêutica, e promove o controlo de qualidade, ensino e formação em cuidados intensivos (OE, 2020; Paiva et al., 2016). Acrescenta-se que o serviço também apoia a unidade hospitalar em emergências internas, com a equipa de emergência intra-hospitalar deslocando-se conforme necessário.

No que concerne à estrutura física, a unidade divide-se em três zonas: uma zona de apoio para suporte logístico, uma zona de internamento e uma zona de despejos. A zona de internamento conta com três isolamentos e seis salas: uma com oito camas, quatro com duas camas cada e uma com quatro camas, totalizando vinte e três camas. Todas as unidades do doente estão equipadas com tecnologia avançada para monitorização, ventilação invasiva e terapêutica, essenciais aos cuidados da PSC em cuidados intensivos.

Em janeiro de 2017, a UCIP do SESARAM foi acreditada com o nível "Bom" pelo Modelo de Acreditação da ACSA, adotado como modelo oficial nacional pelo Ministério da Saúde, mantendo essa avaliação desde então.

Relativamente à equipa multidisciplinar do serviço, esta é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e uma administrativa. A equipa médica inclui 17 intensivistas, com quatro médicos em serviço durante o dia (9h às 21h) e três durante a noite (21h às 9h). Já a equipa de enfermagem conta atualmente com 69 elementos, organizados em cinco equipas, com 20 EEEMC além de outros EE de outras especialidades.

Em relação às dotações seguras para os cuidados de enfermagem, recomenda-se que, nas UCIs de Nível III, o rácio seja de um enfermeiro por doente, garantindo ainda que 50% da equipa sejam EEEMC, preferencialmente na área da PSC, com presença contínua nas 24 horas (Regulamento nº 743/2019). Na UCIP do SESARAM, procura-se cumprir com estes rácios.

1.1.3. Serviço Regional de Emergência Médica da Região Autónoma da Madeira

O SEMER está localizado na sede da Secretaria Regional da Proteção Civil (SRPC) da RAM e dispõe de uma sala para a EMIR e outra para o Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro (CIC – CROS), partilhada pelos operadores do CIC-CROS e pelos enfermeiros do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STAT-CIC). As duas salas estão interligadas, permitindo à EMIR acompanhar todas as transmissões do CIC-CROS. Na mesma ala, encontram-se também gabinetes de crise para

situações de exceção ou catástrofe, além de acesso direto ao estacionamento das três viaturas da EMIR, uma arrecadação de material e farmácia, e uma área para descontaminação de materiais e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

O SEMER tem a missão de “operacionalizar as atividades de emergência médica na RAM, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de socorro pré-hospitalar, seguindo o plano estratégico definido pelo SRPC, IP-RAM.” (SRPC, IP-RAM, 2019, p.5).

Relativamente à EMIR, segundo o Decreto Legislativo Regional n.º 12/2013/M, “é constituída por um médico e um enfermeiro, em viatura apropriada para intervenção, com carácter permanente, em toda a Região, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, se os meios adequados lhe forem disponibilizados pelas entidades competentes” (p.1864). Esta fundamenta-se nas boas práticas preconizadas pela OE e nas guidelines do European Resuscitation Council, que servem de referência para as orientações do Conselho Português de Ressuscitação.

No que diz respeito ao STAT-CIC, este é composto por dois enfermeiros em permanência no CIC-CROS, responsáveis pelo atendimento e encaminhamento de chamadas telefónicas na área da saúde. A triagem é realizada com base em fluxogramas próprios e adaptados à RAM, desenvolvidos por uma comissão de enfermeiros EEEMC e enfermeiros generalistas considerados peritos na área. Esses fluxogramas baseiam-se no modelo da Triagem de Manchester, nos protocolos do INEM para a emergência pré-hospitalar e nas *guidelines* internacionais de triagem. Nestes fluxogramas, além dos itens para triagem, incluem uma lista de perguntas e orientações específicas para cada situação, compondo o pré-socorro da ocorrência.

No que se refere ao registo informático, é realizado em duas plataformas, nomeadamente o SADO e o RERAM. O SADO é um sistema articulado com o CIC-CROS, através do qual é feita a descrição das ocorrências pelos enfermeiros, bem como o acionamento dos meios para o local, com uma descrição detalhada das cooperações do socorro, dos operacionais e da fita do tempo da ocorrência. Já o RERAM, no momento do estágio, encontrava-se inoperacional devido a um recente ataque informático. Todavia, ao questionar os enfermeiros sobre a sua aplicação, verifiquei que este é um sistema de triagem do STAT, de acordo com os fluxogramas da instituição, atribuindo o grau de prioridade à situação. Enquanto o RERAM se mantém inoperacional, a prioridade é registada no SADO.

A nível dos recursos humanos afetos aos SEMER, constatei que existem cerca de 17 médicos de diversas especialidades médicas, além de 33 enfermeiros. Destes, doze enfermeiros desempenham funções tanto no STAT-CIC como na EMIR, enquanto os

restantes 21 estão exclusivamente no STAT-CIC. Verifiquei que dos doze enfermeiros que atuam na EMIR, dez são EEEMC, um está a concluir a sua formação de EEEMC e outro enfermeiro é especialista em enfermagem comunitária, mas que exerce à longa data funções numa UCIP sendo considerado um perito na área. Dos restantes enfermeiros que exercem no STAT-CIC, a maioria é EEEMC, tendo também enfermeiros de outras especialidades e generalistas considerados peritos na área. No que diz respeito às dotações de recursos humanos, estas estão de acordo com o definido no regulamento interno do SEMER (2019).

1.1.4. Instituto Nacional de Emergência Médica

Com o objetivo de alargar a minha visão do contexto pré-hospitalar para fora da região, senti necessidade de acrescentar à minha prática clínica o contexto extra-hospitalar em Portugal continental. Assim, foi-me possível acrescentar aos meus contextos clínicos o INEM, nomeadamente na VMER e na Ambulância de SIV.

Em termos de missão, o INEM tem como objetivos principais: estabelecer, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM em Portugal Continental, garantindo que as vítimas de acidentes ou doenças súbitas recebam cuidados de saúde de forma rápida e adequada. É de destacar que as funções do INEM abrangem tanto a prestação de socorro no local da ocorrência, como o transporte das vítimas para a unidade de saúde mais apropriada. Além disso, o INEM coordena os diversos intervenientes do Sistema, visando o sucesso da operação (INEM, 2019).

Em relação à VMER, é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente para o local onde se encontra a vítima, permitindo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento diferenciado até à unidade de saúde mais apropriada. A equipa é composta por um enfermeiro e um médico, à semelhança da viatura EMIR na RAM, e está equipada para fornecer SAV em situações médicas ou traumáticas. Operando sob a supervisão direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), as VMER têm base hospitalar. Em relação aos recursos humanos, a VMER aonde estagiei é constituída por cerca de 17 enfermeiros, na sua maioria EEEMC ou peritos na área, que realizam turnos rotativos ao longo das 24 horas. Estes estão habilitados e certificados pelo INEM com curso de VMER, composto por módulos teórico-práticos englobando: SAV adulto, SAV pediátrico, emergências médicas, emergências obstétricas, trauma, telecomunicações e curso de condução defensiva da VMER.

Já a ambulância SIV, é operada por um enfermeiro e por um TEPH destinando-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, incluindo manobras de reanimação, até que uma equipa com capacidade de prestar SAV esteja disponível. A ambulância SIV onde estagiei é atualmente composta por cerca de 6 enfermeiros que fazem turnos rotativos 24 horas por dia. Estes profissionais estão devidamente habilitados e certificados pelo INEM, possuindo o curso de SIV e técnicas de emergência. A nível de recursos técnicos, para além da carga de uma ambulância de suporte básico de vida (SBV), acrescenta-se um monitor com desfibrilhador com capacidade de transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais para o CODU e diversos fármacos. A administração de fármacos como a realização de atos terapêuticos invasivos são implementados mediante protocolos instituídos e com supervisão médica via CODU.

Em termos de registos, o INEM possui um sistema informático próprio chamado ITEAMS (INEM Tool for Emergency Alert Medical System), disponível em computadores portáteis nos seus meios. Este sistema facilita o registo clínico e a comunicação interativa entre o CODU e as equipas no terreno, permitindo a estratificação da gravidade das ocorrências e contribuindo para uma regulação médica eficaz nas situações mais críticas (INEM, 2022). Além disso, possibilita o acesso a informações relevantes sobre a vítima, como antecedentes pessoais e medicação habitual, que são essenciais para a abordagem da equipa de socorro. O equipamento da VMER e SIV também permite a transmissão de eletrocardiogramas e sinais vitais ao CODU através de telemedicina, resultando em cuidados mais diferenciados, individualizados e seguros, o que culmina em melhores *outcomes* para a PSC e na redução de complicações.

Termino afirmando que a escolha dos contextos onde desenvolvi os ensinamentos clínicos foi, sem dúvida, uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências não só técnicas, mas também pessoais e relacionais.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No presente capítulo, explorarei as competências comuns transversais ao EE, detalhando o percurso realizado para a sua aquisição, refletindo sobre as experiências vivenciadas nos campos de estágio mencionados no capítulo anterior e confrontando essas vivências com a evidência científica, de forma crítica e analítica.

Definindo as competências comuns, o Regulamento n° 140/2019, de 06 de fevereiro, no seu artigo 3º, alínea a), estabelece que estas são:

“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).

Segundo Lopes et al. (2018), a qualidade e eficiência dos cuidados dependem não só do desenvolvimento de conhecimentos, mas também da aquisição de competências e ferramentas que possibilitem assumir maiores responsabilidades, conduzir decisões complexas e garantir uma prestação de cuidados mais eficaz.

Neste sentido, a OE, no Regulamento n.º 140/2019, definiu os Domínios das Competências Comuns do EE, que incluem: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, explorarei cada um desses domínios em detalhe.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve assegurar uma prática segura, ética e profissional, utilizando competências de decisão que respeitem os princípios éticos e deontológicos. Como profissionais de saúde, enfrentamos diariamente situações que requerem a aplicação destes princípios, essenciais para garantir a dignidade humana, autonomia, proteção, segurança, equidade nos cuidados e, claro, a dignidade da enfermagem (Costa, 2021).

A OE (2015) afirma que a enfermagem, enquanto disciplina, fundamenta-se no conhecimento científico e em diversas áreas do saber, como a ética, a moral, a deontologia e os documentos legislativos que regulamentam a profissão. O Regulamento n.º 140/2019 acrescenta que “a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p. 4746).

Neste sentido, a deontologia desempenha um papel central como conjunto de normas baseadas em princípios morais e legais que orientam o comportamento num corpo social (OE, 2015). Na área da saúde, define deveres, liberdade no exercício profissional, responsabilidade pelos atos e limites de atuação. Na enfermagem, prioriza a proteção e segurança dos clientes, orientando a prática através de deveres, competências e padrões de qualidade, incluindo o código deontológico, o perfil de competências e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (Nunes, 2016).

Relativamente à ética, esta envolve a reflexão sobre o agir humano, com foco na ação científica e técnica, seus fundamentos, objetivos e efeitos. Na prática da enfermagem, o agir traduz-se nos cuidados prestados ao outro, visando o bem-estar e a qualidade de vida. O enfermeiro desempenha, assim, um papel essencial ao auxiliar ou substituir a pessoa no autocuidado, acompanhando processos de mudança, crise e morte. Compreende-se, portanto, que o cuidar em enfermagem reflete um ideal moral que busca proteger, promover e assegurar a dignidade humana (Nunes e Amaral, 2022; Nunes, 2016).

O respeito pela dignidade humana está estabelecido no Artigo 1.º da Constituição da República, que declara que “Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” (p. 10) Ademais, a própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos estabelece no seu Artigo 3.º que todas as pessoas devem ter a sua dignidade, direitos e liberdades plenamente respeitados. Este princípio também está refletido no Artigo 99.º da Lei n.º 156/2015, que aborda os princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro: “1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p. 8078).

Diariamente, na prática clínica, os enfermeiros enfrentam conflitos éticos relacionados com as pessoas com quem interagem, pessoas frequentemente em situações de fragilidade e vulnerabilidade. Esses conflitos perturbam a consciência dos enfermeiros, exigindo decisões complexas e uma deliberação ética. Perante tais situações, o enfermeiro deve agir com uma decisão ponderada e assertiva, cumprindo o dever profissional de tomada de decisão ética (Nora et al., 2016; Fernandes, 2010). No cuidado à PSC, esses conflitos tornam-se ainda mais evidentes, exigindo decisões rápidas e fundamentadas, sempre guiadas pelos princípios éticos da profissão (Costa et al., 2014).

Em Portugal, Nunes (2006), num estudo realizado entre 2001 e 2004, agrupou em doze categorias os problemas éticos frequentemente referidos pelos enfermeiros, sendo eles: “(...) informação, acompanhamento de fim de vida, decisão sobre o destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas

atividades interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos, reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologias, proteção da saúde e início de vida” (p. 264). Estas questões refletem a complexidade dos dilemas éticos enfrentados pelos enfermeiros, uma vez que envolvem incertezas sobre a melhor ação a ser tomada, exigindo soluções eticamente adequadas. Diante disso, é crucial que os enfermeiros desenvolvam habilidades de tomada de decisão, fundamentais para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde.

Conforme descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, consagrado na Lei n.º 156/2015, é da competência do enfermeiro a tomada de decisão, implicando uma abordagem sistémica e sistemática, bem como a identificação das necessidades da pessoa individual ou do grupo. Após a identificação da problemática, deverá dirigir as intervenções, de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

Na tomada de decisões éticas, os enfermeiros dispõem de uma vasta variedade de elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, o que torna o processo complexo e exige uma análise cuidadosa de todos os fatores envolvidos (Nora et al., 2016). Repare-se que uma decisão bem fundamentada pode ser decisiva entre uma sequela temporária, grave ou permanente, entre uma vida produtiva e uma vida sem bem-estar, ou até entre a vida e a morte. No contexto do cuidado à PSC, essa complexidade é ainda mais evidente, pois a tomada de decisão exige rapidez e precisão, especialmente em ambientes adversos que podem comprometer a segurança (NAEMT, 2021).

Deste modo, para apoiar os profissionais na tomada de decisão, foram desenvolvidos modelos de fundamentação para a tomada de decisão ética em enfermagem, de natureza processual, considerando que o cuidado a ser prestado resulta de um conjunto de etapas a partir do problema identificado. Estes modelos baseiam-se em princípios bioéticos, nomeadamente: a justiça (equidade no acesso aos cuidados de saúde), a autonomia (direito à tomada de decisão, com pleno conhecimento de causa, obtido através da transmissão de informação de forma correta e adequada), a beneficência (fazer o bem) e a não-maleficência (não causar danos intencionalmente), além da responsabilidade e deontologia de enfermagem (conjunto de regras e deveres inerentes ao exercício profissional). É importante destacar que cada problema ou dilema ético deve ser analisado segundo as suas especificidades, pois cada situação é única e singular (Rosa et al., 2016; Fernandes, 2010).

O desenvolvimento desta competência foi sustentado pelas aulas teóricas de Ética e por um trabalho de grupo com o Modelo de Tomada de Decisão "DECIDE", que envolveu

a análise de dilemas éticos reais. O processo seguiu as etapas do modelo — definir, analisar eticamente, considerar opções, investigar resultados, decidir e avaliar — com o objetivo de alcançar soluções eticamente fundamentadas. Essa abordagem possibilitou discussões em sala de aula sobre dilemas éticos comuns na saúde, como confidencialidade, consentimento informado e respeito à autonomia, enriquecendo a aplicação prática dos conceitos teóricos.

Ademais, ao longo da minha carreira profissional e nos ensinamentos clínicos, procurei sempre respeitar o direito dos clientes à liberdade de escolha, valorizando o princípio da autonomia. Para tal, forneci informações claras e detalhadas sobre os cuidados e intervenções, assegurando a compreensão dos benefícios, riscos e alternativas. Adaptei ainda a comunicação ao nível de entendimento de cada pessoa/família, esclarecendo dúvidas e considerando a capacidade de cada um para tomar decisões informadas, respeitando as suas escolhas e preferências de forma consciente e fundamentada.

Conforme referido por Ponce (2015), para respeitar este princípio é crucial que a pessoa compreenda a informação transmitida, as consequências clínicas da sua situação, consiga avaliar as opções diagnósticas e terapêuticas e tenha a capacidade de comunicar a sua decisão. A própria Entidade Reguladora da Saúde (2019) afirma que, para a decisão do utente ser juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente. A Lei n.º 95/2019 reforça este princípio ao declarar que as pessoas têm o direito de

“ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” (p.56); bem como de “decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...)” (p.56).

Segundo a Norma n.º 015/2013 da DGS, o consentimento informado, livre e esclarecido pode ser manifestado de forma verbal, oral ou por escrito, assegurando o respeito pela autonomia da pessoa e garantindo que qualquer decisão seja baseada na compreensão, autorresponsabilidade e liberdade de escolha. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, no seu artigo 6º, reforça este princípio afirmando que:

“qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.” (p.7).

No decorrer do meu ensino clínico no contexto extra-hospitalar, nomeadamente na SIV, experienciei uma situação em que fomos ativados para um senhor com uma reação anafilática a frutos do mar ingeridos, apresentando edema da língua e face, mas sem dificuldade respiratória associada nesse momento. O senhor encontrava-se consciente e orientado em todas as suas dimensões, tendo consentido a sua avaliação e aplicação de

intervenções e terapêutica segundo os protocolos do INEM. Após a administração da mesma, foi informado sobre a necessidade de continuidade de observação em meio hospitalar, o que ele recusou, informando a equipa que pretendia ficar no domicílio. Foi explicado o procedimento a ser adotado na sua situação, bem como os riscos envolvidos na sua recusa. O senhor, de forma informada, livre e esclarecida, optou por recusar o transporte e a realização de mais procedimentos médicos, assinando a Declaração de Recusa de Transporte e/ou Procedimentos Médicos do INEM. Esta situação ilustra de forma clara o respeito pelo princípio da autonomia, um dos pilares fundamentais da bioética. A recusa do tratamento por parte do utente, ainda que possa acarretar consequências graves, é uma expressão legítima do seu direito à autodeterminação. Contudo, este cenário coloca o enfermeiro diante de um dilema ético: como respeitar plenamente a autonomia do utente, ao mesmo tempo que se cumpre a responsabilidade de promover o bem-estar e preservar a vida?

Neste caso, a decisão do utente foi respeitada em conformidade com o Artigo 6.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que exige consentimento prévio, livre e esclarecido para qualquer intervenção médica. A Entidade Reguladora da Saúde (2019) reforça que os utentes em pleno uso das suas capacidades têm o direito de recusar qualquer tratamento, mesmo que isso possa resultar em danos graves ou até na morte. Assim, o princípio da autonomia foi assegurado ao respeitar a recusa informada do utente. Para isso, garantiu-se uma comunicação clara e acessível, permitindo ao utente compreender plenamente as consequências da sua decisão. Embora desafiador, o respeito pela vontade do utente enaltece a dignidade e os direitos individuais, reforçando o compromisso ético dos profissionais de saúde.

No entanto, a PSC, devido à sua complexidade e vulnerabilidade, muitas vezes apresenta alterações no estado neuropsíquico ou enfrenta barreiras como a necessidade de ventilação mecânica ou sedação, limitando frequentemente a capacidade de exercer o direito à autonomia (Ponce, 2015). Nessas situações, procurei proteger e defender a PSC de práticas que contrariem a lei e que priorizem os princípios da bioética (OE, 2015). Tal está descrito no artigo 8.º da Resolução 01/2001 da Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, que prevê que, “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (p. 28). Tal implica muita ponderação entre o risco/benefício, obrigando o profissional a ter em consideração os valores e interesses das

peças envolvidas, bem como as consequências individuais e sociais, aplicando o consentimento presumido (OE, 2015).

Conforme a Norma n.º 015/2013, o consentimento presumido aplica-se quando a pessoa não tem capacidade para decidir e não está legalmente representada, sendo essencial agir rapidamente para não comprometer a sua saúde ou vida. Nesses casos, deve-se seguir os princípios éticos de beneficência e não maleficência ao prestar cuidados de saúde.

Verifiquei que, nos contextos extra-hospitalar e de SU, o consentimento presumido é frequentemente utilizado, em detrimento do consentimento escrito e explícito. Isso ocorre devido à natureza emergente das situações, nas quais a rapidez é essencial para evitar danos irreversíveis. Na UCIP, também são comuns situações em que os utentes se encontram inconscientes e não é possível contactar a família de imediato. Embora a família não seja legalmente responsável pela decisão, a equipa de saúde procura sempre consultá-la. Nessas circunstâncias, o consentimento é, igualmente, considerado presumido.

Recordo uma ativação da equipa EMIR para prestar assistência a uma senhora que sofreu uma queda, na qual um ferro perfurou o membro inferior, causando hemorragia ativa após ser removido por populares. A vítima apresentou alteração do estado de consciência, e, devido à distância até ao local, foi realizado um *rendez-vous* com a ambulância para otimizar o atendimento e agilizar o transporte.

Ao chegar ao local, a vítima encontrava-se em paragem cardiorrespiratória (PCR) devido ao choque hemorrágico grave. Dada a gravidade da situação e a urgência da intervenção, iniciou-se de imediato o SAV, conseguindo-se o retorno à circulação espontânea. Durante o transporte para o hospital, a vítima manteve a assistência vital objetivando a sua estabilização, sendo impossível obter consentimento informado devido ao estado de inconsciência e à emergência da situação.

À chegada ao SU, a utente foi prontamente submetida a uma transfusão maciça de sangue, conforme o protocolo da norma nº011/2013, atualizada em 2017 pela DGS, com o objetivo de controlar o choque hemorrágico. Esta intervenção foi essencial e urgente para salvar a vida da utente, que foi posteriormente transferida para o bloco operatório. A família foi informada da situação após a estabilização inicial da utente, à chegada ao hospital.

Este caso exemplifica o uso do consentimento presumido em situações críticas, assumindo-se que qualquer pessoa, nessas circunstâncias, aceitaria o tratamento necessário para salvar a vida. Assim que possível, a família foi consultada, respeitando os protocolos éticos de comunicação, embora o consentimento formal não fosse exigido durante o atendimento de emergência.

Por fim, a responsabilidade profissional assume-se como indissociável da prática, conforme estabelece o Código Deontológico dos Enfermeiros, que atribui ao enfermeiro a responsabilidade pelas decisões e atos que toma ou delega. Esta responsabilidade concretiza-se na prestação de cuidados em princípios éticos e morais, visando minimizar erros, garantir segurança e promover a qualidade da assistência (Lei n.º 156/2015).

Assim sendo, o enfermeiro, seja em intervenções autónomas ou interdependentes, exerce autonomia para decidir sobre a implementação das suas ações. Mesmo quando estas resultam de prescrições ou colaboração com outros profissionais de saúde, cabe-lhe assumir a responsabilidade pelas decisões tomadas, baseando-se no conhecimento técnico-científico, na análise do problema e na avaliação de benefícios, riscos e possíveis complicações, sempre em prol do melhor interesse da pessoa assistida (OE, 2017).

Esta autonomia é reforçada pelo Artigo 8.º do REPE (2015) que estabelece que os enfermeiros atuam de forma complementar aos demais profissionais de saúde, com igual nível de dignidade e autonomia no exercício profissional” (p.102). Compreende-se, portanto, que a autonomia no exercício da Enfermagem é essencial para o desempenho competente da profissão, garantindo sempre o melhor interesse do utente e a qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se a administração de terapêutica, um momento crítico em que um erro pode ter graves consequências para o utente. Conforme o Parecer CJ 64/2017 da OE, “a decisão sobre a administração de qualquer fármaco requer que o enfermeiro se baseie em conhecimentos científicos aliados à sua prática” (p. 1). Assim, durante a prática, foi essencial compreender a indicação do medicamento, os cuidados necessários na sua administração e os potenciais efeitos secundários. Para isso, os momentos de reflexão crítica proporcionados pelos enfermeiros tutores e pela equipa clínica foram fundamentais, especialmente na gestão dos protocolos terapêuticos em todos os contextos de prática. É de acrescentar que, sempre que o estado de consciência do utente permitiu e não houve risco iminente de vida, procurou-se obter previamente o seu consentimento, esclarecendo dúvidas e aliviando ansiedades.

Tanto na prática profissional como nos estágios clínicos, o respeito pela privacidade e confidencialidade do utente e da sua família também foi uma prioridade. Conforme o Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p. 8079). Este dever de sigilo visa proteger o direito à confidencialidade e à privacidade, sendo que, conforme a OE (2015), a privacidade se define como “acessibilidade limitada”, englobando segredo, anonimato e isolamento. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos também reforça que

a vida privada e a confidencialidade das informações pessoais devem ser respeitadas, sendo estas utilizadas exclusivamente para os fins autorizados.

Nessa perspectiva, o dever de sigilo profissional foi assegurado ao garantir a confidencialidade das informações, sejam orais ou escritas, obtidas diretamente ou por intermédio de terceiros, incluindo familiares ou outros profissionais de saúde, em todos os contextos de estágio. Além disso, garantiu-se que apenas as informações relevantes para a elaboração do plano de cuidados fossem recolhidas e que a partilha dessas informações fosse realizada exclusivamente com os profissionais diretamente envolvidos na sua execução.

Constatei que, no contexto do SU, a sobrelotação e a rapidez de ação exigida dificultam a privacidade dos utentes. Contudo, em situações que comprometiam a intimidade, recorri a biombos e espaços reservados. Na Sala de Emergência, utilizei lençóis para cobrir áreas expostas, limitei o número de profissionais presentes e fechei as portas. Já na UCI, o uso de biombos foi indispensável devido à estrutura aberta da unidade. Por fim, no ambiente extra-hospitalar, procurei sempre que possível transferir o utente para a célula da ambulância, assegurando assim maior privacidade.

Termino afirmando que, ao longo deste percurso académico, especialmente nas práticas clínicas, desenvolvi uma prática profissional consciente e responsável, baseada nos princípios éticos e deontológicos da enfermagem. Comprometi-me a respeitar os interesses e direitos das pessoas e suas famílias, promovendo a privacidade, confidencialidade, crenças e valores individuais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e refletir sobre questões éticas para encontrar soluções mais adequadas a cada situação. Como futura EE e Mestre, acredito ter consolidado essas competências, aplicando estratégias aprimoradas durante o percurso e procurando ser uma referência que alinha intervenções aos princípios da enfermagem, direitos humanos, código deontológico e REPE.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, conforme estipulado pelo Regulamento n.º 140/2019, o EE deve desempenhar um papel ativo no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governação clínica. É, portanto, fundamental que promova práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria, além de garantir um ambiente terapêutico seguro.

A qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma prioridade da DGS, sendo crucial para garantir os melhores cuidados. Segundo o Despacho n.º 5613/2015, a qualidade envolve

a prestação de cuidados acessíveis, equitativos e de nível profissional ótimo, ajustados aos recursos disponíveis e que asseguram a satisfação e adesão do cidadão. Ademais, a qualidade e a segurança são vistas como obrigações éticas, objetivando a redução de riscos evitáveis e a promoção do acesso e equidade nos cuidados.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) define cuidados de alta qualidade como seguros, eficazes, centrados na pessoa, oportunos, eficientes, equitativos e integrados. Isso implica fornecer cuidados baseados em evidências, evitando danos, respeitando preferências e necessidades, reduzindo tempos de espera, garantindo qualidade independente de fatores demográficos ou sociais, integrando serviços ao longo da vida e maximizando recursos evitando desperdícios.

Compreende-se então que, para assegurar a qualidade, é necessário garantir a segurança tanto dos cidadãos, que são os principais destinatários da estratégia de qualidade, quanto dos profissionais de saúde, independentemente do seu nível de atuação, desde a gestão até à coordenação e prestação de cuidados (DGS, 2022).

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é avaliada pelos ganhos em eficiência e efetividade, sendo significativa apenas com o incremento da segurança. Assim, a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, conforme destaca o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, formalizado pelo Despacho n.º 1400-A/2015.

Conforme o Despacho n.º 9390/2021, a implementação do PNSD resultou em avanços significativos na segurança dos utentes do SNS, incluindo melhorias na cultura de segurança, identificação correta de doentes, segurança cirúrgica, prevenção de quedas e úlceras por pressão (UPP), administração de medicamentos, prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e notificação de incidentes com o sistema NOTIFIC@. Os resultados do PNSD 2015-2020, somados às diretrizes dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas e ao Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, fundamentaram o PNSD 2021-2026. Este novo plano visa consolidar a segurança nos cuidados, incluindo domicílio e telessaúde, promovendo uma cultura de segurança, comunicação eficaz e práticas seguras em ambientes complexos. O PNSD 2021-2026 é, assim, crucial para a qualidade dos cuidados em Portugal, apoiando os gestores do SNS na definição de metas de melhoria e destacando que a segurança é responsabilidade das equipas de saúde, com o enfermeiro incumbido de "garantir a qualidade", conforme a Lei n.º 156/2015 (art. 109º, p. 8080).

O direito à proteção da saúde, garantido pelo artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, é reforçado pela Lei de Bases da Saúde, que assegura a todas as pessoas o acesso

ao melhor estado possível de saúde física, mental e social. Este direito implica a criação de condições adequadas de vida, trabalho e lazer, bem como uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, sociedade e Estado para garantir acesso contínuo à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de saúde. Já Base 2 desta lei destaca o direito a cuidados oportunos, dignos e baseados na melhor evidência científica, assegurando práticas de qualidade e segurança.

Nessa ótica, o enfermeiro desempenha um papel crucial na proteção da segurança do cliente. Conforme o artigo 97º do Código Deontológico, é sua responsabilidade “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (pp. 8078). Além disso, segundo o artigo 100º, o enfermeiro deve “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (Lei n.º 156/2015, pp. 8079).

Durante os meus ensinamentos clínicos, desempenhei um papel fundamental na concretização dos princípios anteriormente referidos. Ao aplicar conhecimentos científicos e técnicos avançados, assegurei cuidados adequados, oportunos e baseados nas melhores evidências à PSC e à sua família. Colaborei ativamente na promoção da saúde e prevenção de complicações, oferecendo tratamento e reabilitação de qualidade e criando um ambiente seguro e digno. Ademais, segui os princípios éticos do código deontológico, protegendo a vida, dignidade e bem-estar dos utentes/famílias, e defendendo-os contra práticas ilegais e antiéticas. Esse compromisso garantiu a proteção da saúde e refletiu a responsabilidade partilhada entre indivíduos, sociedade e Estado no acesso a cuidados de saúde de excelência.

Segundo Ribeiro et al. (2017), os padrões de qualidade indicam à população o que esperar dos cuidados de enfermagem e orientam os enfermeiros sobre as expectativas em relação ao seu trabalho coletivo e às responsabilidades individuais para garantir um exercício profissional de qualidade. Como tal, em 2017, a OE definiu padrões de qualidade para Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de clarificar o papel do EE, promover a melhoria contínua e garantir a excelência nos cuidados a pessoas em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Esses padrões centram-se na satisfação dos utentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos serviços e prevenção de IACS (OE, 2017).

Durante os meus ensinamentos clínicos, segui os padrões de qualidade definidos pela OE, proporcionando cuidados especializados que visam a excelência profissional. Contribuí para a satisfação dos utentes ao realizar intervenções eficazes e holísticas, gerindo a comunicação com a PSC e sua família, atenuando o impacto das mudanças de ambiente e estabelecendo

uma relação terapêutica baseada na empatia e confiança, fundamentais para lidar com a complexidade da doença crítica. Além disso, promovi a saúde e preveni complicações, identificando rapidamente problemas potenciais e aplicando intervenções de enfermagem com rigor técnico e científico. Paralelamente, forneci informações educativas ao utente e à família, capacitando-os a gerir os processos complexos decorrentes da situação crítica.

Garanti ainda o bem-estar e autocuidado da PSC ao gerir eficazmente a dor e o impacto emocional, utilizando protocolos terapêuticos e ferramentas de avaliação. Mantive uma relação terapêutica próxima, oferecendo suporte digno e humanizado durante a situação crítica. Facilitei a readaptação funcional, garantindo a continuidade dos cuidados especializados e planeando cuidadosamente a alta com ensino e treino adequados para a adaptação do utente e família. Divulguei também os recursos comunitários disponíveis para uma transição segura e contínua na recuperação.

Também contribuí para a organização eficiente dos serviços de enfermagem, adotando metodologias que promovem a qualidade nos cuidados especializados e melhorando continuamente a prática profissional. Realizei registos sistemáticos das intervenções e resultados, o que permitiu assegurar uma resposta eficaz, sobretudo em situações de emergências e prioridades clínicas.

Por fim, participei na prevenção e controlo de IACS, aplicando estratégias baseadas em evidências científicas, como a promoção da higiene das mãos e a gestão adequada de circuitos de material e roupa. Identifiquei a necessidade de procedimentos específicos no serviço e organizei sessões práticas de formação para capacitar a equipa, assegurando a implementação eficaz das medidas de prevenção ajustadas às vias de transmissão na PSC.

A nível institucional, o reconhecimento da qualidade dos cuidados de saúde no SNS, conforme padrões nacionais e internacionais, é uma prioridade para o Ministério da Saúde. O foco é aumentar a satisfação e confiança dos cidadãos e promover o compromisso contínuo dos profissionais na melhoria dos cuidados, melhorando a eficiência e reduzindo custos associados à falta de qualidade (SNS, 2017). Essa busca pela qualidade impulsionou a adoção de sistemas de qualidade reconhecidos por entidades internacionais, como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, bem como nacionais, como o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde da DGS (OE, 2012).

Nesse sentido, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde adotou o Modelo de Acreditação ACSA como ferramenta para certificar as instituições do SNS. Este modelo visa reconhecer a qualidade e segurança das organizações do SNS Português e fomentar o comprometimento na melhoria contínua. A escolha do modelo foi baseada na sua adequação

aos critérios estabelecidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, sob a coordenação do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS (DGS, 2024).

O SESARAM, local onde exerço e realizei a prática clínica na UCIP, tem reforçado o seu compromisso com a qualidade através da implementação do Modelo de Acreditação ACSA. A acreditação da UCIP, com Nível Bom desde 2017, reflete o esforço coletivo da equipa. Assim, a minha prática foi focada no cumprimento constante dos elevados padrões de qualidade, ciente de que cada ação contribui para a excelência dos cuidados e de que este é um processo contínuo que exige um esforço conjunto.

Com a evolução das instituições de saúde, torna-se imperativo adotar estratégias para reduzir ou eliminar incidentes que comprometem a segurança. Muitos desses incidentes podem ser evitados, resultando em menores comorbidades e melhores resultados em saúde. Nesse contexto, o PNSD 2021-2026 foi estruturado dentro da Estratégia Nacional para a Qualidade da DGS, com base em cinco pilares essenciais: Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, e Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

No âmbito da cultura de segurança, esta é um pilar essencial para a qualidade dos cuidados de saúde e uma prioridade de saúde pública, visando reduzir incidentes, garantir ambientes seguros para utentes e profissionais e promover a literacia em saúde. Para tal, é crucial investir na formação contínua, avaliar a segurança regularmente e envolver ativamente doentes, famílias e a sociedade na promoção de cuidados seguros (DGS, 2022).

Uma das medidas implementadas no SU para reforçar a segurança nos cuidados foi a introdução da pulseira roxa, destinada a sinalizar o histórico de alergias medicamentosas nos utentes, em complemento à pulseira atribuída na triagem. Durante a minha experiência, pude observar a eficácia desta medida, especialmente em situações de emergência, onde a identificação rápida de alergias é crucial para evitar reações adversas graves. Este sistema permitiu agir com maior confiança e precisão, minimizando o risco de erros e otimizando o tempo de resposta, com um impacto significativo na segurança e qualidade dos cuidados, sobretudo em contextos críticos, onde prevenir complicações como reações alérgicas é vital para a sobrevivência do utente. Esta vivência reforçou a importância de uma abordagem holística e proativa, que assegura não só a segurança imediata do doente, mas também a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através de práticas baseadas em evidências.

No que concerne ao pilar da liderança e governança, este também é crucial, pois cabe aos líderes e gestores das instituições de saúde criar condições para implementar políticas focadas na segurança dos doentes. Isso inclui promover um ambiente onde famílias e

profissionais possam debater e antecipar fragilidades do sistema, respondendo de forma eficaz aos desafios da complexidade na prestação de cuidados (DGS, 2022).

Durante os meus ensinamentos clínicos, atuei ativamente no pilar da liderança e governança, colaborando na implementação de políticas focadas na segurança dos doentes. Participei em reuniões com profissionais de saúde e famílias, promovendo um ambiente de diálogo aberto para identificar e antecipar fragilidades do sistema. Além disso, disponibilizei panfletos educativos sobre segurança, promovendo a literacia em saúde e tranquilizando os familiares ao informá-los e envolvê-los de forma clara no processo de cuidados. Ao adotar uma abordagem proativa, garanti os recursos e conhecimentos necessários para lidar com a complexidade dos cuidados, sempre com foco na segurança e bem-estar da PSC.

Como terceiro pilar, temos a comunicação, essencial para a promoção da cultura de segurança do doente e para a prevenção de eventos adversos, sobretudo nos momentos de transição ou troca de informações entre profissionais, em que as falhas são mais frequentes. Tal realidade reflete-se no facto de 70% dos eventos adversos na saúde estarem associados a problemas de comunicação, destacando a importância de que esta seja oportuna, precisa, clara e compreendida pelo recetor sem ambiguidades. Por isso, os momentos de transição de cuidados exigem uma transferência rigorosa de informações, através de uma comunicação eficaz, indispensável para evitar eventos adversos e reduzir a morbilidade e mortalidade evitáveis (DGS, 2017; DGS, 2012).

Para tornar a comunicação cada vez mais eficaz, têm sido desenvolvidos modelos e estratégias, como a técnica “ISBAR”, recomendada pela DGS na norma nº 001/2017. Esta mnemónica visa padronizar a comunicação e garantir a segurança dos cuidados, traduzindo-se da seguinte forma: “I” para identificação (envolvendo todos os intervenientes e o doente), “S” para situação (descrição da necessidade atual de cuidados), “B” para antecedentes pessoais (informações clínicas e outras relevantes), “A” para avaliação (estado do doente e terapêutica em curso), e “R” para recomendações (plano de tratamento adequado). Esta metodologia permite padronizar as transições de cuidados, assegurando que os profissionais mantenham as informações do doente atualizadas e reservem tempo para a transmissão adequada dos dados, garantindo a segurança na continuidade dos cuidados (DGS, 2017).

Durante os meus ensinamentos clínicos, apliquei uma comunicação eficaz, especialmente nos momentos de transição de cuidados, utilizando a técnica "ISBAR". Com isso, garanti uma transferência clara e precisa de informações, identificando corretamente os intervenientes e descrevendo detalhadamente a situação clínica, antecedentes, avaliações e recomendações terapêuticas garantindo que os próximos passos fossem bem compreendidos

por todos os envolvidos. Essa abordagem estruturada contribuiu para a prevenção de eventos adversos, segurança e continuidade dos cuidados, além de facilitar a tomada de decisões rápidas reforçando a cultura de segurança na equipa (DGS, 2017).

Relativamente ao quarto pilar, a prevenção e gestão de incidentes de segurança destaca a importância de relatar incidentes que comprometem a segurança, sem culpabilizar os profissionais que os reportam. Esta abordagem promove a aprendizagem com erros e a implementação de medidas para evitar a sua repetição. Desta forma, é fundamental incentivar a notificação anónima e confidencial de incidentes, garantindo a não punição dos que reportam. O objetivo é promover uma cultura de transparência e avaliação dos incidentes, permitindo ações de melhoria contínua (DGS, 2022).

Durante a minha prática, promovi uma cultura de segurança notificando incidentes que poderiam comprometer a segurança do doente. Adotei uma abordagem transparente ao reportar eventos observados, permitindo à equipa de saúde aprender com os erros e implementar medidas corretivas. Com isso, contribui para a melhoria contínua dos cuidados e a prevenção de futuros incidentes.

Por fim, o quinto pilar refere-se às práticas seguras em ambientes seguros, envolvendo atividades que promovem uma cultura de segurança, a adoção de procedimentos adequados, comportamentos apropriados, tecnologias seguras e ambientes adaptados aos cuidados de saúde. A criação de contextos favoráveis, como a disponibilização de recursos e a formação contínua dos profissionais, é essencial para garantir a segurança e a eficácia dos cuidados. Essas práticas visam reduzir danos evitáveis, minimizar o impacto dos incidentes na saúde e reduzir a possibilidade de erros (DGS, 2022).

Dentro das metas inerentes a este pilar, a meta 20 objetiva que 90% das instituições de saúde utilizem “ferramentas de controle e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica” (DGS, 2022, p. 56).

No que se refere à meta de identificação precisa dos utentes, esta é essencial para assegurar a correspondência correta entre o doente e as intervenções, prevenindo erros nos cuidados (ECRI, 2016). Contudo, é uma área frequentemente subestimada, especialmente na PSC, onde muitos utentes apresentam alteração do estado de consciência ou estão sob sedação. Assim, é vital que as equipas de saúde confirmem regularmente a identificação dos doentes, utilizando pelo menos dois identificadores (como nome, data de nascimento,

número de processo clínico ou de identificação pessoal) e sigam protocolos específicos para utentes com o mesmo nome, em coma ou confusos (Macedo et al., 2017).

Durante as minhas práticas clínicas, garanti a identificação correta dos utentes como uma prioridade essencial para evitar erros e assegurar a segurança nas intervenções. Segui rigorosamente os protocolos de identificação, utilizando sempre dois identificadores antes de realizar qualquer procedimento. Este cuidado era ainda mais crítico nos casos de doentes em estado de inconsciência ou sedados, onde a atenção aos detalhes de identificação era vital. Além disso, colaborei na implementação de protocolos específicos para doentes com nomes semelhantes ou em coma, nomeadamente através da sua alocação no serviço, do alerta verbal a todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao utente, bem como da dupla verificação dos identificadores do utente, assegurando que todos os cuidados fossem prestados de forma segura e alinhada com as melhores práticas, desde a admissão até à alta.

A redução da incidência das UPP também é outra uma meta do quinto pilar. Essa condição traduz-se em dor, sofrimento, risco de infeção, impactando significativamente a qualidade de vida do doente, podendo culminar em morte (Ribeiro, 2020; Shikama, 2018). Além disso, as UPP são um problema de saúde pública e um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados (DGS, Orientação n.º 017/2011).

A UPP, conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é definida como um "dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes devido à compressão tecidual e perfusão inadequada" (ICN, 2019, s.p.). Para reduzir a sua incidência é crucial desenvolver cuidados preventivos que preservem a integridade da pele. Entre os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão a fixação inadequada de dispositivos médicos, posicionamento incorreto ou infrequente dos doentes, calor e humidade que causam maceração da pele, edema que eleva a tensão tecidual, falta de conhecimento sobre a sua prevenção e riscos associados aos dispositivos médicos, e a ausência de avaliações frequentes da pele e dos dispositivos dos doentes (Rio, 2018).

A DGS, na orientação n.º 017/2011, afirma que a deteção precoce do nível de risco e a adoção de estratégias preventivas podem prevenir até 95% das UPP, e tal foi tido em conta no decorrer das práticas clínicas. Tive a oportunidade de aplicar a escala de risco de desenvolvimento de UPP, a Escala de Braden (versão adulto), utilizando o sistema informático próprio das instituições. Esta escala deve ser aplicada em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades de cuidados de saúde, nomeadamente nas primeiras seis horas após a admissão, sendo reavaliada nos SU e UCIP a cada 24 horas (Entidade Reguladora da Saúde, 2019).

Nesta perspectiva, nos meus planos de cuidados, adotava diversas estratégias para minimizar ou evitar a ocorrência de UPP, tais como: avaliar frequentemente o estado da pele, identificando precocemente fatores de risco como má circulação, fricção ou humidade e registando em notas de enfermagem; aplicar a Escala de Braden; reposicionar os doentes a cada duas horas, ou conforme o mais indicado para a sua situação clínica, para redistribuir a pressão e as forças de cisalhamento; utilizar colchões de pressão alternada em doentes com alto risco de UPP; prestar cuidados de higiene e hidratação da pele; garantir a correta fixação e reposicionamento dos dispositivos médicos sempre que possível para evitar compressão e maceração da pele; trocar os fixadores do tubo orotraqueal; aplicar óleo de amêndoas doces na pele para evitar UPP causadas pela pressão da máscara de VNI; escolher uma máscara facial adequada à pessoa, bem como gerir a hidratação e o aporte nutricional, quando possível, seguindo as recomendações da National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) e conforme proposto por Vidal (2019). Também promovi a educação dos utentes e das suas famílias sobre a importância das medidas preventivas e colaborei com a equipa multidisciplinar na monitorização constante dos utentes.

Recordo-me de um utente na UCIP que, devido à necessidade de sedoanalgesia e ao uso prolongado de dispositivos invasivos, apresentava um elevado risco de desenvolver UPP. Para prevenir essas lesões, implementei as medidas mencionadas anteriormente e informei a família sobre a importância dessas estratégias. Ademais, colaborei ativamente com a equipa multidisciplinar, participando nas reuniões multidisciplinares para discutir o estado do utente e o seu plano terapêutico.

A experiência sublinhou a importância de uma abordagem proativa centrada na segurança do utente, com foco na monitorização regular e na educação dos familiares. Essas ações contribuíram para uma maior compreensão das estratégias de prevenção, promovendo uma cultura de cuidados integrados. A aplicação de práticas baseadas em evidências melhorou a qualidade dos cuidados, assegurando também o bem-estar, o conforto e a dignidade do doente ao longo do internamento.

Uma outra meta do quinto pilar consiste na prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. A norma nº 008/2019 da DGS define queda como "uma pessoa que cai inadvertidamente ao chão ou para um nível inferior, com ou sem lesão" (p.7). Estas são um problema sério, podendo resultar em danos físicos, hemorragias intracranianas, danos psicológicos, aumento do tempo de internamento e até a morte. O sistema nacional de

notificação de incidentes (Notific@) indica que 21% dos incidentes reportados estão relacionados a quedas, o que torna urgente a implementação de medidas preventivas.

Para avaliar o risco de queda, recomenda-se utilizar a Escala de Quedas de Morse em todos os utentes internados (exceto tetraplégicos ou em coma). Essa avaliação deve ser feita na admissão e reavaliada sempre que houver mudanças no estado clínico, durante transferências e após quedas. Com base na avaliação, os utentes são classificados em relação ao risco de queda, o que determina a adoção de medidas específicas no plano de cuidados.

Por estes mesmos motivos, durante os ensinamentos clínicos, utilizei a Escala de Quedas de Morse para avaliar o risco de queda dos utentes, em conformidade com as diretrizes da DGS (2019). Esta avaliação foi integrada no registo eletrónico e reavaliada sempre que havia alterações no estado clínico ou durante transferências. Ademais, implementei medidas preventivas de quedas no plano de cuidados, nomeadamente: orientei o utente no tempo e no espaço, monitorizando o seu estado de consciência; ajustei a altura das camas para a posição mais baixa adequada; levantei as grades das macas e camas; providenciei dispositivos de apoio à marcha; mantive as unidades organizadas, removendo obstáculos no percurso de marcha e garantindo que equipamentos, materiais e dispositivos médicos não obstruíssem a área de circulação; nas unidades equipadas com campainhas, assegurei que estas estavam ao alcance do utente e instruí-os sobre o seu uso; e nos utentes com maior risco de queda, sempre que possível, posicionei-os sob um campo visual mais próximo.

Tais intervenções implementadas revelaram-se essenciais para a prevenção de quedas, assegurando um ambiente mais seguro e reduzindo o risco de incidentes. A aplicação contínua da Escala de Quedas de Morse, associada à monitorização e orientação dos utentes, mostrou-se eficaz não apenas na prevenção de quedas, mas também na promoção de um cuidado mais atento e personalizado. Esta experiência destacou a importância da proatividade na identificação de riscos, reforçando em mim a noção de que a prevenção é fundamental para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Por fim, a meta da segurança na medicação abrange atividades destinadas a evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos. Note-se que a reconciliação da medicação, que consiste na análise da medicação de um utente sempre que ocorrem alterações, visa identificar discrepâncias, como omissões, duplicações ou doses inadequadas. Este processo promove a adesão à medicação e contribui para a prevenção de incidentes associados ao uso de medicamentos (DGS, 2016).

De acordo com Freitas et al. (2017), citando Forte, Machado, Pires e Melo et al., os erros de medicação são um dos eventos adversos mais frequentes e grande parte poderia ser

evitada. A OMS, no Despacho nº 1400-A/2015, estima que 8% a 10% dos doentes internados em UCI e 13% dos doentes em ambulatório sofrem incidentes relacionados a práticas pouco seguras na medicação, resultando encargos significativos para o sistema de saúde. Segundo a OMS (2014), 50% dos erros de medicação estão relacionados com a administração de medicamentos, 18% com a prescrição, 16% com a omissão e adiamento da medicação, e 15% devido a dosagens incorretas. Além disso, mais de 50% dos erros de medicação ocorrem durante as transições de cuidados e 85% das discrepâncias são originadas por falhas no processo de recolha de informações sobre a medicação dos doentes (DGS, 2016).

Tendo em mente os dados anteriormente apresentados, durante os meus ensinamentos clínicos adotei práticas rigorosas de reconciliação da medicação para minimizar os riscos de erros de medicação, em conformidade com as diretrizes da DGS (2016). No início do turno, e em especial sempre que havia transições de cuidados, realizava uma revisão detalhada da medicação dos utentes, comparando as prescrições anteriores com as atuais. Verifiquei com atenção possíveis discrepâncias, como omissões, duplicações ou doses incorretas, e comuniquei qualquer incongruência ao enfermeiro responsável ou médico assistente.

Repare-se que diversos fatores, como ruído, stress, fadiga, comunicação inadequada e acondicionamento incorreto, contribuem para erros de medicação. Acresce ainda a manipulação de medicamentos de alto risco, ou seja, fármacos com elevado risco de causar danos significativos, aos quais também se somam os fármacos com aparência ou nomes semelhantes, conhecidos como LASA ("Look-alike" e "Sound-alike") (Despacho nº 1400-A/2015).

Durante os ensinamentos clínicos, tive especial cuidado na gestão desses medicamentos de alto risco, seguindo as recomendações institucionais para minimizar erros. Participei ativamente no armazenamento correto, assegurando que os medicamentos LASA fossem devidamente sinalizados e separados. Pratiquei a dupla verificação da medicação e mantive o ambiente de trabalho organizado e silencioso durante a preparação dos medicamentos, minimizando distrações e riscos de erros.

No contexto de SU, toda a medicação estava armazenada num sistema de dispensa automática de medicamentos: Pyxis. Neste sistema, a retirada de medicamentos apenas é autorizada após a prescrição médica e com o registo do profissional responsável pela remoção. Isso contribuiu para uma gestão mais segura da medicação, minimizando erros, assegurando maior agilidade no armazenamento, controlo de stock, otimização do tempo na reposição, manutenção do registo eletrónico das retiradas e gestão automática da validade

dos medicamentos (Solas, 2015). Compreende-se, assim, que se trata de uma ferramenta valiosa para assegurar um ambiente terapêutico seguro.

Já na UCIP, estes estavam dispostos em gavetas de fácil acesso, tendo, todavia, especial atenção aos medicamentos de alto risco, que estavam devidamente sinalizados.

Acrescento que nos vários contextos por onde exerci, garanti a administração do medicamento e dose correta à pessoa certa, no horário adequado, pela via correta, com a duração apropriada e identificação da terapêutica correta. Avaliei ainda a validade e integridade do fármaco e implementei sempre medidas para o controlo de infeções, além de monitorizar o utente após a administração. Por fim, realizei registos de todo o procedimento. No caso de medicações de alto risco, redobrei a atenção, realizando sempre uma dupla verificação e monitorizando o utente com mais rigor. Além disso, orientei os doentes e as suas famílias sobre a importância da adesão correta à medicação, promovendo assim a segurança e a continuidade dos cuidados.

O conhecimento, a compreensão e a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, específicos do contexto de doente crítico, foram também uma preocupação constante, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, favorecendo uma tomada de decisão fundamentada e segura na administração desses protocolos.

Concluo, assim, que todas as experiências de aprendizagem foram essenciais para o desenvolvimento de competências em segurança e na melhoria contínua dos cuidados prestados. Participei ativamente na gestão de projetos institucionais focados na qualidade dos cuidados, como a implementação de protocolos de segurança, a promoção de boas práticas na prevenção de IACS, a otimização da gestão de recursos e a adesão às diretrizes de administração segura de medicamentos, visando garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco na segurança, eficácia e satisfação do utente. Ofereci cuidados centrados no utente e na família, promovendo a prevenção de incidentes por meio da gestão eficaz do ambiente. Dessa forma, contribuí para um acesso mais equitativo e oportuno aos serviços de saúde, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados.

2.3. Gestão de Cuidados

A gestão dos cuidados também faz parte das competências comuns do EE. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE deve: “a) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”

(p.4745). Já o Regulamento n.º 76/2018 afirma que a gestão desempenhada pelos enfermeiros é fundamental para assegurar a qualidade e segurança do exercício profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p. 3478).

A gestão dos cuidados pode ser entendida como uma interação dinâmica entre o processo de trabalho, o ato de cuidar e as funções administrativas. Essa relação se estabelece pela integração dos conhecimentos de gestão e de cuidado, permitindo a criação de uma conexão entre esses dois campos na prática profissional. O objetivo final é garantir que o cuidado prestado aos utentes seja organizado de forma sistemática e com qualidade, assegurando a eficiência dos serviços de saúde (Mello et al, 2023).

Ao longo da minha prática, geri os cuidados de forma integrada e dinâmica, com foco na coordenação, otimização da resposta e articulação da equipa. Dediquei especial atenção à gestão dos recursos adequados às necessidades específicas de cada contexto, visando a qualidade dos cuidados prestados. Geri o tempo, o material e o pessoal disponível, assegurando a preparação dos procedimentos e a disponibilidade dos recursos, especialmente em ambientes de emergência. Esta prática de gestão permitiu-me garantir a segurança e a eficiência dos cuidados, promovendo um ambiente colaborativo e de alta qualidade, garantindo que todos os utentes recebam cuidados sistematizados e de elevados padrões profissionais. Adotei ainda uma postura reflexiva e baseada na avaliação contínua da condição clínica dos utentes, o que me permitiu tomar decisões fundamentadas sobre as intervenções necessárias.

Considerando a importância dos enfermeiros gestores nas equipas de saúde e com o objetivo de desenvolver competências nesta área, durante os ensinamentos clínicos procurei oportunidades de aprendizagem com os mesmos, sempre que possível e pertinente. Isso permitiu-me compreender a gestão das dotações de enfermeiros, a formação contínua dos profissionais, o cumprimento dos padrões de qualidade, a promoção de ambientes seguros e a gestão eficiente dos recursos materiais e equipamentos.

Além disso, constatei que o enfermeiro gestor e o enfermeiro chefe de equipa desempenham um papel essencial no apoio à tomada de decisões, na supervisão e no suporte às tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados. Dos Santos et al. (2013) destacam que "o enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e organização de um ambiente que promova e potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem" (p.260). Segundo os mesmos autores, liderar envolve uma atitude proativa nas relações com a equipa e na tomada de decisões, sem recorrer à imposição de poder, valorizando o trabalho em equipa, uma competência essencial do enfermeiro gestor.

No SU, observei de perto o papel do enfermeiro chefe de equipa, dado que a minha tutora desempenhava essa função. Verifiquei que cada equipa de enfermagem conta com um enfermeiro chefe de equipa por turno, designado pelo enfermeiro gestor, colaborando na gestão do serviço. As suas funções incluem tomar decisões alinhadas com os valores e a filosofia da instituição; estabelecer prioridades na resolução de problemas; gerir situações imprevistas e/ou problemáticas na gestão dos cuidados; estar a par da situação do serviço; gerir os recursos humanos disponíveis; resolver conflitos; elaborar o plano de distribuição de enfermeiros; organizar a transferência de utentes; gerir a disponibilidade de materiais; e assegurar a adequação dos equipamentos e recursos materiais (CHUP, n.d.).

Esta experiência foi extremamente proveitosa, permitindo-me desenvolver uma visão mais abrangente tanto na gestão de cuidados (nomeadamente na alocação e transferências dos utentes, na gestão dos profissionais nos diversos postos de trabalho consoante a carga de trabalho e com base nas suas competências e experiências, na gestão de equipamentos e materiais, no controlo de estupefacientes e na resolução de situações inesperadas), como também na prestação de cuidados (nomeadamente como elemento de referência para a prestação de cuidados de excelência). Concluí que gerir um SU é uma tarefa complexa devido à imprevisibilidade dos acontecimentos e à complexidade de muitas situações, além do baixo rácio de recursos humanos disponíveis para as necessidades vivenciadas.

Particularizando a coordenação e distribuição dos recursos humanos e materiais, estes são fundamentais para a gestão e otimização do trabalho da equipa. A sua correta alocação requer planeamento, supervisão e avaliação contínuas, assegurando a quantidade e a qualidade adequadas para que os profissionais possam realizar as suas atividades com segurança (Dos Santos et al., 2013).

Relativamente aos recursos humanos, o Regulamento n.º 743/2019 destaca que a dotação adequada de enfermeiros, considerando as suas qualificações e perfil de competências, é fundamental para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde (p. 128). Assim, torna-se essencial implementar metodologias que ajustem os recursos humanos às necessidades reais de cuidados. A Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, incluída no mesmo regulamento, reforça a importância de um modelo que considere as características demográficas, tecnologias de saúde e métodos de gestão, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados.

Sabe-se que a elevada carga de trabalho em cuidados intensivos pode aumentar a ocorrência de incidentes, devido à redução da monitorização dos utentes e à supervisão do pessoal técnico (Rivas et al., 2018). Verifiquei que, para otimizar a gestão dos recursos

humanos, os responsáveis de equipa no turno da noite utilizam o sistema de classificação de doentes denominado Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) para atribuir os utentes de forma justa a cada enfermeiro do turno seguinte, de acordo com a carga horária e as reais necessidades de cuidados.

O sistema de classificação TISS-28 é amplamente utilizado para medir e quantificar a carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos, abrangendo 28 itens relacionados a atividades diárias, suporte cardiovascular, intervenções técnicas, suporte ventilatório, renal, neurológico e metabólico (Simões, 2020). Além de indicar a gravidade de cada utente, o TISS-28 determina o número de enfermeiros necessários com base na classificação do utente e nas intervenções requeridas. Cada ponto no TISS-28 corresponde a 10,6 minutos de trabalho num turno de 8 horas, sendo que uma pontuação mais elevada implica maior tempo dedicado aos cuidados (Simões, 2020; Rivas et al., 2018).

Embora esta escala seja amplamente reconhecida pela sua importância, fiabilidade e aplicabilidade prática na avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, foram identificadas algumas lacunas estruturais, nomeadamente o facto de a avaliação não considerar os cuidados indiretos, como o apoio à família e as tarefas administrativas (Simões, 2020; Lucchini et al., 2019). Esta limitação sublinha a necessidade de abordagens mais abrangentes, como as recomendadas pelo Regulamento n.º 743/2019, que destaca que o cálculo da dotação de enfermeiros deve ir além das horas de cuidados diretos, integrando também competências profissionais, a estrutura da instituição e a formação contínua. A adoção de modelos que reconheçam a complexidade da prática de enfermagem, considerando todas as dimensões do cuidado, incluindo suporte emocional e organizacional, poderão não só aprimorar a alocação de recursos humanos, mas também aumentar a satisfação profissional e resultar em melhores desfechos para os utentes. Assim, propõe-se uma abordagem mais holística que assegure a eficácia e a humanização do sistema de saúde.

Citando um estudo realizado em Portugal entre 2013 e 2014, cujo objetivo foi "Descrever a perceção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes de prática de enfermagem e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais", constatou-se que a "adequação de recursos humanos e materiais" é a componente mais crítica da qualidade dos ambientes de prática, necessitando de especial atenção (Jesus et al., 2015, p. 26). No mesmo estudo, ao citarem Aiken et al., destacam que "o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efetivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis" (p. 41). Compreende-se, assim, que a melhoria dos ambientes de prática e a adequação de

recursos são fundamentais para a efetividade e eficiência dos investimentos em dotação de enfermeiros, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Ainda no contexto da gestão de cuidados, a triagem permite a determinação de prioridades e o correto encaminhamento das situações clínicas de acordo com a especialidade, mostrando-se uma mais-valia na garantia da qualidade e segurança dos utentes. Esta abordagem assegura que o atendimento seja adaptado às necessidades dos utentes, resultando em ganhos em saúde, na redução dos tempos de espera e da permanência no SU (Norma n.º 002/2015). Durante a minha prática clínica em SU, tal foi claramente constatado. Nesse sentido, torna-se evidente a importância de uma gestão eficiente dos recursos humanos na triagem, garantindo que a mesma seja realizada por profissionais devidamente qualificados, de preferência EEEMC na área da PSC, contribuindo para a minimização dos riscos clínicos e a otimização dos cuidados prestados aos doentes.

No decorrer da minha prática clínica também aprofundei a importância da individualização dos planos de cuidados, refletindo sobre a adequação dos focos, diagnósticos e intervenções, sempre numa perspetiva académica avançada, sustentada por um pensamento crítico e reflexivo, em correlação com a evidência científica. Como sublinha Benner (2001), "A vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente" (p. 105). Portanto, o planeamento das intervenções necessárias ao cuidado especializado da PSC exigiu um aprofundamento dos conhecimentos sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de cada situação específica. Além disso, implicou o desenvolvimento de competências específicas no uso de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Esses conhecimentos foram essenciais para estruturar e apoiar a aplicação da metodologia do processo de enfermagem, visando o planeamento de intervenções e um processo de tomada de decisão especializado e fundamentado. Este planeamento baseou-se no estabelecimento de prioridades, permitindo uma resposta pronta e antecipatória aos focos de instabilidade.

Particularizando ao ensino clínico no SU, considero que desenvolvi competências na gestão de prioridades. Note-se que, para as quatro salas de reanimação existentes no serviço, estavam destacados três enfermeiros exclusivamente designados, estando de acordo com o recomendado no Parecer nº 14/2018 da OE, que afirma que, dada a "necessidade de cuidados específicos emergentes, não padronizados e, portanto, não sujeita a determinação de fluxos perfeitamente controláveis (...) a disponibilidade da equipa deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho" (p. 2).

Ademais, os enfermeiros destacados para a sala de emergência eram, na sua maioria, EEEMC ou peritos na área, seguindo o recomendado no Regulamento n.º 743/2019 que afirma que "os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de Emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno sejam EEEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC" (p. 144).

Perante as dotações da sala, bem como o elevado fluxo de doentes e as intervenções necessárias à PSC para alcançar a sua estabilidade, era exigida a priorização e gestão de cuidados, além de um excelente trabalho em equipa entre todos os elementos. Note-se que a gestão dos cuidados em contexto de emergência deve assegurar uma coordenação eficiente da equipa, colaboração nas decisões do *team leader* e a verificação prévia de que todo o material e equipamento estão em pleno funcionamento. Segundo Teixeira e Vieira (2020), os EE desempenham um papel crucial na priorização dos cuidados, pois possuem conhecimentos atualizados e estão aptos a identificar precocemente eventos críticos e intervir prioritariamente para preservar a vida da PSC.

Neste sentido, desenvolvi competências importantes na gestão de prioridades em situações de emergência. A observação e participação ativa nas intervenções na sala de reanimação permitiram-me compreender a relevância da coordenação eficiente da equipa e da priorização dos cuidados para a PSC. Diante do elevado fluxo de utentes e da complexidade das intervenções, tornou-se fundamental garantir que as decisões fossem rápidas e eficazes, com foco na estabilização imediata da pessoa. Esta experiência destacou a necessidade de estar sempre preparada, assegurando o bom funcionamento dos equipamentos e a pronta resposta às necessidades críticas. Além disso, aprimorei a capacidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica e de tomar decisões ágeis e informadas, competências que consolidei ao longo do estágio. Aprendi a responder de forma eficiente às necessidades dos doentes, organizando os cuidados de modo a priorizar intervenções essenciais e garantir uma resposta pronta e antecipatória aos focos de instabilidade.

Termino, afirmando que as experiências de aprendizagem relacionadas com a gestão de cuidados e serviços junto dos EEEMC foram fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências na área da gestão dos cuidados, adaptando-me às diferentes situações e contextos e almejando a qualidade dos cuidados prestados.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação contínua e o desenvolvimento profissional ao longo da vida são pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos cuidados prestados (Regulamento nº656/2021).

No caso do EE, o Regulamento n.º 140/2019 estabelece que é essencial cultivar o autoconhecimento e a assertividade, bem como fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica. Para o desenvolvimento das competências específicas do EE, independentemente da sua área de atuação, o aprimoramento contínuo das aprendizagens profissionais é crucial para assegurar práticas seguras e de alta qualidade, baseadas nas evidências mais recentes. De acordo com Branco et al. (2020), a prática baseada na evidência implica a utilização consciente, explícita e criteriosa das melhores evidências disponíveis para tomar decisões informadas sobre os cuidados a prestar a cada utente.

O enfermeiro tem, assim, o compromisso de buscar a excelência nos cuidados prestados. Isso implica a obrigação de manter-se constantemente atualizado em seus conhecimentos, bem como investir em formação contínua e aprofundada nas ciências humanas, conforme preconizado pelo Código Deontológico da nossa profissão, no Artigo 109.º (Lei n.º 156/2015).

Ademais, a formação contínua não é apenas um dever profissional, mas também uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal e profissional, visando a melhoria contínua dos cuidados. Conforme estipulado no Artigo 109.º do REPE, o enfermeiro deve garantir a “atualização contínua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 86). Por essa razão, o EE é visto como uma referência dentro da equipa multidisciplinar, pois possui conhecimentos aprofundados e atualizados em competências humanas e científicas, o que lhe permite uma intervenção mais eficaz junto da pessoa, família e equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 429/2018).

Durante a minha prática, procurei desenvolver o meu autoconhecimento, reconhecendo as minhas emoções, medos e receios, de forma a estabelecer limites, especialmente em situações de maior pressão. A partir desse autoconhecimento, reconheci os meus pontos fracos, aprendi a gerir as minhas emoções e a lidar com conflitos, melhorando assim a minha relação terapêutica com os outros. Dessa forma, pude prestar cuidados mais seguros, adequados e de maior qualidade. Esse reconhecimento da necessidade de aprimoramento levou-me a ingressar neste Mestrado, o que contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Para aprofundar ainda mais o autoconhecimento e a assertividade, ao longo dos estágios, busquei oportunidades para aprimorar as minhas competências, adotando uma postura de interesse, proatividade e assertividade. No processo de autoconhecimento, o trabalho pessoal e reflexivo foi crucial, através da elaboração de reflexões seguindo o Ciclo de Gibbs, projetos de autoformação, estudo de caso, relatórios de estágio e o relatório final.

Estabeleci objetivos claros e defini as estratégias necessárias para os alcançar, avaliando posteriormente os resultados das minhas intervenções. Refleti sobre a minha prática com base na evidência científica, consegui identificar áreas de melhoria e atualizar os meus conhecimentos, alinhando-me com o Regulamento n.º 140/2019, que afirma que a atualização dos conhecimentos baseada na mais recente evidência científica é essencial para o EE, pois fundamenta as suas intervenções e tomadas de decisão de forma válida, atual e pertinente.

Direcionei o meu percurso académico para o desenvolvimento das competências de Mestre, evoluindo continuamente com base nas novas experiências. Enfrentei diversos cenários que exigiram processos contínuos de tomada de decisão, demandando raciocínio crítico, rapidez, eficiência e eficácia nas intervenções realizadas. Fui capaz de identificar as minhas limitações de forma atempada, mantendo sempre uma postura honesta e procurando esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem, o que foi essencial para o meu desenvolvimento. Recorri à evidência científica mais recente, revisei apontamentos e protocolos relevantes, o que me permitiu sentir-me mais capacitada para oferecer respostas eficazes, seguras e de elevada qualidade, ajustadas às necessidades específicas de cada PSC e respetiva família. Realizei momentos de "debriefing" com os enfermeiros da prática, o que contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Também me esforcei para colaborar e envolver-me nas equipas, adotando uma postura proativa, sendo crucial para o desenvolvimento de aprendizagens, dado que me permitiu expandir o meu campo de ação, proporcionando novas visões, experiências, métodos de trabalho, conhecimentos e habilidades.

De referir ainda que, durante todo o meu percurso profissional, houve um interesse constante na aquisição de novos conhecimentos que pudessem auxiliar e fundamentar a minha prática. Dado o meu interesse na área de urgência e emergência, particularmente no cuidado à PSC, frequentei diversos cursos e ações de formação ao longo dos anos, bem como uma Pós-Graduação em Emergência Extra-Hospitalar e Cuidados Intensivos (PGEEHCI), com o objetivo de desenvolver uma prática que permita responder de forma mais adequada às necessidades da PSC e respetiva da família/pessoa de referência.

Foi-me ainda possível acompanhar, no contexto extra-hospitalar, a formação de uma equipa de SIV, participando em dois módulos diferentes do curso, nomeadamente no módulo de Trauma e no módulo de Transporte de Doente Crítico. Esta foi uma excelente oportunidade para compreender o papel do enfermeiro e do INEM no contexto extra-hospitalar, bem como rever conteúdos teórico-práticos e aplicá-los através de simulacros.

Colaborei ainda na reformulação e revisão dos fluxogramas de triagem telefónica do SEMER, nomeadamente no fluxograma de dispneia. Procurei assim implementar estratégias de atualização e desenvolvimento para garantir a contínua qualidade dos cuidados de enfermagem, dinamizando e aplicando a evidência científica na prática clínica, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Adicionalmente, no papel de Enfermeira de Referência, colaborei ativamente na formação e desenvolvimento de futuros profissionais de enfermagem, supervisionando e orientando os alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem durante a prática clínica. Como especialista em enfermagem, apliquei competências avançadas de ensino e mentoria, promovendo um ambiente de aprendizagem estruturado e baseado em evidências. Identifiquei as necessidades formativas de cada aluno, desenvolvendo planos individualizados que visavam aprimorar tanto as suas habilidades técnicas como o raciocínio clínico. Acompanhei e avaliei o desempenho dos alunos, fornecendo feedback contínuo e construtivo, o que lhes permitiu alcançar um maior nível de autonomia e confiança no cuidado ao utente. Além disso, estimulei a reflexão crítica sobre as práticas clínicas e o desenvolvimento de competências éticas e de comunicação, fundamentais para a prestação de cuidados humanizados e de alta qualidade. Esta experiência contribuiu para a promoção de uma cultura de melhoria contínua, tanto na formação de novos profissionais como na prática clínica, alinhando-se com as responsabilidades de um EE.

Finalizando esta análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e do conhecimento desenvolvido, tanto no decorrer do ensino clínico como ao longo do meu percurso profissional, considero que adquiri e desenvolvi com sucesso as competências comuns do EE. Acrescento que este meu processo é contínuo e dinâmico, prosseguindo ao longo de toda a minha carreira profissional, neste sentido, comprometo-me a oferecer sempre cuidados de alta qualidade, fundamentados em evidências científicas e baseados em momentos de reflexão crítica.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo, será realizada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso formativo, com o objetivo de alcançar e consolidar as competências específicas do EEEMC no cuidado à PSC em diversos contextos. Conforme definido no artigo 3º do Regulamento nº 140/2019, as competências específicas

“são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p4745).

De acordo com Lopes et al. (2018), a evidência demonstra que a especialização em enfermagem exerce um impacto positivo significativo que se reflete em benefícios para os utentes, com melhorias nos indicadores de saúde; para as instituições, com avanços nos indicadores de gestão e eficiência; e para os profissionais de saúde, com um aumento na satisfação e na retenção.

No que diz respeito às competências específicas do EEEMC no cuidado à PSC, o artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 estabelece as seguintes competências:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19359).

O EEEMC é assim responsável por prestar cuidados de alta qualidade e personalizados à PSC, desde o pré-hospitalar até à alta, visando facilitar a transição entre saúde e doença. Este cuidado exige atualização constante e adaptação para responder às complexas necessidades do doente e da sua família (Fonseca, 2015). Foi essa capacidade que procurei aprimorar ao longo do meu processo de especialização, direcionando o meu percurso para a aquisição das competências necessárias para atuar como EEEMC, com foco na PSC.

Em seguida, apresento uma reflexão crítica sobre cada uma das três competências específicas mencionadas, baseando-me no relato do meu percurso de aquisição dessas competências ao longo do processo de especialização, bem como ao longo do meu trajeto profissional.

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

Devido à complexidade dos cuidados à PSC, a primeira competência do EEEMC foi dividida em várias unidades de competência. Assim, os meus cuidados incluíram a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, a administração rigorosa de protocolos complexos, a gestão diferenciada da dor e bem-estar, a comunicação interpessoal que sustenta a relação terapêutica, o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida com a PSC e a sua família, e o apoio às perturbações emocionais em situações críticas, conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018.

A vigilância e a deteção de instabilidade na PSC são fulcrais para reduzir a morbidade e mortalidade. Durante a prática clínica, enfrentei situações que exigiram antecipação de potenciais instabilidades, recorrendo à monitorização contínua e à avaliação minuciosa do estado do utente, medidas essenciais para identificar precocemente alterações clínicas e intervir rapidamente, prevenindo a progressão da instabilidade.

Ademais, utilizei equipamentos de monitorização calibrados e com alarmes ajustados, que forneciam dados cruciais sobre a capacidade hemodinâmica da PSC, como tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória. Também recorri a instrumentos de avaliação neurológica, como a escala de coma de Glasgow, essenciais para identificar mínimas alterações no estado de consciência, possibilitando uma resposta rápida a possíveis instabilidades. Quando algum parâmetro se alterava, era crucial fazer um julgamento clínico imediato e agir prontamente, pois essas mudanças geralmente indicam alterações no estado geral da PSC. A prioridade era interpretar esses dados para direccionar os cuidados e prevenir instabilidade, contando, para isso, com minha experiência clínica, o apoio da equipa multidisciplinar e a evidência científica. Os resultados de análises sanguíneas, gasometrias arteriais e exames complementares, como radiografias, eletrocardiogramas e tomografias, também forneceram informações essenciais para estabilizar as funções vitais da PSC ou evitar o agravamento do seu estado.

Sempre que identificava uma situação de possível instabilidade, planeava cuidadosamente os cuidados necessários para abordá-la, validando as ações com os enfermeiros tutores. Após a prestação dos cuidados, era igualmente essencial monitorizar a eficácia das intervenções realizadas, refletindo posteriormente sobre o impacto da minha intervenção na recuperação da PSC. Com base nessas reflexões, constatei que fui capaz de

prestar cuidados a pessoas em situações emergentes, antecipando instabilidades e riscos de falência orgânica, conforme preconizado pelo Regulamento nº 429/2018.

A minha primeira experiência prática ocorreu num SU polivalente, um ambiente diferenciado para urgências e emergências, conforme refere CRRNEU (2012). Este contexto oferece cuidados a pessoas com diversas patologias e gravidades, sendo essencial para o desenvolvimento de competências no cuidado a utentes e familiares em situações complexas de doença crítica e falência orgânica, proporcionando experiências diversificadas.

Particularizando à Sala de Emergência, esta área constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, desempenhando um papel essencial na abordagem adequada e especializada da PSC (ACSS, 2019). Nesse contexto, a atuação deve ser sistemática e focada na rápida identificação e correção de riscos vitais, começando pela Avaliação Primária (XABCDE) — X: Hemorragia Exsanguinante, A: Via aérea e estabilização cervical, B: Ventilação, C: Circulação, D: Disfunção neurológica e E: Exposição/ambiente. Após a estabilização inicial, realiza-se a Avaliação Secundária, com análise detalhada de lesões, sinais vitais e histórico da pessoa, assegurando cuidados integrais e centrados na PSC (NAEMT, 2021).

Recordo várias situações em que antecipei potenciais focos de instabilidade na PSC, como PCR, trauma, intoxicações, insuficiência respiratória, grandes queimados e vias verdes. Um caso específico foi a ativação de sala de emergência para um homem de 62 anos, triado com fraqueza súbita no lado direito, disartria e alteração na consciência, com início sintomático há uma hora. Imediatamente, foi ativada a Via Verde do AVC.

De acordo com Falcão et al. (2015), o AVC é a emergência médica mais comum relacionada ao sistema nervoso central. Trata-se de um evento súbito, caracterizado pela perda rápida da função neurológica, causada pela interrupção súbita do fornecimento de sangue ao cérebro, devido a um foco hemorrágico (13% dos casos) ou isquémico (87% dos casos) (AHS, 2016). A SPMI (2021) afirma que o AVC é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal, com três portugueses afetados a cada hora; um deles não sobrevive, e metade dos sobreviventes terá sequelas incapacitantes. O sucesso no tratamento do AVC está intimamente ligado ao fator tempo, justificando o conceito de "tempo é cérebro". Quanto mais rapidamente o doente for levado ao tratamento adequado, maiores serão as chances de um resultado bem-sucedido (DGS, 2017). Assim, é crucial que o enfermeiro, durante a triagem, identifique rapidamente os sinais e sintomas do AVC para ativar a Via Verde do AVC e iniciar o tratamento, garantindo uma intervenção em tempo hábil e reduzindo o risco de sequelas e complicações (Pereira et al., 2017).

No posto de triagem do SU, observei o cumprimento rigoroso da Norma 015/2017 da DGS na ativação da Via Verde do AVC. A avaliação do utente foi feita de maneira sistemática e rápida, com atenção aos sinais neurológicos como desvio da comissura labial, redução de força em um membro e dificuldade na fala. Também foi considerada a janela de tempo desde o início dos sintomas, que era igual ou inferior a 6 horas, e a ausência de dependência prévia do utente. Cumpridos os critérios de inclusão, a Via Verde do AVC foi ativada e o utente foi imediatamente encaminhado para a sala de emergência.

Na Sala de Emergência, iniciei a avaliação e monitorização contínua do utente, seguindo a metodologia ABCDE, descrita anteriormente. A via aérea estava permeabilizada. Na ventilação/respiração, o utente apresentava taquipneia em ar ambiente e uma saturação periférica de oxigénio (SpO₂) de 88%, pelo que administrei oxigénio por cânula nasal a 4 L/min, resultando na reversão da taquipneia e da dessaturação. Segundo a American Heart Association (AHA, 2019), a suplementação de oxigénio deve ser feita apenas se necessário para manter a SpO₂ em níveis iguais ou superiores a 94%. A expansão pulmonar era simétrica e à auscultação o murmúrio vesicular estava presente bilateralmente.

Na avaliação da circulação, realizei a monitorização cardíaca e da pressão arterial, estabelecendo acessos venosos periféricos de grande calibre e colhendo produtos sanguíneos. O cliente encontrava-se normotenso e ligeiramente taquicárdico, com ritmo sinusal. A AHA (2019) recomenda não reduzir a pressão arterial no AVC isquémico agudo, exceto em casos de níveis extremamente elevados (PAS>220mmHg e PAD>120mmHg) mantendo-se uma pressão arterial média (PAM) superior a 90mmHg.

Quanto à disfunção neurológica, apresentava um score 12 na Glasgow Coma Scale (Ocular: 4; Verbal: 2; Motora: 6), as pupilas eram isocóricas e isoreativas, havendo hemiparesia à direita, desvio da comissura labial à esquerda e disartria. A sintomatologia tinha uma hora de evolução, indicando a viabilidade para a fibrinólise em caso de AVC isquémico. Apresentava ainda uma glicemia capilar de 103 mg/dL, sendo essencial manter a normoglicemia para prevenir complicações (AHA, 2019).

Por fim, na fase de exposição, avaliei a temperatura corporal e a pele do utente, removi a roupa, bens e valores do utente, realizando o espólio e colocando a bata hospitalar.

Segundo a AHA (2019), os exames de imagem cerebral são fundamentais em todos os utentes com deterioração neurológica súbita. Por esse motivo, após a avaliação e estabilização do utente, comecei a preparar o transporte até a imagiologia.

De acordo com as recomendações para o transporte de doentes críticos do Colégio de Medicina Intensiva e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), é crucial

confirmar previamente que a área de destino está preparada para receber o doente. Isso assegura que o utente possa iniciar imediatamente o exame ou a terapêutica programada ao chegar ao destino. Portanto, certifiquei-me de que a equipa da imagiologia estava informada e pronta para receber o utente, tal como recomendado, e preparei todo o material necessário para o transporte, incluindo mala de transporte e monitores. Durante todo o processo, mantive uma vigilância constante e realizei avaliações contínuas para antecipar e identificar quaisquer sinais de instabilidade.

Após a confirmação radiológica de um AVC isquémico, era crucial iniciar a terapia de reperfusão. Segundo Pazuello (2019), a trombectomia mecânica é o tratamento padrão para o AVC isquémico agudo, com maior sucesso quando realizada precocemente. Assim, garanti a transferência do utente para a unidade de neurorradiologia, respeitando os princípios do transporte de doentes críticos descritos anteriormente e assegurando o registo detalhado das intervenções e da evolução clínica. Neste cenário, consegui antecipar e gerir eficazmente os potenciais focos de instabilidade, garantindo a melhor resposta possível.

Dando continuidade ao meu percurso de desenvolvimento de competências, tive também a oportunidade de cuidar de pessoas e de suas famílias/cuidadores que enfrentavam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no contexto da UCIP. Nesse ambiente surgiram várias oportunidades para identificar potenciais focos de instabilidade.

Lembro-me, por exemplo, de uma situação em que identifiquei uma obstrução parcial do tubo naso-traqueal de uma utente devido à presença de secreções. O que me alertou para esse foco de instabilidade foram os sons respiratórios anormais, a redução da expansão torácica e o uso da musculatura acessória durante a respiração, além da coloração azulada das extremidades (indicando cianose) e uma SpO₂ de aproximadamente 85%. Após realizar a aspiração do tubo, verificar a correta posição do mesmo, fluidificar as secreções e aumentar o fornecimento de oxigénio, a situação estabilizou-se.

Para além da avaliação sistemática e metódica da vítima, a identificação de fatores predisponentes que aumentavam o risco iminente de falência de uma ou mais funções orgânicas fez a diferença na prestação de cuidados. Por esse motivo, sempre que possível, e após a realização dos cuidados prioritários, consulte o histórico do utente para obter dados mais concretos e objetivos. Particularmente na prática clínica em contexto extra-hospitalar, recordo-me de uma ativação da VMER para um idoso com dispneia que, à nossa chegada, se encontrava polipneico, sudado e com dessaturação em ar ambiente. Após a avaliação inicial e a conversação com o familiar para obter o histórico do utente, constatou-se que ele tinha antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e utilizava ventilação

mecânica não invasiva (VMNI) durante a noite. Iniciámos, então, a VMNI, estabilizámos o utente com a terapêutica adequada e transportámo-lo para a unidade de saúde apropriada para continuidade da vigilância e tratamento.

Conforme nos refere Benner (2005), "o contexto e as significações inerentes às situações clínicas influenciam fortemente as competências da perita" (p. 56). Neste sentido, baseando-me na minha prática, procurei elevar as minhas competências. Atuei de forma a antecipar possíveis focos de instabilidade e a prevenir complicações para a PSC, identificando rapidamente problemas potenciais. Planeei, implementei e avaliei intervenções que ajudaram a evitar esses problemas ou a minimizar os seus efeitos indesejáveis. Baseei-me no rigor técnico e científico para implementar intervenções de enfermagem especializadas e assegurei a continuidade dos cuidados, referenciando as questões identificadas para a restante equipa multidisciplinar. Assumi a responsabilidade pelas decisões tomadas, pelos atos que executei e deleguei, e realizei cuidados técnicos de alta complexidade, todos com o objetivo de fornecer cuidados de enfermagem especializados à PSC, antecipando possíveis focos de instabilidade.

Como segunda unidade de competência do cuidar da pessoa, família/cuidador vivenciando processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, estabelece-se que o EEEMC, no cuidar da PSC, deve garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos. A administração desses protocolos exige uma prescrição prévia, sendo, portanto, considerada uma intervenção interdependente. No entanto, a gestão desses protocolos é uma intervenção autónoma, uma vez que o enfermeiro é responsável pela execução, gestão e avaliação das ações, conforme definido pela OE (2008). De acordo com a Lei nº 156/2015, referente ao REPE, os enfermeiros são responsáveis pela administração da terapêutica prescrita, devendo detetar os efeitos e ajustar as intervenções conforme necessário.

Durante os contextos clínicos, tive a oportunidade de gerir a administração de vários protocolos terapêuticos complexos. Compreendi que é essencial entender os mecanismos que sustentam cada intervenção, incluindo os objetivos terapêuticos, a farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos, efeitos secundários, métodos de preparação e vias de administração, como refere Magalhães (2017). Foi igualmente crucial antecipar complicações e monitorizar continuamente a resposta para assegurar a eficácia e segurança das intervenções, com base em um conhecimento aprofundado de cada medicamento.

Dando um exemplo prático, tive a oportunidade de prestar cuidados a um utente em choque hemorrágico no SU. Neste caso, identifiquei rapidamente focos de instabilidade e implementei intervenções de enfermagem altamente complexas para antecipar e responder

a esses focos. Isso incluiu a monitorização de sinais de choque, como hipotensão, taquicardia, taquipneia e oligoanúria, além de gerir protocolos terapêuticos complexos, como a administração de noradrenalina, ácido tranexâmico e o protocolo de transfusão maciça no adulto, conforme a Norma n.º 011/2013, atualizada em 2017, da DGS. Como resultado da minha intervenção, consegui estabilizar o utente, minimizando a progressão do choque e criando condições para uma transferência segura para o bloco operatório. Essa resposta imediata e eficaz foi essencial para aumentar as chances de recuperação do utente e demonstrou a importância de uma atuação técnica e rápida em situações críticas.

No contexto extra-hospitalar, constatei que, devido à ausência de um espaço físico controlado e organizado, como o encontrado em ambiente hospitalar, a gestão de protocolos terapêuticos complexos exige criatividade e improvisação. A falta de suportes, bombas perfusoras ou de um espaço adequado para posicionar o monitor ilustra bem esses desafios. Constatei que este cenário desafia constantemente os profissionais, destacando o valor da experiência e dedicação na superação de situações adversas e na prestação ágil de cuidados.

Recordo-me agora de uma ativação da equipa extra-hospitalar para uma senhora de 55 anos que sofreu uma reação anafilática após a administração de Metamizol de Magnésio no domicílio. Ao chegar ao local, constatei que a utente apresentava insuficiência respiratória aguda, com edema da face e do pescoço, além de sinais de hipotensão. Após a avaliação inicial, e em colaboração com o médico presente, foi necessário gerir uma série de protocolos terapêuticos para estabilizar a utente, nomeadamente a administração de adrenalina intramuscular, oxigenoterapia e fluidoterapia, mantendo uma monitorização constante, em conformidade com o estipulado pela DGS na Norma nº 014/2012. Após esta intervenção, a utente começou a mostrar sinais de melhoria. Foi então efetuado o transporte para uma unidade de saúde adequada, sempre com vigilância e monitorização contínuas. Nesta situação, pude antecipar potenciais focos de instabilidade e gerir os protocolos terapêuticos de forma eficaz, garantindo uma estabilização rápida e segura da utente.

Foco agora a minha atenção na terceira unidade de competência, nomeadamente a gestão diferenciada da dor e do bem-estar. Repare-se que, dada a proximidade constante com a PSC, o enfermeiro é o profissional de saúde mais atento à deteção da dor e aquele que pode implementar as intervenções mais adequadas para o seu alívio.

De acordo com Ferreira (2013), o bem-estar é um conceito holístico que integra saúde física e mental, refletindo-se na satisfação e felicidade da pessoa. Deste modo, é evidente que os cuidados de enfermagem desempenham um papel crucial na qualidade dos cuidados e no bem-estar da PSC e da sua família (Zawawi & Nasurdin, 2017).

Já a dor, segundo a CIPE, representa um “aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento” (ICN, 2019, s.p.). Compreende-se, então, que a dor é um fator naturalmente influente no bem-estar da pessoa e uma das experiências mais temidas. Sendo um fenómeno fisiológico complexo e multidimensional, a sua gestão e abordagem são prioritárias na prestação de cuidados de saúde, desempenhando um papel crucial na humanização dos cuidados (Zuazua-Rico et al., 2020; Fonseca, 2015).

Hylén et al. (2020) referem que a dor está quase sempre presente na PSC e que a sua manifestação está frequentemente associada tanto à condição clínica subjacente que levou o utente a procurar atendimento, quanto aos múltiplos procedimentos a que é submetido.

Ademais, a dor desencadeia uma série de consequências deletérias, com efeitos multissistémicos, incluindo uma resposta fisiológica ao stress, aumento da libertação de neurotransmissores simpáticos e níveis elevados de hormonas de stress, que acabam sendo prejudiciais para a estabilização da PSC. Os efeitos cardiovasculares da dor não controlada incluem o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e da resistência vascular sistémica, além do aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, alteração do fluxo sanguíneo regional e trombose venosa profunda. O aumento dos níveis de catecolaminas pode provocar vasoconstrição arteriolar, resultando na redução da perfusão dos tecidos e na diminuição da pressão parcial de oxigénio. A presença de dor pode ainda limitar e condicionar o reflexo da tosse e da respiração profunda, podendo resultar em atelectasias ou outras complicações pulmonares. Outros efeitos incluem alterações glicémicas, potenciação do catabolismo, hipercoagulabilidade e disfunção imunitária. Isso aumenta a morbilidade e mortalidade da PSC, prolonga o período de recuperação e eleva os custos associados (Cunha, 2021; Dias, 2018; Viveiros et al., 2018; Estilita, 2015).

Após a dor cumprir sua função de sinal de alarme, torna-se desprovida de benefícios fisiológicos, sendo fundamental tratá-la de forma agressiva (Estilita, 2015). Portanto, é essencial monitorar a dor e garantir o seu controlo e tratamento oportuno, visando uma gestão diferenciada que promova o bem-estar da PSC (Regulamento n.º 429/2018).

Desde 2003, a dor é considerada o quinto sinal vital, conforme a Circular Normativa n.º 09/DGCG da DGS, o que exige a avaliação e o registo regulares como norma de boa prática. Além disso, a avaliação e o alívio da dor são um direito do utente e um dever dos profissionais de saúde, fundamentais para o conforto, o bem-estar e a promoção da saúde. Devido à sua natureza subjetiva, a dor pode ser percebida de maneiras diversas, o que exige uma avaliação minuciosa para garantir o melhor cuidado possível (Viveiros et al., 2018). Ferreira et al. (2014) reforçam que a gestão da dor envolve não apenas a sua avaliação e

monitorização, mas também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, com reavaliações constantes para ajustes baseados nos resultados obtidos.

Por este motivo, e de modo a priorizar este aspeto no decorrer da minha prática, procurei avaliar, monitorizar e gerir a dor em todos os utentes sob a minha responsabilidade, tornando-a uma prioridade diária em qualquer contexto. Para tal, inicialmente, avaliei a dor utilizando a escala mais adequada ao perfil e limitações do utente. Adicionalmente, sendo a dor um fenómeno fisiológico complexo e multidimensional, considerei não só a sua intensidade, mas também a sua evolução e duração (início e frequência), localização, qualidade (sensação de pressão, pontada, etc.), sintomas associados e fatores que pudessem agravar ou aliviar a dor, conforme recomendado por Batalha (2016). Seguidamente, intervinha para o seu controlo e, posteriormente, reavaliava a eficácia da minha intervenção, terminando com o registo de todo o processo.

Segundo a recomendação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2012), a dor deve ser avaliada e monitorizada em todos os clientes, pelo menos uma vez por turno, idealmente no início deste. Além disso, a avaliação deve ser realizada antes de qualquer procedimento doloroso, durante o procedimento, 15 minutos após o seu término, e 30 minutos após a implementação de uma intervenção farmacológica ou não farmacológica. Durante a minha atuação clínica, segui esta prática para garantir um alívio eficaz e contínuo da dor, permitindo uma intervenção imediata e ajustada.

Nos clientes conscientes e orientados, priorizei o uso da autoavaliação da dor, especialmente com a escala numérica. A complexidade da monitorização da dor numa PSC, no entanto, surge quando há alterações do nível de consciência, seja pela sedação ou por outras causas. Nesses casos, utilizei escalas comportamentais de dor, fundamentadas em evidências fisiológicas e emocionais, como a Behavioral Pain Scale (BPS), recomendada pela SPCI (2012), que avalia três itens: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória. O ICN (2019) também destaca que a dor pode manifestar-se através de uma “expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, comprometimento do processo de pensamento” (s.p.). Desenvolvi, assim, competências na observação de sinais e indicadores fisiológicos e comportamentais de dor. Verifiquei que, em algumas situações, os utentes tendiam a subvalorizar a dor sentida, o que reforça a importância de não apenas considerar o que é referido verbalmente, mas também os comportamentos observados.

Para uma gestão diferenciada da dor, recorri tanto a medidas farmacológicas quanto não farmacológicas. No que diz respeito às medidas farmacológicas, colaborei na administração de protocolos terapêuticos complexos, incluindo opióides (como fentanil e morfina), monitorizando os efeitos desejados e possíveis complicações. Essa experiência permitiu-me desenvolver maior autonomia e competência na gestão desses protocolos, uma vez que a instabilidade hemodinâmica e a disfunção de órgãos, comuns na PSC, tornam a resposta aos fármacos imprevisível, exigindo reavaliação constante (Ferreira et al., 2014). Utilizei também outros medicamentos, como analgésicos não opióides, anti-inflamatórios não esteroides e anestésicos locais, que, em alguns casos, podem substituir ou reduzir a necessidade de opioides. Este conceito é conhecido como analgesia balanceada, que envolve a combinação de diferentes fármacos para potencializar os efeitos desejados, enquanto se reduzem as doses e se minimizam os efeitos secundários dos opioides (Ferreira et al., 2014).

No entanto, é no desenvolvimento e na aplicação de medidas não farmacológicas que o enfermeiro desempenha um papel fundamental. Estas são geralmente fáceis de implementar, seguras, económicas, não consomem muito tempo, e são intervenções independentes, facilmente incorporadas na prática diária de cuidados. Embora não substituam o tratamento farmacológico, constituem uma estratégia complementar valiosa (Urden et al., 2014; OE, 2008). Por conseguinte, durante os estágios, implementei várias destas medidas, como técnicas de posicionamento, massagem terapêutica, redução de estímulos ambientais, controlo de temperatura, promoção do sono (dado que o sono inadequado leva a uma diminuição da tolerância à dor), técnicas de distração e relaxamento, promoção da presença da família (quando adequado), bem como o estabelecimento de uma relação empática, o toque terapêutico e a adequação da comunicação, de forma a reduzir a ansiedade e potencializar o efeito dos analgésicos (Mota et al., 2019; Gélinas et al., 2012).

Procurei também prevenir o aparecimento ou o agravamento da dor associada aos cuidados. Para isso, clarifiquei sempre os procedimentos aos utentes e, quando necessário, administrei analgesia pré-procedimento, com o objetivo de minimizar a dor, promover o bem-estar e facilitar a colaboração do utente na realização do cuidado. Note-se que a prevenção da dor revela-se mais eficaz do que o tratamento da dor já estabelecida. Portanto, é essencial planear antecipadamente abordagens terapêuticas adaptadas a cada doente, com objetivos específicos, de modo a garantir um controlo adequado da dor aguda, reduzir o risco de cronificação, minimizar o sofrimento físico e emocional, e potenciar a colaboração do paciente nos procedimentos (Araújo, 2020; Ferreira et al., 2014). Comprovei, assim, que a gestão da dor associada aos cuidados traz benefícios para todos os envolvidos.

Compartilho uma experiência marcante sobre o controlo da dor durante o meu ensino clínico na UCIP, envolvendo um senhor de 75 anos com um hematoma subdural agudo e lesões isquémicas severas e extensas. Perante este quadro, a equipa multidisciplinar decidiu adotar medidas de conforto, incluindo a extubação terminal. Após a extubação, o utente começou a apresentar sinais evidentes de dor, como taquicardia, polipneia, agitação, inquietação e sudorese. Ao rever a prescrição terapêutica, constatei que a analgesia poderia ser ajustada para melhor atender às necessidades do doente. Paralelamente, implementei medidas não farmacológicas para o controlo da dor e promoção do bem-estar, como reduzir a intensidade da luz do quarto, ajustar os alarmes do monitor para evitar ruídos desnecessários, regular a temperatura do ambiente, garantir a privacidade e disponibilizar presença. Com os ajustes na analgesia e as medidas ambientais adotadas, observei que o utente ficou muito mais calmo e sereno. O senhor acabou por falecer algum tempo depois, sem evidências de dor, com bem-estar e conforto assegurados. Este episódio marcou-me profundamente, pois senti que a minha intervenção teve um impacto significativo, tornando os cuidados mais humanizados e proporcionando um final de vida mais tranquilo e digno.

Relativamente ao contexto extra-hospitalar, contexto que muitas vezes envolve aspetos mais técnicos e procedimentos life-saving, percebi que o conforto e a gestão da dor não eram negligenciados, pelo contrário, tornaram-se das minhas prioridades.

Recordo-me de uma ativação da equipa da VMER para assistir uma adolescente de 16 anos que sofreu uma queda de bicicleta a baixa velocidade, apresentando suspeita de fratura no membro inferior. No local, a vítima encontrava-se bastante queixosa e recusava que os devidos cuidados fossem prestados devido à dor. Perante esta situação, procurei esclarecer os cuidados necessários, solicitando o consentimento da adolescente e do familiar responsável para a administração de terapêutica endovenosa para controlo da dor, após validação médica. Enquanto a terapêutica era preparada e administrada, recorri a técnicas de distração para reduzir a ansiedade e facilitar a sua colaboração. Após o efeito da terapêutica, foi possível reduzir e imobilizar a fratura, bem como transportar a vítima para a unidade de saúde adequada, assegurando o seu conforto e bem-estar. É importante salientar que, durante todo o processo, a dor foi continuamente avaliada, em conformidade com as diretrizes previamente mencionadas.

Em suma, constatei que o alívio da dor constitui um desafio, uma vez que não existe uma abordagem universal aplicável a todos os utentes. O EEEMC deve, assim, adotar uma abordagem sistemática que inclua avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, de modo a fornecer cuidados eficazes e equitativos. É fundamental estar atento e disponível

para compreender e responder às necessidades individuais de cada utente. Quanto mais especializado e competente for o enfermeiro, mais eficaz será na personalização e direcionamento dos cuidados, especialmente no âmbito da gestão da dor.

Posso, então, afirmar que alcancei este objetivo e desenvolvi a competência preconizada pelo Regulamento nº 429/2018 referente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, conforme estabelecido também pelo Regulamento nº 361/2015, relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC. Este regulamento destaca que o enfermeiro, na busca pela excelência do exercício profissional, deve maximizar o bem-estar dos pacientes através da gestão diferenciada e eficaz da dor, implementando instrumentos de avaliação da dor, protocolos terapêuticos e medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EEEMC na área da PSC deve ainda demonstrar competência na área da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; na gestão da relação terapêutica que estabelece perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; bem como, na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018). Foi também com este objetivo que direcionei o meu percurso de especialização.

Para o enfermeiro, o ato de comunicar é imprescindível na prática, tanto com os utentes e suas famílias como com a equipa. Este processo exige não apenas conhecimentos científicos, mas também competências interpessoais fundamentais no contexto do processo saúde-doença (Pereira et al., 2019).

Segundo a CIPE, a comunicação é um comportamento interativo que envolve a troca de informações verbais e não verbais, presencialmente ou por meios tecnológicos (ICN, 2019). Pereira et al. (2019) destacam que a comunicação interpessoal facilita a construção de uma relação terapêutica e empática entre o enfermeiro, o utente, as famílias e a equipa. Como pilar essencial dos cuidados holísticos e humanizados, a comunicação impacta diretamente a qualidade do serviço e a eficácia da relação de cuidado (Patrício, 2012).

Note-se que a comunicação eficaz traz benefícios como o aumento da satisfação do utente, melhor adesão ao tratamento, maior controlo da dor e redução da ansiedade (Kissane et al., citado por Pereira et al., 2019). Por estes motivos, compreende-se que o EEEMC, além dos cuidados complexos que presta na vertente técnica, assume também um papel preponderante e exigente na vertente humana da comunicação.

No decorrer da minha prática, procurei estabelecer uma relação empática e de confiança com a PSC e a sua família, valorizando-os e envolvendo-os sempre que possível. Selecionei e implementei habilidades de relação de ajuda de forma adequada, com o objetivo de reduzir e gerir o medo e a ansiedade. Apoiei e escutei o utente e a sua família, esclarecendo dúvidas, medos e ansiedades no processo de transição e/ou adaptação à doença. Fui, assim, um elemento de referência, demonstrando disponibilidade constante. Dessa forma, desenvolvi competências na gestão da ansiedade e do medo, promovendo a expressão dos sentimentos, escutando ativamente, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos através de uma linguagem clara, acessível e honesta. Percebi que essa atitude foi essencial no processo de adaptação do utente e da família à situação, tornando o meu cuidado mais personalizado e individualizado.

Destacou-se um episódio durante o contexto de SU, em que foi ativada a sala de reanimação para um senhor de 72 anos com insuficiência respiratória aguda devido a uma exacerbação de DPOC. Durante a minha intervenção, procurei estabelecer uma relação empática e de confiança com o utente, apresentando-me de forma calma e segura, explicando e desmistificando o estado clínico de forma clara, acessível e com uma linguagem adaptada, assegurando que o utente compreendesse a situação.

Dada a necessidade de iniciar ventilação não invasiva (VNI), utilizei habilidades de relação de ajuda ao explicar detalhadamente a necessidade de iniciar o VNI para melhorar a oxigenação e reduzir o esforço respiratório do utente. Esclareci cada etapa do procedimento, desde a colocação da máscara até aos ajustes iniciais do ventilador, ressaltando o impacto positivo desse cuidado na estabilização e recuperação do seu estado de saúde.

Durante a instalação da ventilação, mantive uma comunicação constante, atualizando o utente sobre o progresso e mostrando-me atenta a qualquer necessidade. Ao longo de todo o processo, demonstrei estar sempre disponível, assegurando-lhe que poderia contar com o meu apoio a qualquer momento. Esta disponibilidade contínua ajudou a criar um ambiente de segurança e confiança, essencial para a adaptação do utente ao procedimento. Constatei que a abordagem humanizada e empática foi crucial para reduzir a ansiedade e o medo do utente, promovendo um ambiente mais tranquilo e seguro, o que facilitou a sua colaboração em todas as fases do procedimento. A abordagem personalizada e humanizada evidenciou a importância das competências interpessoais do enfermeiro na gestão de situações críticas, revelando-se um elemento essencial na recuperação e bem-estar do utente.

Contudo, sabe-se que comunicar com a PSC traduz-se num desafio para a equipa multidisciplinar, na medida em que, quanto mais instável se encontra a PSC, mais difícil se

torna estabelecer comunicação com a mesma. Por esse motivo, é imperativo que os enfermeiros criem estratégias de comunicação na prestação de cuidados à PSC e à sua família, dado que esta é uma ferramenta que visa a melhoria e a excelência dos cuidados de enfermagem (Camelo, 2012).

A maior dificuldade na comunicação expressa pela equipa de saúde surge quando a PSC não consegue comunicar verbalmente. Em contexto de cuidados à PSC, trata-se de uma situação comum, visto que uma percentagem considerável de utentes se encontra com alteração do estado de consciência e, conseqüentemente, necessita de proteção da via aérea, sendo submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), o que impossibilita a comunicação oral devido à colocação do tubo orotraqueal. Perante tais barreiras e limitações à comunicação, compreende-se ainda mais o papel preponderante que o EEEMC detém ao estar mais atento e sensível a esta vertente tão essencial no cuidar da PSC.

Neste sentido, perante a incapacidade do utente para comunicar verbalmente, adaptei estratégias de comunicação verbal e não verbal, valorizando expressões como movimentos, sinais ou gemidos para identificar necessidades, recorrendo também à comunicação verbal e ao toque terapêutico para estabelecer uma interação eficaz.

Recordo-me agora de uma situação ocorrida durante o ensino clínico na UCIP, em que foi necessário adotar estratégias de comunicação com um utente consciente sob VMI. Utilizámos tanto comunicação verbal quanto não verbal, semelhante à adotada em utentes em ventilação espontânea, mas ajustada à forma como o utente expressava as suas necessidades e preocupações. Para tal, incentivámos respostas simples com gestos, como acenar para 'sim' ou 'não', apertar a mão ou piscar os olhos, e recorremos ao 'Quadro de Comunicação' adaptado do Vidatak EZ Board, que permitiu ao utente apontar para perguntas predefinidas ou formar palavras com letras e números. Esta ferramenta possibilitou uma comunicação mais eficiente, facilitando a expressão das necessidades emocionais e, conseqüentemente, respeitando a individualidade da PSC.

Implementei também, na minha prática, o consentimento informado para todos os procedimentos a serem realizados. Assim sendo, sempre que a PSC necessitava de ser submetida a algum procedimento, ou no momento da sua transferência para outra unidade de saúde, participei na sua preparação de forma a obter o seu consentimento informado. Todavia, dado que muitas vezes a PSC se encontrava incapacitada de decidir/comunicar (por exemplo, devido à alteração do estado de consciência), por vezes o consentimento foi obtido junto da pessoa significativa e, em outras situações, foi presumido (quando não era possível

contactar ninguém próximo, ficando o poder de decisão assente na equipa de saúde após a avaliação dos “benefícios/malefícios” da situação).

É importante referir que o processo de doença não afeta apenas a pessoa doente, mas também envolve profundamente a sua família, que enfrenta desafios consideráveis ao longo da doença do familiar. Desta forma, toda a dinâmica e o equilíbrio familiar ficam comprometidos, devendo, por isso, ser alvo de atenção por parte do EEEMC(Ferreira, 2022).

Ramos et al. (2018) destacam que a família deve ser considerada uma parceira na prestação de cuidados à PSC. A sua presença é essencial, não só para reduzir a ansiedade, o desconforto e a insegurança frequentemente expressos pelo utente, mas também para auxiliar o enfermeiro a identificar com maior facilidade as suas necessidades. Apesar disso, os familiares muitas vezes não percebem que também são destinatários dos cuidados da equipa, por estarem mais focados na condição do seu ente querido e negligenciarem as suas próprias experiências de tristeza, angústia, stress e necessidade de apoio. Ainda assim, as famílias devem ser vistas não apenas como assistentes técnicos, mas também como indivíduos que necessitam de cuidados. Já em 2002, a OE referia que os cuidados de enfermagem à família são mais do que um mero alargar da esfera de intervenção da enfermagem; são o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados.

Assim, é crucial que os enfermeiros direcionem os cuidados para um maior envolvimento com a família, estabelecendo vínculos mais próximos e considerando-a como alvo dos cuidados. Como defendem Ramos et al. (2018, p. 9), “o cuidado deve atender às necessidades dos doentes e famílias, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que a nova situação acarreta para a vida familiar”.

Particularizando o contexto de SU, verifiquei que, dada a grande casuística, a permanência de acompanhantes é limitada, o que torna o enfermeiro um elo fundamental entre o utente e a família. Para suprir essa necessidade, o SU onde realizei estágio implementou o projeto “IUrgência”, que visa informar os familiares sobre o percurso do utente por meio de comunicação eficaz, utilizando plataformas digitais. Iniciado durante a pandemia, o projeto permanece ativo devido aos benefícios comprovados na prática.

O projeto inclui o uso de contacto telefónico, mensagens e videochamadas, realizados proactivamente pelo enfermeiro destacado entre as 08h e as 20h, com a Unidade Administrativa da Urgência prestando informações administrativas fora deste horário. A comunicação via SMS ocorre em quatro momentos: primeira avaliação médica, internamento em SO, transferência para unidade de internamento e alta clínica. Além disso, o enfermeiro faz contato telefónico com a família de manhã e à tarde, enquanto para utentes

em SO, as atualizações são feitas pelo enfermeiro responsável nos horários pré-definidos. Em casos que exijam informação clínica específica, o enfermeiro direciona a família para contacto com o médico. O projeto também inclui videochamadas entre utente e familiares, sempre que possível, para manter o contacto direto.

Durante o meu ensino clínico, colaborei na execução destas funções e observei como o projeto “IUrgência” se revelou eficiente e bem-adaptado ao ambiente de SU, promovendo uma comunicação clara e eficaz com as famílias. Sabendo que a ansiedade e o medo são sentimentos comuns no contexto de SU, devido à imprevisibilidade e às incertezas sobre o estado clínico do utente, a implementação deste projeto contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente e à sua família.

No que concerne ao cuidado da família no contexto de UCI, atuei de acordo com a política da unidade, realizando o acolhimento da família e fornecendo informações sobre o funcionamento do serviço, com o objetivo de minimizar o impacto da visita. Expliquei o que seria observado, incluindo a função dos diversos materiais e equipamentos, devido ao elevado número de dispositivos, alarmes visuais e sonoros presentes. Durante a visita, acompanhei a família, mostrando-me sempre disponível para responder a dúvidas e proporcionar o tempo necessário para que processassem sentimentos e emoções.

Um estudo de Alsharari (2019) identificou que as principais necessidades da família em UCIP são segurança, informação, proximidade, conforto e apoio. Segundo o autor, é essencial que os profissionais de saúde adotem uma comunicação eficaz para melhorar o atendimento e o suporte às pessoas significativas da PSC. Através das medidas implementadas, acredito ter estabelecido uma relação empática com os familiares, proporcionando um atendimento que atendeu às suas necessidades. Durante a minha prática, cuidei do utente e da sua família como uma unidade integrada de cuidados. Tranquilei-os, mostrando-me atenta às suas emoções, explicando as medidas terapêuticas e os cuidados realizados, identificando-me sempre pelo nome e profissão, e criando um ambiente propício à comunicação empática, com um tom de voz calmo e uma postura adequada.

Relativamente a outro ponto essencial da comunicação, destaca-se a comunicação de más notícias, que é uma situação inevitável em todos os contextos em que exerci. Durante toda a minha prática profissional, que foi marcada por momentos de grande instabilidade, agravamento dos estados clínicos ou, até mesmo, morte da pessoa, tive a oportunidade de comunicar más notícias utilizando estratégias adequadas e personalizadas a cada pessoa/família em situação crítica, através de metodologias científicas, nomeadamente o protocolo de Buckman, com a abordagem SPIKES. Segundo Buckman (2005), este

protocolo divide-se em seis etapas: Setting (escolha de um local adequado e preparação do ambiente para a transmissão da informação); Perception (avaliação do conhecimento prévio da PSC e/ou família); Invitation (determinação do quanto desejam saber); Knowledge (transmissão da informação, se desejado); Empathy (atenção à expressão de sentimentos ou dúvidas); e, por fim, Summary (síntese e plano de seguimento).

Segundo Pires (2020), este momento representa uma grande fragilidade tanto para a pessoa quanto para a família, frequentemente manifestando sentimentos como negação, incerteza, angústia e tristeza, vivenciados de forma intensa. Nesse sentido, apoiei-os nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, focalizei a identificação e valorização desses sentimentos, forneci apoio emocional e analisei os sistemas de suporte familiar, visando promover estratégias que facilitassem o processo de luto. Adotei ainda uma postura empática, garantindo privacidade, disponibilidade e presença. Dissipei dúvidas, proporcionei escuta ativa e, quando necessário, garanti apoio emocional e espiritual.

Destaco uma situação no contexto do SU, onde recebi uma utente de 90 anos, vítima de queimaduras graves e extensas em quase toda a superfície corporal, após uma queda na lareira. À chegada, a vítima encontrava-se sob VMI, com acesso intraósseo e cateter venoso central com aporte vasopressor e sedoanalgesia. As queimaduras eram de tal forma graves que, após avaliação, foi tomada a decisão em equipa multidisciplinar de aplicar cuidados paliativos, dada a inviabilidade cirúrgica e vital. Nesse sentido, foi retirado o aporte vasopressor, mantendo-se os cuidados de sedoanalgesia com o intuito de controlar a dor.

Destaco uma situação no SU em que recebi uma utente de 90 anos, vítima de queimaduras extensas de terceiro e quarto grau, em quase toda a superfície corporal após queda na lareira. À chegada, a vítima estava sob VMI, com acesso intraósseo e cateter venoso central, sob aporte vasopressor e sedoanalgesia. Devido à gravidade da situação, inviabilidade cirúrgica e à condição vital, em equipa multidisciplinar decidiu-se a aplicação de cuidados paliativos. Assim, o aporte vasopressor foi retirado, mantendo-se a sedoanalgesia para controlo da dor.

A família da utente, presente no local do incidente, dirigiu-se ao SU, onde foi necessário comunicar a má notícia. Acompanhada pela minha enfermeira tutora e pelo médico assistente, participei na transmissão da notícia. A comunicação ocorreu em um dos corredores do SU, devido à indisponibilidade de um gabinete dada a grande afluência. Apesar disso, procurou-se adequar o momento da transmissão da má notícia, seguindo o protocolo de Buckman. Inicialmente, perguntou-se à família o que já sabiam sobre a situação, uma vez que a equipa pré-hospitalar já os havia preparado, informando que se

tratava de uma situação crítica. Em seguida, investigou-se o que a família desejava saber e, após isso, informei-os sobre o estado crítico da utente, explicando que se previa um desfecho desfavorável devido à inviabilidade cirúrgica e à incompatibilidade da situação com a vida.

Durante a comunicação, ofereci apoio emocional e empático, assegurando que a família compreendesse as informações transmitidas. Por fim, compartilhei o plano de cuidados, que incluía a prestação de cuidados paliativos e sedoanalgesia, preparando a família para a possibilidade de um prognóstico muito grave e iminente.

Além disso, foi disponibilizada a presença contínua para esclarecimento de dúvidas e foi questionado se desejavam despedir-se da utente, alertando para possíveis alterações no seu aspeto devido às queimaduras. Apenas um membro da família expressou o desejo de se despedir, sendo acompanhado com respeito aos seus tempos e emoções. É importante destacar que, previamente, foram prestados cuidados à utente para melhorar a sua aparência, caso a família manifestasse tal desejo. O meu acompanhamento revelou-se essencial, atuando como ponto central de comunicação entre a equipa médica e a família e proporcionando suporte integral à família. Esforcei-me para garantir que a família estivesse bem informada de forma clara e honesta, com cuidados personalizados que respeitassem a dignidade da utente e as necessidades familiares em um momento de grande fragilidade.

Posso, então, afirmar que este objetivo foi alcançado e que as estratégias que delineei no planeamento se revelaram essenciais e adequadas para o desenvolvimento das minhas competências. Desenvolvi competências na gestão da comunicação interpessoal face à situação de complexidade e ao processo de transição que a PSC e a sua família vivenciavam, sendo capaz de reconhecer a comunicação como indissociável dos cuidados de enfermagem. É através desta que a relação terapêutica entre enfermeiro e a PSC/sua família se estabelece, alcançando assim a humanização dos cuidados.

Concluo que, com base nas experiências vividas, bem como na análise e reflexão efetuadas, adquiri e aperfeiçoei competências no cuidado à pessoa, família que enfrentam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

Reportando novamente às competências específicas do EEEMC na vertente da PSC, o Regulamento n.º 429/2018 determina que este deve dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação, nomeadamente atuando

“concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, uma situação de emergência exige assistência imediata à vítima devido a uma agressão que provoque uma perda súbita ou violenta de saúde, podendo ameaçar órgãos vitais e colocar a vida em risco. Já a situação de exceção, segundo o mesmo regulamento, ocorre quando há um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma coordenação e gestão cuidadosa de meios humanos e técnicos. Por sua vez, a situação de catástrofe, conforme a Lei de Bases da Proteção Civil (Decreto-Lei nº 27/2006, artigo 3.º, ponto 2), refere-se a um “acidente grave ou a uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4696).

Por conseguinte, os cuidados à PSC podem derivar de situações de emergência, exceção ou catástrofe, colocando a pessoa em risco de vida. Como tal, o EEEMC deve, nestes contextos, atuar de forma pronta e sistematizada, concebendo, planeando e gerindo a resposta com eficácia e eficiência. Assim, para além de prestar cuidados à PSC e à sua família, é fundamental que se envolva na conceção, planeamento e gestão de cuidados em todas as fases da catástrofe (Regulamento n.º 429/2018).

Durante os meus ensinamentos clínicos, enfrentei várias emergências (PCR, enfarte agudo do miocárdio (EAM), sépsis, trauma, AVC, entre outras) atuando sempre em conformidade.

Reconhecendo a importância de estar preparado para atuar em situações de exceção e catástrofe, senti a necessidade de desenvolver competências específicas nesta área. Para tal, dediquei-me a compreender o papel das instituições no planeamento e resposta a esses cenários, consultando planos de emergência e catástrofe, analisando as ações necessárias nessas situações e implementando os mesmos planos.

Como refere a DGS na Orientação n.º 007/2010, face à possibilidade de catástrofes naturais, epidemias e acidentes de grande dimensão, é essencial que as instituições do SNS disponham de um plano de resposta. Este plano deve estabelecer normas e procedimentos de fácil consulta para minimizar os impactos de situações críticas e ser ativado sempre que a capacidade de resposta atinja o limite ou surja uma procura súbita, inesperada e excessiva por cuidados de urgência/emergência.

Assim, tive a oportunidade de consultar o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM), aprofundando o conhecimento sobre

a organização da resposta na RAM e as áreas de intervenção em termos de meios e recursos. Este plano tem como objetivos assegurar uma resposta coordenada para minimizar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes, reduzir a perda de vidas e bens, mitigar os impactos e restabelecer rapidamente as condições mínimas de normalidade.

Neste documento, percebi como ocorre a ativação e desativação do plano, quem tem essa competência e os critérios a seguir. Compreendi o Sistema de Gestão de Operações da região, a resposta operacional e a atuação de agentes, organismos e entidades, bem como a cadeia de comando e a estrutura do teatro de operações. Constatei ainda, neste plano, que a RAM possui protocolos com o Governo da Região Autónoma dos Açores, visando a partilha de informações, a formação, a aquisição de equipamentos de uso comum e a ajuda mútua em caso de acidente grave ou catástrofe. Além disso, existem acordos com a *Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad de Canarias e o Consorcio de Emergencias de Gran Canaria*, para a cooperação em situações de emergência, através da definição de protocolos de atuação conjunta nas áreas de incêndios florestais, acidentes graves e inundações.

Foi também do meu interesse compreender a atuação do STAT-CIC e da EMIR no teatro de operações. Para tal, apurei que o STAT-CIC possui um fluxograma, baseado no PREPCRAM, que orienta um conjunto de procedimentos em cenários de catástrofe, visando ativar a cadeia de comando e os meios de socorro. Além disso, analisei detalhadamente o kit de catástrofe presente na viatura da EMIR para compreender o seu modo de implementação.

A nível do INEM, tive a oportunidade de participar num *Mass Casualty Incident* com o *Portuguese Emergency Medical Team* (PTEMT), simulando um cenário de sismo. Esta experiência permitiu-me compreender a articulação das equipas extra-hospitalares ao longo do processo assistencial, desde a triagem, estabilização inicial, referenciação para unidades de saúde e tratamento definitivo de situações médicas e traumáticas de menor gravidade. Pude observar a coordenação entre as equipas, o transporte adequado das vítimas e a comunicação eficaz entre todos os envolvidos, o que me proporcionou uma compreensão valiosa do papel do INEM e do EEEMC em situações de catástrofe.

Ademais, tive a oportunidade de acompanhar uma unidade SIV de exceção durante um evento desportivo de alto risco, o que me permitiu compreender a atuação do EEEMC em ambiente tático no contexto extra-hospitalar e colaborar com as restantes equipas de socorro, segurança e comando/gestão.

Estas duas experiências foram de extrema importância para o meu percurso formativo, permitindo o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC em cenários de exceção e catástrofe. De acordo com Primeau e Benton (2021), a simulação de cenários

de catástrofe é uma das abordagens mais eficazes para a preparação e o desenvolvimento de competências essenciais para enfrentar estas situações em contexto real. Estas experiências proporcionaram-me, assim, uma visão aprofundada sobre a importância da coordenação eficaz entre diferentes equipas em cenários complexos e de alta pressão, além de fortalecer a capacidade de tomar decisões rápidas e assertivas, essenciais para a prestação de cuidados de alta qualidade em situações críticas. Tal enriqueceu a minha prática, permitindo-me aplicar conhecimentos técnicos e estratégicos e fortalecer o meu papel como EE na gestão e intervenção em situações de emergência e exceção.

Como é previsível, a chegada das vítimas de cenários de emergência e exceção dar-se-á pela porta de entrada das instituições de saúde, ou seja, pelo SU. Perante a chegada de múltiplas vítimas a um SU, é evidente que o seu funcionamento normal se altera, o que implica a existência de um plano de atuação para garantir a continuidade dos cuidados e, acima de tudo, preservar a segurança.

Com esse intuito, durante o ensino clínico no SU, tive a oportunidade de consultar o plano de catástrofe do serviço, cujo objetivo é responder a situações em que a demanda excede a capacidade disponível. Note-se que é essencial que este documento seja conhecido por todos os profissionais e esteja acessível para consulta rápida. No serviço por onde estagiei, o plano está informatizado, estando sempre disponível para consulta.

Constatei que o plano detalha todos os passos a seguir em situações deste tipo, desde a fase de alerta (ativada pelo CODU), passando pela fase de alarme (em que o chefe de equipa ativa a sala de catástrofe e contacta os intervenientes dos setores de crise), até à fase de execução. Nesta última, é definido o nível de resposta consoante o nível da ocorrência: nível 1 – resposta com meios permanentes disponíveis no SU; nível 2 – resposta com recursos que não estão em uso permanente, mas que podem ser ativados em situações de exceção; e nível 3 – resposta com recursos externos mobilizáveis preparados para emergências (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

O nível de resposta é determinado pelo número de vítimas esperadas: nível 1 – até 20 vítimas; nível 2 – entre 21 e 40 vítimas; e nível 3 – mais de 40 vítimas. No entanto, estes números podem ser ajustados consoante a tipologia das vítimas. Por exemplo, um elevado número de doentes que exijam ativação emergente do bloco operatório pode justificar a ativação do nível 3, mesmo que o número de vítimas fosse suficiente para o nível 2, devido à sobrecarga imposta ao bloco operatório. A definição do nível de catástrofe é da responsabilidade do Presidente do Conselho de Administração, sob proposta do Chefe de Equipa de Urgência (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Deste modo, conheci e compreendi o plano e os princípios de atuação em situações de catástrofe no SU, adquirindo as bases necessárias para, caso o plano fosse ativado, estar preparada para oferecer uma resposta mais adequada.

Procurei ainda compreender a organização do serviço durante uma situação de exceção/catástrofe, através de uma visita guiada às áreas definidas para receção e prestação de cuidados às vítimas, conforme a sua priorização na triagem efetuada. Assim, perante a ativação dos níveis 2 ou 3 de catástrofe, são criadas as seguintes áreas: triagem, vermelha, amarela, verde e negra.

No que se refere à triagem, esta é localizada na entrada do SU. Num contexto de catástrofe, a triagem adota uma metodologia diferente daquela que usamos diariamente no SU, segundo o protocolo de Manchester. Segundo Silva (2019), em situações de catástrofe ou exceção, a triagem tem como principais objetivos a prestação rápida de assistência, a execução de manobras de life-saving, a documentação das vítimas, o controlo do fluxo de vítimas, a criação de áreas dedicadas à prestação de cuidados e vigilância, e a alocação de profissionais a essas áreas para o início imediato do tratamento. O propósito do sistema de triagem é então maximizar o número de vidas salvas, garantindo a melhor qualidade possível nos cuidados prestados.

Neste sentido, à chegada, cada doente é identificado com uma pulseira de identificação pré-numerada e recebe uma bolsa individual que inclui uma ficha de registo clínico, requisições de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etiquetas com o número do doente, cartões de prioridade, folha de catástrofe para avaliação secundária e saco para pertences. Esta bolsa individual, designada por “kit de catástrofe”, acompanha o doente durante todo o seu percurso (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Em seguida, é realizada uma triagem primária, seguindo o método START (Simple Triage and Rapid Treatment), conforme a Orientação n.º 007/2010 da DGS. Importa destacar que, uma vez ativado o Plano de Catástrofe (nível 2 ou 3) e reorganizado o SU, todos os doentes que recorrem à Urgência, independentemente de serem vítimas do evento que motivou a ativação do Plano ou não, são triados de acordo com a metodologia START. Além disso, uma vez iniciada a triagem START, todos os registos e requisições passam a ser realizados de forma manual, deixando de ser eletrónicos.

O método START preconiza, em primeiro lugar, a avaliação da capacidade de deambulação da vítima, seguida da análise de parâmetros fisiológicos, como a respiração, a circulação (presença de pulso) e o nível de consciência (resposta a ordens simples). Este processo permite uma categorização inicial das vítimas de forma rápida, nomeadamente:

Prioridade Vermelha – atribuída às vítimas que não andam e que apresentam os seguintes critérios de gravidade: FR > 29 cpm ou < 10 cpm ou TPC > 2 segundos ou FC > 120 bpm; Prioridade Amarela – atribuída às vítimas que não andam e que não se enquadram nos critérios da prioridade vermelha; Prioridade Verde – atribuída às vítimas que andam; Prioridade Preto – atribuída às vítimas que não respiram após a permeabilização da via aérea. Recomenda-se que os profissionais despendam, no máximo, 60 segundos para identificar cada vítima e definir a sua prioridade de atendimento (DGS, Orientação n.º 007/2010).

Após a realização desta primeira triagem, a vítima é encaminhada para a área designada. No Nível 2, existem quatro possibilidades de encaminhamento após a triagem START: áreas vermelha, amarela, verde e negra. No Nível 3 de catástrofe, além das quatro áreas já identificadas, existe uma quinta possibilidade, designada como Área Cinza (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Assim sendo, as vítimas classificadas como vermelho (prioridade 1: vítima emergente) são encaminhadas de imediato para a área vermelha, acompanhadas pela Equipa de Emergência Extra-hospitalar. Estas são vítimas com perigo imediato de vida, apresentando falência respiratória, lesões graves e queimaduras (Ferreira et al., 2021). Nesta área, pretende-se a correção imediata de situações que impliquem risco de vida e a estabilização rápida e eficaz do doente, de forma a permitir a sua transferência para o bloco operatório (para correção cirúrgica da lesão) ou para a UCI. Todos os outros doentes, uma vez estabilizados, devem ser re-triados e encaminhados para a área amarela, de forma a liberar vagas na área vermelha (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

As vítimas categorizadas como amarelas (prioridade 2: vítima grave) são transferidas para a área amarela. A prioridade é o atendimento imediato, apesar de não haver risco iminente de vida (Ferreira et al., 2021). Estas são vítimas com fraturas, traumas torácicos ou abdominais, mas sem sinais de choque (Covos et al., 2016). Nesta área, pretende-se uma monitorização constante dos doentes para identificar eventuais agravamentos da condição clínica. Em algumas situações, como casos cirúrgicos com possibilidade de cirurgia diferida, após a abordagem inicial e eventuais correções, os doentes podem ser encaminhados para unidades de Internamento, desde que a sua condição clínica o permita. Este encaminhamento permite que aguardem a cirurgia diferida enquanto se libertam vagas na Área Amarela (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Já as vítimas categorizadas como verdes (prioridade 3: vítima não grave) são encaminhadas para a área verde. Por apresentarem apenas lesões menores e serem capazes de deambular, não necessitam de atendimento imediato (Ferreira et al., 2021). Nesta área,

realiza-se a avaliação e vigilância de um grande número de doentes, visando identificar possíveis lesões graves que justifiquem uma re-triagem para uma área de maior diferenciação. Em algumas situações, como casos de feridas ou escoriações, os doentes, após avaliação inicial, poderão receber alta clínica e ser encaminhados para o ponto de encontro com os familiares, previamente definido (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Na área negra, são encaminhados os doentes categorizados como negros (vítima morta). Covos et al. (2016) referem que estas são vítimas que, mesmo após manobras simples para permeabilizar a via aérea, não respiram. O objetivo desta área é garantir o acondicionamento adequado dos corpos até a transferência para a morgue do hospital com o apoio de uma autoridade policial presente, cuja colaboração é solicitada pelo Gabinete de Crise. Ademais, esta área visa facilitar o processo posterior de identificação das vítimas, reunindo os seus pertences (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

Por fim, na ativação do nível 3, temos ainda a área cinza, onde são encaminhados os doentes categorizados como vermelhos, que ainda possuem sinais de vida, embora com escassa probabilidade de recuperação. Nesta área, um médico e um enfermeiro asseguram a analgesia e o conforto de doentes que ainda possuem sinais de vida, mas cujas lesões são tão graves que, perante a existência de um número elevado de doentes com maior possibilidade de sobrevivência, qualquer tentativa de alocar recursos altamente diferenciados para o seu tratamento poderia ser ineficaz e colocar em risco a vida de outros doentes. Caso existam recursos disponíveis, estes doentes serão encaminhados para a área vermelha após decisão do Médico Coordenador (Plano de Catástrofe do CHULC, 2023).

É importante referir que, ao chegar à zona destinada, a vítima é submetida a uma triagem secundária, utilizando o Triage Revised Trauma Score (TRTS), que avalia três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow) e pressão arterial sistólica. Só depois disso se inicia a abordagem de acordo com o método ABCDE (INEM, 2012).

Em relação à resposta da UCIP em situações de emergência, exceção e catástrofe, o serviço não contempla um plano específico para atuação. No entanto, partilha o Plano de Catástrofe do Hospital. O plano de catástrofe adotado pelo SESARAM segue as mesmas diretrizes do anteriormente mencionado no CHUCL, com a entrada das vítimas ocorrendo também pelo SU, seguindo um procedimento similar, diferindo apenas na estrutura. Especificamente na UCIP onde estagiei, em situações de emergência, exceção ou catástrofe, é função da equipa médica articular com o gabinete de crise para averiguar e agilizar o número de vagas e recursos disponíveis (nomeadamente ventiladores). Permanecem na

unidade apenas os doentes críticos que necessitam de suporte ventilatório invasivo, enquanto os restantes são transferidos para serviços que melhor atendam às suas necessidades.

Devido à inexistência de situações de catástrofe e simulacros ao longo da minha prática clínica no SU e na UCIP, não tive a oportunidade de participar em nenhum deles. Contudo, a identificação das estruturas e o plano de atuação nestes contextos foram essenciais para compreender melhor a dinâmica destes cenários e desenvolver competências nesta área.

Tive também a oportunidade de participar no 25º Curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI) em 2022, ministrado pelo Madeira International Disaster Training Centre. Este curso, reconhecido internacionalmente por entidades como a European Society for Trauma and Emergency Surgery e o Board Europeu do MRMI, utiliza um modelo de simulação avançada com o objetivo de preparar toda a cadeia de resposta para cenários de múltiplas vítimas. Durante o curso, assumi funções no contexto do SU, o que foi fundamental para compreender a coordenação da equipa multidisciplinar em situações de catástrofe, bem como para consolidar conhecimentos sobre a importância do conhecimento prévio do plano de catástrofe para a reorganização do SU. Em particular, foi crucial entender a distribuição eficaz dos recursos humanos conforme o nível de alerta e a importância de uma comunicação eficaz para garantir uma resposta adequada e atempada em cenários com múltiplas vítimas. Esta experiência permitiu-me desenvolver e aprofundar competências essenciais para o cuidado da PSC em contextos de catástrofe. Os diversos contextos da prática, juntamente com os conhecimentos adquiridos no curso MRMI, reforçou a minha capacidade de resposta rápida, assertiva e eficaz em situações de emergência e catástrofe, contribuindo significativamente para a minha formação como EEEMC.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, também faz parte das competências do EEEMC no cuidar da PSC assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime. É, portanto, essencial que todos os intervenientes estejam atentos à preservação desses vestígios e atuem em conformidade. Em especial, destaca-se o papel dos enfermeiros do contexto extra-hospitalar e do SU, que ocupam uma posição privilegiada para facilitar e promover a identificação e recolha desses vestígios.

Tal foi atentamente considerado durante a minha prática profissional. Contribuí meticulosamente para a recolha e preservação das provas sempre que surgiram indícios de crime ou violência, lembrando, como afirma Gomes (2014), que “não deve ser prejudicado o socorro da vítima em prol da preservação de vestígios” (p. 120). Igualmente, documentei detalhadamente as características das lesões ou feridas apresentadas (nomeadamente o

tamanho, forma, coloração e localização), o estado da vítima à chegada e todos os procedimentos realizados. Orientei também todos os intervenientes externos a não alterar nem contaminar o ambiente ou os indícios de crime. Durante a recolha dos pertences da vítima, garanti o uso constante de luvas para preservar possíveis impressões digitais e acondicionei os itens em sacos de papel, pois sacos de plástico permitem a passagem de luz e criam um ambiente húmido que favorece o crescimento bacteriano, comprometendo a integridade dos vestígios, conforme as recomendações de Gomes (2018). No que se refere aos cuidados com a roupa da vítima, nas situações em que a roupa teve de ser cortada, evitou-se cortar pelos locais de penetração de objetos perfurantes (por exemplo, agressões com arma branca), como orienta Gomes (2016).

Recordo-me de uma situação em contexto extra-hospitalar com uma vítima de agressão por arma branca, na qual adotei todas as precauções necessárias para preservar os vestígios cruciais à investigação criminal. Durante todos os momentos da assistência, utilizei luvas para evitar a contaminação dos vestígios, e os objetos pessoais, incluindo a roupa da vítima, foram recolhidos e armazenados cuidadosamente em sacos de papel, conforme as normas de preservação recomendadas. Em especial, tive o cuidado de não cortar a roupa nas áreas de penetração do objeto perfurante, preservando a integridade das evidências de acordo com as diretrizes do Regulamento nº 429/2018 e as recomendações de Gomes (2016). Esses procedimentos foram seguidos com rigor, assegurando tanto o socorro imediato da vítima quanto a integridade dos vestígios, que foram posteriormente entregues ao enfermeiro responsável no SU para continuidade do processo.

Concluindo, considero que adquiri competências para atuar em situações de emergência, exceção e catástrofe, fruto das experiências vivenciadas, das reflexões realizadas e da compreensão aprofundada dos planos de intervenção e da sua implementação. Comprometo-me a estar ativamente envolvida na disseminação dos planos de emergência e catástrofe entre as equipas, bem como a colaborar na sua revisão e desenvolvimento.

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

Em relação à terceira competência específica do EEEMC no cuidar da PSC, esta visa a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a

Antimicrobianos perante a PSC e/ou em falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada (Regulamento nº 429/2018).

As IACS são infeções que adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde ou a realização de procedimentos médicos, manifestando-se até 48 horas após a admissão ou alta hospitalar. Estas infeções não estavam presentes, nem em fase de incubação, no momento da entrada no hospital e podem também afetar os profissionais de saúde. O conceito abrange todas as unidades de cuidados de saúde, sendo mais abrangente do que a infeção nosocomial. Assim, a comunicação eficaz entre unidades é crucial para minimizar o risco de infeção cruzada (Pereira, 2020).

As IACS e o crescente aumento da resistência aos antimicrobianos representam desafios significativos para a saúde pública global. De acordo com a OMS (2020), as IACS resultam em sérias consequências, como o aumento da mortalidade, da morbilidade e da duração dos internamentos, gerando custos elevados para o sistema de saúde. Portanto, as instituições de saúde devem abordar estas questões com a máxima seriedade para mitigar os impactos negativos na população.

Além disso, dado que a manutenção da vida da PSC exige cuidados altamente diferenciados, frequentemente envolvendo o uso de medidas invasivas, meios de diagnósticos e intervenções terapêuticas em contextos complexos, é essencial considerar sempre o risco de infeção. Nesse sentido, o EEEMC deve atuar de forma eficaz na prevenção e controlo de infeções, bem como na gestão da resistência a antimicrobianos, conforme estabelecido no Regulamento nº 429/2018.

Segundo a DGS (2017), se as resistências aos antimicrobianos não forem controladas, estima-se que, até 2050, possam causar mais de dez milhões de mortes anuais. A própria OMS (2019) considera a resistência antimicrobiana uma das dez principais ameaças globais à saúde pública, sendo igualmente reconhecida pela Comissão Europeia e os Estados-Membros da União Europeia, em 2022, como uma das três principais ameaças para a saúde (Comissão Europeia, 2024). Este problema origina-se na capacidade das bactérias de se adaptarem aos antimicrobianos. O uso excessivo de antibióticos acelera a transformação de bactérias sensíveis em resistentes, conforme indicado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021).

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2018), um em cada três utentes da União Europeia recebe pelo menos um antimicrobiano por dia, sendo que muitos desses tratamentos são clinicamente desnecessários, contribuindo assim para o aumento da resistência antimicrobiana. O mesmo estima que, anualmente, 33.000 mortes na

Europa resultam de infeções causadas por bactérias resistentes a antimicrobianos, evidenciando a necessidade urgente de implementar medidas eficazes para a prevenção e controlo dessas infeções e para combater a resistência antimicrobiana.

De acordo com o Parecer n.º 06/2013, aproximadamente um terço das IACS podem ser prevenidas através da adoção de práticas seguras, como a correta higienização das mãos, o uso de EPI e a limpeza adequada dos ambientes. Estas infeções representam um dos maiores riscos relacionados com a hospitalização e são um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos utentes.

Neste sentido, em 2013, através do Despacho n.º 15423/2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), unindo o Programa Nacional de Controlo da Infeção e o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. Esta fusão visou uma abordagem integrada e coordenada para enfrentar os dois problemas, otimizando os resultados através da sua interligação.

A prevenção e o controlo das IACS e da resistência aos antimicrobianos constituem, assim, os dois pilares fundamentais do programa, que orientam as suas principais diretrizes. Por um lado, a promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeções é essencial para reduzir a transmissão e a incidência de infeções, o que, por sua vez, diminui a necessidade de prescrição de antibióticos e contribui para a redução da resistência antimicrobiana. Por outro lado, a diminuição das resistências aos antibióticos pode ser alcançada através da redução do seu consumo e da adoção de um uso mais racional. Isto implica utilizar antibióticos apenas quando estritamente necessário, preferindo sempre os de espectro mais restrito e limitando o tratamento ao menor período possível (DGS, 2017).

O terceiro pilar essencial do PPCIRA é a Vigilância Epidemiológica, que permite avaliar a eficácia das outras duas áreas, isto é, verificar se as taxas de IACS e a resistência aos antimicrobianos estão a ser reduzidas (DGS, 2017). Pereira (2020) destaca que o conhecimento e a monitorização dos dados epidemiológicos ao longo do tempo — como as taxas de infeção, os tipos de infeção mais comuns e os microrganismos mais prevalentes — são fundamentais para determinar se as práticas adotadas são eficazes na prevenção de infeções e na contenção da disseminação de microrganismos multirresistentes.

Neste contexto, e dada a sua pertinência e relevância para o cuidar e a segurança do utente, o PNSD 2021-2026 contempla, como um dos seus objetivos estratégicos (objetivo n.º 5.3), a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 9390/2021).

De acordo com a Norma n.º 029/2012, atualizada em 2013, da DGS, as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) visam prevenir a transmissão cruzada de agentes infecciosos, independentemente de serem conhecidos ou não, durante a prestação de cuidados. Essas fontes de infeção podem incluir sangue, fluidos orgânicos (exceto suor), pele não íntegra, mucosas e qualquer material ou equipamento potencialmente contaminado. O objetivo é garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que interajam com os serviços de saúde, independentemente do estado infeccioso do utente. A norma sublinha que o princípio fundamental das PBCI é que "não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco" (p.10). Assim, as PBCI devem ser ajustadas conforme os procedimentos realizados e os riscos associados.

O EE deve assumir um papel de liderança no domínio da melhoria contínua da qualidade, especialmente no desenvolvimento de procedimentos voltados para o controlo de infeções, alinhados com as normas de prevenção das IACS e da resistência aos antimicrobianos. Neste sentido, e na procura pela excelência no seu trabalho, o EEEMC deve possuir conhecimentos aprofundados e fundamentados com bases científicas sólidas no controlo da infeção, posicionando-se como uma referência dentro da equipa e atuando como elo de ligação entre o PPCIRA e o serviço. Deve ser ainda responsável por estabelecer procedimentos e circuitos específicos para a prevenção e controlo das infeções, adaptados às diferentes vias de transmissão, garantindo a adoção e o cumprimento rigoroso das boas práticas. Além disso, é crucial que proceda à monitorização, registo e avaliação das medidas implementadas, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 429/2018.

Durante a minha prática clínica, observei que os cuidados de saúde nos diversos locais de estágio eram fundamentados nas normas e diretrizes estabelecidas pelo PPCIRA. Com o objetivo de garantir cuidados de alta qualidade, dediquei-me à prevenção de infeções, ao rigoroso cumprimento das PBCI e à minimização das transmissões cruzadas. Considerei, logo na admissão, que cada utente poderia estar potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos, tratando-se, portanto, de um potencial reservatório ou fonte de transmissão cruzada. Assim, segui rigorosamente as PBCI com base na avaliação de risco, no tipo de contacto e nos procedimentos realizados.

A primeira medida das PBCI, conforme estabelecido pela Norma n.º 029/2012, é a correta colocação dos doentes. No contexto do SU, constatei que, devido à sobrelotação de utentes e à estrutura física do próprio serviço, frequentemente havia dificuldades em manter o distanciamento adequado e implementar corretamente os isolamentos dos doentes, o que aumentava o risco de infeção cruzada. O próprio PPCIRA (2017) alerta para estas situações,

em que as características físicas e operacionais dos serviços, como a constituição das equipas de saúde, a sobrelotação dos SU, o número reduzido de quartos individuais e a distância insuficiente entre camas, contribuem para o aumento do risco de transmissão cruzada de microrganismos. Para mitigar este risco, procurei atender à alocação de doentes, esforçando-me por posicionar os doentes infetados mais afastados dos outros, ou, sempre que possível, colocá-los em isolamento. De acordo com a DGS (2017), os doentes com maior risco de infeção cruzada devem ser colocados em áreas que minimizem esse risco, evitando-se, também, deslocações desnecessárias, de modo a reduzir o risco de transmissão de infeções. Quando a transferência para outro serviço, como o de imagiologia, era imprescindível, contactava o serviço antecipadamente para informar sobre o tipo de isolamento necessário, permitindo assim a adoção das medidas mais adequadas.

A higiene das mãos é a segunda PBCI, uma prática essencial para prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes. Na minha prática, segui rigorosamente os momentos específicos estabelecidos pela DGS (2017): antes do contacto com o doente; antes de realizar procedimentos limpos ou assépticos; após exposição a fluidos orgânicos; após tocar no doente ou nos seus pertences; e após a remoção de EPI. Utilizei soluções antissépticas à base de álcool com emolientes para a pele e garanti que estivessem sempre acessíveis perto de cada doente, no ambiente imediato ou nas suas proximidades. Quando as minhas mãos estavam visivelmente sujas, lavava-as com água e sabão. Além disso, mantive as unhas curtas, limpas e sem verniz; evitei o uso de adornos; cobri qualquer ferida com um penso impermeável; e utilizei fardas de manga curta para facilitar a higienização dos antebraços, conforme recomendado pela Norma n.º 029/2012 da DGS.

A terceira PBCI é a etiqueta respiratória, que inclui um conjunto de práticas destinadas a conter as secreções respiratórias para minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou gotículas. Durante a fase em que realizei os meus estágios clínicos, o vírus SARS-CoV-2 ainda se encontrava amplamente circulante, e, por isso, desempenhei um papel essencial na implementação e promoção das medidas de etiqueta respiratória entre doentes e profissionais de saúde. Segui rigorosamente as diretrizes da DGS (2017), que incluem: cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir; utilizar um toalhete descartável para conter as secreções respiratórias e descartá-lo imediatamente num contentor de resíduos próximo; alternativamente, tossir ou espirrar para o braço ou manga para evitar a dispersão de partículas e a contaminação das mãos; higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias; e evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz. A aplicação

rigorosa dessas medidas contribuiu para a prevenção da transmissão de infeções e para a redução do risco de infeção cruzada.

Como quarta PBCI, temos a utilização de EPI. Durante a minha prática, assegurei sempre a utilização correta de EPI, alinhando-a com o risco associado a cada procedimento a ser realizado. Tomei cuidados rigorosos para garantir que os EPI fossem utilizados de forma adequada, de acordo com as diretrizes estabelecidas. Isto incluiu a seleção do tipo de EPI adequado, como luvas, aventais, máscaras e protetores oculares, dependendo do nível de risco e do tipo de contacto previsto. Além disso, fiz questão de garantir que os EPI fossem colocados e removidos de acordo com os protocolos, mantendo sempre a higienização das mãos e o cumprimento das medidas de segurança para evitar a contaminação.

De acordo com a OMS (2020), os EPI são essenciais para a proteção eficaz tanto dos profissionais de saúde quanto dos doentes e visitantes. Por este motivo, durante os ensinamentos clínicos, sensibilizei as visitas para a importância de cumprir as normas de prevenção de infeções, o que, em alguns casos, incluía o uso de EPI à entrada. Esclareci o motivo de certas restrições de visitas, especialmente relacionadas com o controlo da infeção por SARS-CoV-2, o que foi geralmente bem recebido pelas famílias com as quais tive contacto. Verifiquei que a comunicação eficaz com as famílias nestas situações é crucial, pois esclarece a situação, proporciona suporte emocional e diminui a ansiedade, tal como afirmam Shajani & Snell (2019). A minha intervenção ajudou as famílias a compreenderem e respeitarem as restrições impostas pelo risco de infeção, promovendo o cumprimento das medidas de segurança.

Durante a minha prática, implementei também as restantes PBCI, incluindo a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental (promovendo um ambiente de prática clínica seguro, limpo, seco e em bom estado de conservação), o manuseamento seguro da roupa (cumprindo com os circuitos e cuidados definidos), a recolha segura de resíduos, a execução segura de procedimentos de preparação e administração de injetáveis, e a minimização do risco de exposição a agentes microbianos no ambiente de trabalho, conforme orientado pela Norma n.º 029/2012.

Para melhorar as práticas e garantir a segurança dos doentes, a DGS sugere que a prevenção de infeções associadas a procedimentos seja abordada através de *Bundles* ou "feixes", que consistem num conjunto de intervenções realizadas de forma integrada. Estes feixes de intervenções são formulados para que, quando implementados de maneira coordenada, gerem um impacto superior ao que seria alcançado por cada intervenção isoladamente. Segundo a Norma n.º 022/2015, atualizada em 29/08/2022, o objetivo destes

feixes é “assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente” (p. 8).

Assim, no decorrer da minha prática, utilizei como referência os "Feixes de Intervenção" descritos pela DGS, visando a prevenção das IACS relacionadas com dispositivos invasivos. Estes incluem o "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC), para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI) e para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (DGS, 2022).

Durante a minha prática clínica, identifiquei várias situações em que foi fundamental atender ao foco da infecção, reconhecendo o diagnóstico de “Risco de Infecção” associado à presença de dispositivos médicos invasivos. Relativamente ao dispositivo médico invasivo CVC, segui rigorosamente o "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC, conforme estabelecido na Norma n.º 022/2015 da DGS, atualizada em agosto 2022. Entre as intervenções realizadas, destaca-se a aplicação de técnica asséptica na sua manipulação e a vigilância rigorosa do penso. Além disso, vigiei a presença de sinais inflamatórios e realizei a troca do penso conforme indicado. Procedi também à substituição dos sistemas de perfusão de acordo com o procedimento específico, garantindo sempre a correta higiene das mãos com água e sabão de pH neutro, seguida de fricção com solução antisséptica à base de álcool antes de manipular o CVC. Descontaminei ainda os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (como obturadores e torneiras de três vias) com fricção de clorhexidina a 2% em álcool durante 10 a 15 segundos, aguardando a completa secagem antes de conectar qualquer dispositivo estéril.

De acordo com a DGS (2016), a incidência de infeções da corrente sanguínea que evoluem para sépsis e choque séptico, associadas ao uso de cateteres intravasculares, pode ser significativamente reduzida através da adesão a boas práticas na inserção, manutenção e remoção desses dispositivos. Esta afirmação é reforçada pelos dados apresentados no Relatório Anual das Infeções e Resistência a Antimicrobianos da DGS (2018), que mostram, na vigilância epidemiológica de infeções relacionadas com CVC em UCI, uma redução de 30,77% na densidade de incidência de bacteriemia entre 2013 e 2017. Esta diminuição demonstra a relevância, eficácia e efetividade dos feixes de intervenções recomendados, refletindo-se diretamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Em relação ao cateter vesical, também segui rigorosamente o "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, conforme estabelecido na Norma n.º 019/2015 da DGS, atualizada em agosto 2022. Nesse contexto, destaco a

realização do cateterismo vesical utilizando técnica asséptica, assegurando a conexão ao sistema de drenagem fechado. Realizei uma avaliação contínua da necessidade de manter o cateterismo, monitorizando as características da urina e garantindo a supervisão e o cumprimento rigoroso da técnica asséptica na drenagem do saco coletor, além da higiene diária do meato uretral. Adicionalmente, assegurei a segurança do cateter vesical, mantendo o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga e esvaziando-o quando atingia dois terços da sua capacidade. Sempre que possível, promovi a educação em saúde, tanto ao doente quanto à família, sobre os cuidados necessários para prevenir infecções urinárias associadas ao cateter vesical, especialmente no momento da alta do SU, para doentes que necessitassem de continuar algaliados no domicílio.

No que concerne à PAI, esta é a infecção mais prevalente nas UCI, surgindo no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas (DGS, 2022). A presença do tubo orotraqueal compromete a integridade da orofaringe e da traqueia, facilitando a entrada de secreções orais e gástricas nas vias aéreas inferiores e no parênquima pulmonar, o que pode levar à invasão por microrganismos. Esta complicação ocorre em aproximadamente 28% dos utentes submetidos a ventilação mecânica, sendo que a sua incidência aumenta com a duração da ventilação e a taxa de mortalidade global associada à PAI varia entre 27% e 76% (Goel, 2016).

Com o objetivo de reduzir o risco de PAI, foram implementadas intervenções em conformidade com a Norma n.º 021/2015, atualizada em 2022 pela DGS. Essas intervenções incluíram a avaliação e discussão diária com o Enfermeiro Tutor e a equipa médica sobre a possibilidade de titular a sedação ao mínimo necessário, considerando também o desmame ventilatório ou a extubação. De acordo com Goel (2016), a sedação excessiva e prolongada, assim como uma extubação malsucedida e um desmame atrasado, estão associados ao aumento do risco de PAI. Adicionalmente, a cabeceira da cama foi elevada a um ângulo de aproximadamente 30°, evitando a posição supina, especialmente durante a alimentação entérica e na aspiração de secreções supraglóticas. Além disso, a higiene oral foi realizada pelo menos três vezes por dia. Esta prática baseia-se na evidência de que a PAI frequentemente se inicia com a colonização patogénica da orofaringe. Outra intervenção essencial foi a monitorização da pressão do cuff do tubo/cânula endotraqueal, mantendo-a entre 20 e 30 cmH₂O para prevenir a aspiração de secreções ao redor do tubo e evitar potenciais lesões traqueais.

É importante destacar que a troca frequente do circuito do ventilador não demonstrou uma redução significativa no risco de PAI, sendo atualmente recomendada a sua substituição

apenas quando visivelmente sujo ou disfuncional. No entanto, a substituição diária dos filtros mostrou-se eficaz na redução do risco de infeção, uma vez que 95% dos filtros acabam por ser colonizados por bactérias. Este aspeto foi cuidadosamente considerado durante a minha prática (Marino, 2017; Goel, 2016; DGS, Norma n.º 021/2015).

Ademais, a interpretação radiográfica do tórax e a auscultação pulmonar foram essenciais para o planeamento dos cuidados de enfermagem. Estas avaliações permitiram identificar atelectasias e áreas de hipoventilação pulmonar, o que exigiu ajustes nas intervenções de enfermagem, particularmente no que diz respeito à mobilização e ao posicionamento dos utentes (Castanho, 2022).

Dado o exposto, considero ter demonstrado um conhecimento sólido dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeções, em conformidade com as diretrizes nacionais, seguindo-os rigorosamente e alcançando os objetivos planeados. No âmbito da PSC, identifiquei as necessidades e implementei estratégias proativas baseadas na melhor evidência científica disponível, garantindo o cumprimento dos procedimentos estabelecidos. Durante a prestação de cuidados, promovi e incentivei a adesão, tanto da pessoa como da família e da equipa multidisciplinar, às medidas necessárias para a prevenção e controlo da infeção.

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

Como discente do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, além das competências comuns e específicas de EE, também desenvolvi as competências para obtenção do grau de Mestre, as quais serão apresentadas ao longo deste capítulo. Todo o percurso foi focado na aquisição dessas competências, que se complementam mutuamente e reforçam a formação técnica, científica e crítica deste nível de qualificação.

O grau de mestre é conferido a profissionais com conhecimentos especializados na sua área, demonstrando uma capacidade avançada de julgamento clínico e tomada de decisão, e garantindo a avaliação e intervenção em todas as fases da prevenção. Segundo o Decreto-Lei nº 65/2018, que regula os graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre é atribuído numa especialidade, podendo incluir subáreas de especialização.

No caso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, é atribuído a profissionais que demonstrem conhecimentos aprofundados, construídos com base no primeiro ciclo de estudos e orientados para o desenvolvimento de investigação. O enfermeiro deve então ser capaz de aplicar esses conhecimentos na resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, bem como integrar diferentes áreas de saber e emitir juízos em cenários complexos e com informação limitada. Além disso, deve refletir sobre as implicações éticas e sociais das suas decisões, comunicar de forma clara com especialistas e leigos e manter uma aprendizagem contínua, com autonomia e foco no autoaperfeiçoamento (Decreto-Lei n.º 65/2018).

O crescimento da profissão de enfermagem tem-se concretizado em diversas áreas e níveis, o que me levou a buscar a evolução e o aprimoramento da minha formação. Decidi, então, prosseguir numa primeira fase com uma pós-graduação e, em seguida, com o mestrado, traçando um percurso que não só ampliasse os meus conhecimentos, mas também me permitisse desenvolver competências avançadas para enfrentar os desafios complexos que caracterizam o cuidado à PSC e sua família, área do meu interesse.

O aprendizado no primeiro ciclo foi essencial, fornecendo uma base sólida para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional. Posteriormente, aprofundei esses conhecimentos na PGEEHCI. Agora, ao concluir o mestrado, adquiri conhecimentos especializados, ampliando significativamente minha compreensão sobre o cuidado à PSC em distintos contextos, tanto intra-hospitalar quanto extra-hospitalar.

Reconheci que o cuidado à PSC exige uma abordagem especializada e multidimensional, o que reforçou a importância de adquirir competências mais diferenciadas. Desenvolvi competências teóricas e práticas que proporcionaram uma formação avançada, permitindo-me aprimorar capacidades críticas para a tomada de decisões e intervenções em contextos de alta complexidade. Este percurso consolidou a minha expertise e reforçou o meu compromisso com a prestação de cuidados de excelência.

As experiências vivenciadas em diversos contextos, tanto extra-hospitalares (VMER, SIV e EMIR) como intra-hospitalares (SU e UCIP), proporcionaram-me uma rica variedade de situações desafiadoras. Estas oportunidades permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos, confrontando-me com realidades novas e, muitas vezes, imprevisíveis. Ao longo desse processo, compreendi a importância de desenvolver um pensamento crítico e a capacidade de adaptação rápida, competências fundamentais para a prática clínica.

A realização dos ensinamentos clínicos foi essencial para me preparar a dar respostas mais eficazes no dia a dia profissional. Este percurso aprimorou a minha capacidade de tomada de decisão e aumentou a minha autonomia na execução de intervenções em situações variadas. Paralelamente, desenvolvi o meu raciocínio crítico e a capacidade de reflexão, ambos indispensáveis para garantir uma prestação de cuidados segura e baseada em fundamentos sólidos.

Além disso, as aulas teóricas, o estudo autónomo e a contínua pesquisa de evidência científica atualizada foram determinantes para o fortalecimento dessas competências, permitindo-me tomar decisões informadas e fundamentadas em dados científicos. As discussões com os meus tutores e orientadores também desempenharam um papel crucial nesse processo.

Destaco ainda a promoção de momentos de reunião e debriefing com as equipas durante as minhas práticas. Em várias ocasiões, incentivei e conduzi essas reuniões, que geraram reflexões aprofundadas sobre as intervenções realizadas, as suas implicações e as responsabilidades éticas e sociais envolvidas. Estas discussões resultaram em conclusões valiosas, fomentando um espírito de melhoria contínua e incentivando as equipas a procurar embasamento científico para as suas práticas. Este processo contribuiu significativamente para uma prática de enfermagem mais segura, de qualidade e orientada pela excelência.

Assim, todo este percurso de aprendizagem foi fundamental para o desenvolvimento das minhas competências, capacidades e conhecimentos científicos, técnicos, ético-deontológicos, humanos e especializados, em cada um dos contextos de estágio. Ao longo dessa jornada, saí da minha zona de conforto e expus-me a diferentes metodologias de

trabalho, o que me proporcionou uma visão mais ampla da prática de enfermagem. Essa experiência demonstrou a relevância do papel do EEEMC dentro das equipes de saúde, evidenciando a sua contribuição não apenas para o cuidado direto ao utente, mas também na colaboração interdisciplinar e no suporte a outras áreas. Percebi, igualmente, a importância de uma avaliação clínica especializada, que me capacitou a identificar sinais precoces de deterioração, antecipar complicações e intervir de forma preventiva, fatores cruciais para garantir a segurança e o bem-estar dos utentes.

Aprendi a integrar diferentes áreas de conhecimento, aplicando uma abordagem holística e humanizada ao cuidado à PSC e respetiva família/pessoas significativas. Cada situação nova exigiu não só a aplicação de conhecimentos técnicos, mas também a sensibilidade ética e emocional para lidar com as necessidades dos utentes e das suas famílias. A capacidade de me adaptar a cenários adversos e de formular estratégias adequadas para resolução de problemas complexos tornou-se uma competência valiosa.

Durante o meu percurso académico para a obtenção do grau de mestre, tive a oportunidade de desenvolver uma variedade de trabalhos escritos nas aulas teóricas e nos contextos de estágio. Saliento a importância da realização de um estudo de caso fundamentado no processo de enfermagem, com o objetivo de desenvolver cuidados especializados na PSC, subordinado ao tema do cuidado da pessoa com status neurológico comprometido. Este estudo foi fundamental, pois permitiu-me aperfeiçoar a aplicação desta metodologia científica num contexto de trabalho tão particular e exigente.

O processo de enfermagem teve início com uma apreciação inicial, fundamentada no Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, a partir da qual foram identificados os focos e elaborados os diagnósticos e intervenções de enfermagem com base na Taxonomia da CIPE. Após essa fase, implementou-se o plano de cuidados, seguido pela avaliação dos resultados obtidos. Essa análise também possibilitou uma reflexão profunda sobre a prática clínica, sustentada pela mais recente evidência científica disponível, o que enriqueceu a minha compreensão e abordagem à PSC. Além disso, foram identificadas áreas de melhoria, promovendo a implementação de cuidados de maior qualidade e excelência em futuras intervenções. Esta experiência não só reforçou a relevância da prática baseada em evidências, mas também consolidou em mim o compromisso contínuo com o aprimoramento profissional e a busca incessante por melhores resultados na assistência à PSC e à sua família ou pessoa significativa.

Realizei também reflexões críticas ao longo dos meus ensinamentos clínicos, utilizando a metodologia do ciclo de Gibbs, as quais considero particularmente valiosas. Esta abordagem

permitiu-me explorar de forma aprofundada as emoções vivenciadas durante diferentes situações clínicas, analisando-as criticamente e integrando novos conhecimentos. Além disso, o uso desse modelo de reflexão ajudou-me a enfrentar questões éticas e sociais complexas, promovendo uma prática mais consciente, fundamentada e alinhada com princípios éticos sólidos. Assim, este processo contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional e pessoal, permitindo-me melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo das práticas clínicas, também elaborei relatórios de estágio e, no ensino clínico de opção, desenvolvi um projeto de autoformação, no qual planeei e delineei o meu percurso formativo e refleti criticamente sobre as atividades realizadas, fundamentando-me na evidência científica atual. Esta prática incluiu uma análise teórica e crítica das minhas ações, o que contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional. Esta experiência não só enriqueceu o meu conhecimento, como também reforçou o meu compromisso com a prática reflexiva e a busca pela excelência nos cuidados prestados.

Adicionalmente, tive a oportunidade de apresentar um projeto de melhoria para o SEMER, nomeadamente na otimização de um dos fluxogramas de triagem telefónica extra-hospitalar destinado a enfermeiros. Este projeto foi essencial para aprofundar o meu conhecimento sobre a importância de uma triagem eficiente em situações críticas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma gestão mais eficaz dos recursos. As alterações sugeridas visaram melhorar a resposta nas triagens telefónicas, tornando o processo mais claro, eficiente, fundamentado e alinhado com a terminologia CIPE. Isto reflete um interesse particular em desenvolver, aprofundar e sistematizar novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando contribuir para o avanço da prática clínica especializada. Este objetivo está alinhado com as competências de Mestre, conforme descrito no Decreto-Lei n.º 65/2018, artigo 15.º, que afirma que devem ser capazes de transmitir as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios subjacentes, de maneira clara e sem ambiguidades.

Este grau académico implica a capacidade de comunicar conclusões, assim como os conhecimentos e raciocínios subjacentes de forma clara e sem ambiguidades. Esta habilidade foi desenvolvida através da apresentação dos resultados dos meus trabalhos e das minhas reflexões a enfermeiros, professores e colegas, o que foi fundamental para aprimorar as minhas competências de comunicação. Essa experiência permitiu-me não só transmitir conclusões e raciocínios de maneira eficaz a especialistas, mas também partilhar conhecimentos de forma acessível com um público mais amplo.

A prática de enfermagem exige uma inter-relação constante entre teoria e prática, e essa jornada acadêmica demonstrou que o conhecimento e as competências não são estáticos. Precisam ser continuamente adaptadas às circunstâncias e desafios que surgem na prática clínica, principalmente quando lidamos com situações críticas. Esse equilíbrio entre saber teórico e experiência prática foi um dos pilares mais importantes para o meu crescimento, capacitando-me a oferecer cuidados de qualidade, com rigor técnico e sensibilidade humana (Bento, 2017; Oliveira, Garcia & Toledo, 2017).

Dada a abrangência e a complexidade dos cuidados à PSC e à sua família, ao longo dos anos, tenho dedicado especial atenção à atualização e aquisição de novos conhecimentos. Este foco tem sido fundamental para promover uma prática orientada pelo pensamento crítico e reflexivo, alicerçada nas mais recentes evidências científicas. Nesse sentido, ao longo da minha trajetória profissional, reconheci a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos por meio da realização de diversas formações dirigidas.

Destaca-se a participação na PGEEHCI, que foi crucial para o meu desenvolvimento profissional, fornecendo uma base sólida de conhecimentos que pude aprofundar e expandir ao longo do mestrado. Este curso permitiu-me adquirir competências essenciais na gestão do doente em diversas emergências, nomeadamente traumatológicas, cardiológicas, respiratórias, neurológicas, neurocirúrgicas, pediátricas e ainda obstétricas. Adicionalmente, destaco a minha participação num projeto de investigação focado nas intervenções de enfermagem na avaliação primária de vítimas de trauma, com base no protocolo ABCDE. O objetivo do projeto foi organizar essas intervenções em uma sequência estruturada e prioritária, permitindo identificar focos de instabilidade e tratá-los de forma imediata, estabilizando o utente, reduzindo riscos e prevenindo complicações. No processo, foram analisados diversos estudos sobre a aplicabilidade e eficácia dessas intervenções. Com base nas evidências coletadas, elaborou-se um guia de intervenção que orienta as práticas de enfermagem no atendimento pré-hospitalar para minimizar complicações em cenários de emergência. Este foi determinante para o desenvolvimento de competências na metodologia científica e na investigação em enfermagem, reforçando a importância da prática baseada na evidência. A investigação em enfermagem revelou-se, assim, uma ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde e no fortalecimento e projeção da disciplina.

Além disso, realizei outros cursos relacionados com a PSC, nomeadamente o curso de SBV e Desfibrilhação Automática Externa (DAE), o curso de Ventilação Não Invasiva, o curso de Emergências Médicas, o curso de Triagem de Prioridades na Urgência – Triagem

de Manchester, o curso Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN), o curso Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), o curso Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), o curso MRMI, o curso "Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados" e o curso "Prevenção da infecção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento". Acredito que é apenas através deste caminho que posso, diariamente, tornar-me uma enfermeira mais competente e apta a prestar cuidados fundamentados, seguros e de qualidade. Todas estas formações desempenharam um papel essencial no desenvolvimento de competências de aprendizagem, proporcionando-me as ferramentas necessárias para uma aprendizagem autónoma e contínua (Decreto-Lei nº 65/2018).

Particpei ainda nas primeiras Jornadas de Urgência da RAM, bem como nas III Jornadas Académicas de Enfermagem na Macaronésia, onde elaborei e apresentei um póster com a temática: “Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica com Status Neurológico Comprometido: Processo de Enfermagem Fundamentado.” Tal foi de grande importância para o meu desenvolvimento académico e profissional, permitindo-me aprofundar conhecimentos, partilhar experiências e promover a disseminação de boas práticas baseadas na evidência científica no âmbito dos cuidados especializados, o que se coaduna com o exigido nas competências do grau de Mestre.

Adotei ainda uma atitude proativa em todos os contextos, aproveitando ao máximo as oportunidades que surgiram. Sempre que possível, participei e colaborei com as equipas de enfermagem e multidisciplinares, com o objetivo de enriquecer as minhas aprendizagens e adquirir novas competências. Esse envolvimento não apenas me permitiu desenvolver uma compreensão mais profunda da dinâmica da equipa, mas também evidenciou a importância da colaboração interdisciplinar na prestação de cuidados de qualidade, que são holísticos, equitativos e humanizados.

Concluo, assim, que durante este mestrado alcancei um crescimento significativo, tanto a nível profissional como pessoal. É importante destacar que a aprendizagem foi constante e não se limita à conclusão desta fase; o fim deste percurso representa apenas o início de um processo de formação contínua. As experiências que vivi foram extremamente enriquecedoras e, ao final deste curso, sinto-me uma profissional transformada, muito mais preparada e confiante para cuidar da PSC, assim como da sua família ou pessoas significativas, de forma autónoma e holística.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento profissional contínuo, a busca constante por conhecimento e a dedicação à excelência no cuidar são, para o enfermeiro, não apenas um dever ético e moral, mas também um compromisso diário com cada utente, sua família e a equipa multidisciplinar. Deste modo, a realização deste Mestrado foi guiada por um profundo sentido de responsabilidade e compromisso com a melhoria da prática clínica, constituindo um passo fundamental e enriquecedor para o meu crescimento como futura EEEMC e Mestre na área da PSC. A experiência académica, aliada às vivências profissionais, foram essenciais para integrar a teoria e a prática, baseando-me nos modelos de desenvolvimento de competências de Patricia Benner e na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Este processo aprimorou a minha compreensão das necessidades da PSC e das suas famílias, capacitando-me a implementar estratégias para garantir a continuidade do cuidado e a gestão empática das suas transições.

Considero que os objetivos foram plenamente alcançados. Desenvolvi as competências comuns e específicas necessárias ao EEEMC e Mestre no cuidado à PSC, aprimorando o meu pensamento crítico em contextos diversos, como o extra-hospitalar, o SU e a UCIP. Adquiri as competências comuns do EE, conforme o Regulamento nº 140/2019, com foco na responsabilidade profissional, princípios éticos, gestão de cuidados e melhoria contínua da qualidade. Aprofundei o meu compromisso com uma prática fundamentada em evidências científicas e valores éticos, fortalecendo a minha capacidade de decisão em contextos clínicos complexos e promovendo um ambiente colaborativo e multidisciplinar.

Desenvolvi também as competências específicas do EEEMC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, com ênfase no cuidado especializado à PSC e à sua família, com foco desde a conceção até a ação em situações de emergência, exceção e catástrofe, bem como na prevenção, intervenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos. A capacidade de identificar precocemente focos de instabilidade hemodinâmica possibilitou respostas ágeis e eficazes, sustentadas por protocolos terapêuticos complexos e monitorização avançada, o que foi essencial para prevenir a dor, garantir a segurança e promover o bem-estar da PSC.

Concomitantemente, desenvolvi as competências de mestre, ampliando a minha compreensão técnico-científica e capacidade de integrar conhecimentos, tomar decisões

fundamentadas, formular soluções e partilhar o saber adquirido de forma contínua, contribuindo para a melhoria da prática clínica e para a formação de equipas mais capacitadas.

Assim sendo, este percurso consolidou uma prática profissional de excelência no cuidado à PSC e à sua família, fortalecendo a minha autonomia e capacidade de decisão em contextos complexos. Com uma abordagem holística e fundamentada nas mais recentes evidências científicas, sinto-me preparada para atuar com segurança e rigor, assegurando cuidados personalizados e de qualidade. Este desenvolvimento promoveu também um raciocínio crítico e uma reflexão constante, competências essenciais para responder de forma eficaz e integral às necessidades dos utentes.

Quanto às dificuldades enfrentadas na elaboração deste relatório, destaco o caráter desafiador do processo, que exigiu uma organização cuidadosa e um equilíbrio entre a formação académica e a prática profissional. Para superá-las, adotei uma abordagem organizada e priorizei as tarefas, o que aprofundou o meu aprendizado e fortaleceu a minha capacidade de gestão. Recomendo a continuidade desta metodologia de ensino, pois a elaboração do relatório permite um valioso momento de revisão e confronto entre a prática e a teoria, facilitando a implementação de ações mais assertivas no futuro, em prol de cuidados de qualidade e excelência.

Concluo que este Mestrado foi uma experiência profundamente enriquecedora, trazendo ganhos significativos tanto no âmbito pessoal quanto profissional. O percurso foi crucial para o meu desenvolvimento como EEEMC e Mestre no cuidado à PSC, promovendo uma visão crítica, ética e determinada. Finalizo esta etapa com confiança para enfrentar os desafios futuros, ciente da importância do papel do EEEMC e Mestre na complexidade dos sistemas de saúde. Comprometo-me a manter uma prática baseada nas evidências científicas mais atuais, promover reflexão em equipa e garantir cuidados de excelência. A responsabilidade de cuidar da PSC e da sua família, atuar na prevenção e controlo de infeções e dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe será sempre uma meta que guiará a minha prática, em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, H., & Mekonnen, C. (2020). Knowledge, practice, and associated factors of nurses in pre-hospital emergency care at a tertiary care teaching hospital. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, 12, 459–469. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S290074>
- Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS. (2024). *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
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência: RT-14/2019*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*, 13, 465–473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
- Alves, T. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência: Dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados* (Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1342>
- American Heart Association. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, 50(12), E344–E418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Antunes, S. (2022). *Capacitar a pessoa em situação crítica no processo de transição saúde-doença: Intervenção terapêutica de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43577>
- Araújo, M. (2020). *Manual de avaliação e tratamento da dor*. Universidade do Estado do Pará (UEPA). https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf
- Barros, A., & Sá-Silva, J. (2020). Pedagogia do cuidar: Uma nova perspectiva para a enfermagem. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 10(2), 59–72. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/pedagogia/pedagogia-do-cuidar>

- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo: Versão 1*.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&co>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Bento, V. C. (2017). *Competências especializadas à pessoa em situação crítica: Das situações urgentes aos cuidados intensivos coronários* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24536>
- Branco, M., Lucas, A., Marques, R., & Sousa, P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190031.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142.
<http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1065–1074. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600017>
- Carrillo, A., et al. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 32, 346-361.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa. (2023). *Plano de catástrofe: Resposta integrada do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central às situações de exceção/catástrofe*.
- Centro Hospitalar Universitário do Porto. (n.d.). *Funções do enfermeiro coordenador no serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário do Porto*. Author.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2019). *CIPE Browser*.
<https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Colégio de Medicina Intensiva & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos*. <https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>

- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência – Relatório CRRNEU*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Comissão Europeia. (2024). *Ação da UE em matéria de resistência aos antimicrobianos*. https://health.ec.europa.eu/antimicrobial-resistance/eu-action-antimicrobial-resistance_pt
- Comissão Nacional da UNESCO. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. https://www.inesul.edu.br/site/documentos/declaracao_universal_bioetica.pdf
- Constituição da República. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Costa, D., Costa, D., Santos, L., Damasceno, V., & Luna, I. (2014). A ética no contexto do cuidado de enfermagem na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa. *Universidade Federal do Ceará-UFC, Brasil*. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11066/1/2014_art_itluna.pdf
- Costa, D., et al. (2021). Desafios vivenciados pela equipe de atendimento pré-hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34). <https://doi.org/10.31011/read2021-v.95-n.34-art.954>
- Costa, M., & Gonçalves, D. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a enfermagem como ciência: Uma perspectiva histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2, <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/49338>
- Costa, T. (2021). *Um percurso formativo na intervenção de enfermagem extra-hospitalar: Documentação de cuidados em suporte imediato de vida* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2590/1/Tania_Carneiro_Costa.pdf
- Covos, J. S., Covos, J. F., & Brenga, A. C. (2016). A importância da triagem em acidentes com múltiplas vítimas. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 20(3), 224-229. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26049965012>
- Cunha, J. (2021). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45620>

- Decreto Legislativo Regional n.º 12/2018/M. **Diário da República** Série I. 150 (06-08-2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/12-2018-115924019>
- Decreto-Lei n.º 104/98. **Diário da República** Série I. 93. (21-04-1998). 1739- 1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** Série I. 205 (04-09-1996) 2959-2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**. Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República**. Série II. 153 (11 ago 2014). 20673 – 20678. <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República**. Série II. 229 (26/12/2013). 34563-34565. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República**. Série II. 153 (11/08/2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República**, Série II. 28 (10-02-2015). 3882(2)-3882 (10). https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República**. Série II. 102 (27/05/2015). 13550-13553. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** Série II. 187 (24/09/2021). 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/93902021-171891094>
- Despacho n.º 18459/2006. **Diário da República**. Série II 176/2006. (12/09/2006). 18611-18612. WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>
- Despacho n.º 18459/2006. **Diário da República**. Série II. 176 (12/09/2006). 18611-18612. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>
- Despacho normativo n.º 11/2002. **Diário da República**. Série I-B. n.º 55/2002, (06/03/2002) 1865-1866. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2023). *Em 2022, os hospitais da RAM registaram um aumento de 32,8% no número de atendimentos em serviços de*

urgência. <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-01-45/saude-noticias-pt/4283-15-12-2023-em-2022-os-hospitais-da-ram-registaram-um-aumento-de-32-8-no-numero-de-atendimentos-em-servicos-de-urgencia.html>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010*. <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=idbbi155k5nvv4yelzwmx055&cr=16687>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 017/2011: Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 014/2012: Anafilaxia: Abordagem clínica*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/anafilaxia_abordagem-clinica.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Circular Normativa n.º 011/2013: Abordagem da transfusão maciça no adulto*. Atualização 2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112013-de-30072013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: Administrações regionais de saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde*. https://sip-pt.pt/wp-content/uploads/2022/04/Circular-Normativa-No09_DGCG-A-Dor-como-5o-Sinal-Vital-PT.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Atualizada a 31/10/2013. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 002/2015: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 019/2015, atualizada em 2022: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n° 021/2015, atualizada em 2022: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação.*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n° 022/2015, atualizada em 2022: “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central.*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Norma n° 018/2016 - Reconciliação da medicação.*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicacao.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2015.*

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15569/1/d192936.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n° 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n° 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos.* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018.*

https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n° 002/2018 - Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n° 008/2019 - Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares.* <https://normas.dgs.min->

saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Norma nº 011/2013, atualizada a 18/07/2017: Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-da-transfusao-macica-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2024). *Certificação em Saúde*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>
- Dos Santos, J. L. G., Pestana, A. L., Guerrero, P., Meirelles, B. S. H., & Erdmann, A. L. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257-263. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>
- ECRI Institute. (2016). *Patient identification: Executive summary*. HealthManagement.Org, 16(4), 344–348. <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/patient-identification-executive-summary>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Deliberação do conselho de administração da entidade reguladora da saúde*. <https://www.ers.pt/media/3588/ers0942019-delibera%C3%A7%C3%A3o-final-vnc.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Direito à decisão*. https://www.ers.pt/media/bxijtkss/direitodecisao_vconsolidada_final.pdf
- Estilita, J. (2015). Analgesia, sedação e delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.), *Manual de medicina intensiva* (pp. 61-69). Lidel.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Realizações, desafios e principais resultados de 2018*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Director2018_Citizen%20-%2027%20Aug%202019_PT.pdf
- Falcão, F., Pinho e Melo, T., & Ferro, J. (2015). Acidente vascular cerebral. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.), *Manual de medicina intensiva* (pp. 19-31). Lidel.
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de doutorado). Universidade Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4984>

- Ferreira, A. (2013). *Estudo psicométrico do índice de bem-estar pessoal em pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-D)* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24864/1/INSTITUTO%20SUPERIOR%20DE%20CIE%cc%82NCIAS%20EDUCATIVAS.pdf>
- Ferreira, et al. (2021). Importância da triagem no atendimento pré-hospitalar no incidente com múltiplas vítimas. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(2), 7-14.
<https://revista.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/200>
- Ferreira, J. (2022). *O atendimento da família da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos* (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/3317/1/Joana_Ferreira.pdf
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & De Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.
<https://revistaclinica.hff.minsaude.pt/index.php/rhff/article/view/95>
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Revista Nursing*, 1-7.
<https://livrozilla.com/doc/1348810/forma%C3%A7%C3%A3o--uma-narrativa-para-a-presta%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-de>
- Freitas, J. M. da S., Monteiro, A. B., Da Silva, B. M., De Andrade, F. L. M., & Ferreira, J. A. (2017). Cuidados de enfermagem ao paciente crítico na administração e controle de drogas vasoativas. *II CONBRACIS*.
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID481_12052017104542.pdf
- Gallani, M. C., & Dallaire, C. (2014). Desenvolvimento de competências em enfermagem: Porque e como. *Revista Cogitare Enfermagem*, 9(1), 9-11.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35924/22156>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
- Goel, M. K. (2016). Ventilator-associated pneumonia. In N. Rungta, R. Pande, M. Munjal, & S. Khunteta (Eds.), *Critical care* (pp. 190-194). The Health Sciences Publisher.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. Lidel.

- Gomes, A. (2014). Intervenção do enfermeiro forense em cenários de catástrofe. In A. Gomes (Ed.), *Enfermagem forense* (Vol. 2, pp. 642-659). Lidel.
- Gomes, A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: Conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/81407>
- Gomes, A. (2018). Preservação de vestígios no pré-hospitalar: Papel das equipas de emergência médica em cenários forenses. https://www.researchgate.net/publication/327838756_Preservacao_de_vestigios_no_pre-hospitalar_papel_das equipas_de_emergencia_medica_em_cenarios_forenses
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019, novembro 29). *Relatório Grupo de Trabalho Serviços de Urgência*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/29/servicos-de-urgencia/>
- Hylén, M., Akerman, E., Idvall, E., & Alm-Roijer, M. (2020). Patient's experiences of pain in the intensive care: The delicate balance of control. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2660–2669. <https://doi.org/10.1111/jan.14503>
- Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Serviços de emergência médica*. <https://www.inem.pt>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Relatório de atividade dos meios de emergência médica*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Meios-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *ITEAMS INEM – Uma realidade cada vez mais presente no socorro em Portugal*. <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Relatório de Atividade do CODU*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-CODU-2022-VF2022.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *CODU do INEM atendeu mais de 1.5 milhões de chamadas de emergência em 2022, o maior número de sempre*. <https://www.inem.pt/2023/01/25/codu-do-inem-atendeu-mais-de-1-5-milhoes-de-chamadas-de-emergencia-em-2022-o-maior-numero-de->

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mello, et al. (2023). *A complexidade na gestão dos cuidados em saúde e enfermagem*. Atena Editora. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/72665>
- Mendes, A. (2022). *Abordagem à pessoa em situação crítica pelo enfermeiro no serviço de urgência em contexto de via verde de trauma* (Mestrado, Universidade do Minho). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81386/1/Andreia%20Sofia%20Mota%20Mendes.pdf>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Morais, C. M. F. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: Uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <http://repositorio.esenfc.pt/?url=RUKqgv>
- Moreira, A. (2023). *O caminho para a excelência do cuidar à pessoa em situação crítica* (Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/41519/1/203323467.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., Reis Santos, M., Silva, D., & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(12), 2483-2490. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004036>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. Jones & Bartlett Learning.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: Guia de consulta rápida*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.sociedadeferidas.pt/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras.pdf
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/porta/20205097/pt_0104_0707_tce_25_02_4
- Nunes, L. (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: Articulações e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Nunes, L. (2010). Do perito do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Nunes, L. M. (2016). Os limites ao agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 8-17.
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem: Manual de ética, direito e deontologia profissional I. Volume I*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20I%20_%20vol%20I_%20Etica%20e%20Deontologia%20set2022_compr.pdf
- Nuñez, et al. (2020). *Medicina Intensiva - Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf
- Oliveira, A., Garcia, A., & Toledo, V. (2017). Padrões de conhecimento utilizados por enfermeiros no cuidado ao paciente em primeiro surto psicótico. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1-8.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/whQsscfxbPrZcZT6tYgBXc/?lang=pt&format=pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro* (1ª ed.). Lisboa: Editora Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual enunciados descritivos*. Author.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Parecer nº 06/2013: Pronúncia sobre programa prevenção e controlo de infeções, resistência aos antimicrobianos*.
https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Po>

ntoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica da Assembleia extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer CJ 64/2017: Pedido de parecer sobre disponibilização/indicação de medicação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer nº14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação: Posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer nº15/2018. Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer nº2/2020. Rácio de enfermeiros em serviços de medicina intensiva – COVID*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do conselho de enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica nº 05/2021: Dotações das equipas de VMER*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-vm-er-anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer n.º 04/2021: Exercício profissional de enfermeiros nas ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e nos serviços de urgência básica*

- (SUB). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Reporting and learning systems for medication errors: The role of pharmacovigilance centres*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507943>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Author. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Paiva, et al. (2016). *Rede de referência de medicina intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Patrício, M. (2012). *Competências comunicacionais em estudantes do curso de licenciatura em enfermagem após a primeira experiência de ensino clínico*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Paulino, A. (2022). “Estar com” a Pessoa em Situação Crítica no processo de transição de saúde-doença: Intervenção terapêutica de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43895>
- Pazuello, G. B. (2019). *Trombectomia para tratamento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo causado por oclusões do segmento M2 da Artéria Cerebral Média*. Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17158/tde-18082020-215725/publico/GUILHERMEBORGHINIPAZUELLO.pdf>
- Pereira, B. C., De Freitas, L. A., Gonçalves, A. M., Santos, R. de P., & Vilela, S. de C. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (53), 230-240. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
- Pereira, M. S. M., Guedes, H. M., De Oliveira, L. M. N., & Martins, J. C. A. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 93-102. <https://doi.org/10.12707/RIV16079>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e controlo de infeção. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos*. 161-174. Lidel.

- Pinto, T. (2015). *De Iniciado a Perito, um percurso a construir na promoção da parentalidade* (Relatório de Estágio realizado para a obtenção do grau de mestre na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16413/1/De%20iniciado%20a%20perito%20um%20percurso%20a%20construir%20na%20promocao%20da%20parentalidade.pdf>
- Pires, V. (2020). “*Apenas falar, não é comunicar*”: *A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33518>
- Ponce, P. (2015). Aspectos éticos das decisões clínicas na unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.), *Manual de Medicina Intensiva*. 557-563. Lidel.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2018). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (9ª ed.). Elsevier.
- Primeau, M. S., & Benton, A. M. (2021). Multilevel disaster simulation in nursing: lessons learned in undergraduate and nurse practitioner student collaboration. *Nursing Education Perspectives*, 42(3), 188-189. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000602>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (2017). Recomendação - prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., & De Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República**. Série II. 21 (30-01-2018) 3478-3787. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República**. Série II. 26 (06-02-2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 226/2018. **Diário da República**. Série II. 74 (16-04-2018). 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>

- Regulamento nº 361/2015. **Diário da República**. Série II. 123 (23/06/2015).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento nº 429/2018. **Diário da República**. Série II. 135 (16/07/2018).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 656/2021. **Diário da República**. Série II. 137 (16-07-2021). 173-19.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República**. Série II, 184. (25/09/2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Resolução nº 01/2001. **Diário da República** Série I-A. Nº2 (03-01-2001). 26-32.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Ribeiro, A. (2020). *Avaliação do risco de úlcera por pressão no doente crítico – estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Cubbin-Jackson* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35655/1/Disserta%20c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Ana%20Ribeiro.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/32544>
- Rio, G. (2018). Evidence-based practice: Medical device-related pressure injury prevention. *American Nurse Today*, 13(10), 50–52.
<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2018/10/ant10-Pressure-Injuries-918.pdf>
- Rivas, M. S., Cardoso, C. N. P., Mella, R. S., & Giler, S. M. L. (2018). Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1.
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170/366>
- Robalo, R. (2016). *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14348>

- Rocha, P. (2020). *A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal*.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131380/2/435359.pdf>
- Rodrigues, R. (2024). *Tornar-se enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica: Um percurso de aquisição de competências do extra-hospitalar aos cuidados intensivos*. Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/50419>
- Rosa, I., Pais, D., & Guimarães, J. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23.
https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf
- Santiago, D. (2017). *Perfil de competências do enfermeiro em funções na emergência pré-hospitalar* (Tese de Mestrado). Politécnico de Leiria.
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3062>
- Santos, G. L. A., Sousa, A. R., Félix, N. D. C., Cavalcante, L. B., & Valadares, G. V. (2021). Implicações da sistematização da assistência de enfermagem na prática profissional brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20210129.
<https://www.scielo.br/j/reensp/a/JkL8WQXJZFvNSYMc4McTZct/?format=pdf&lang=pt>
- Secretaria Regional da Proteção Civil, IP-RAM. (2019). *Regulamento Interno do SEMER*.
<https://www.procivmadeira.pt/pt/protecao-civil/instrumentos-gestao.html>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Programa de acreditação*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Atividade de internamento hospitalar*.
https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atividade-de-internamento-hospitalar/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&disjunctive.tipo_de_especialidade&sort=tempo
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Monitorização mensal – Serviços de urgência*.
<https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/urgencias-hospitalares/>
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.
- Shikama, M., Nakagami, G., Noguchi, H., Mori, T., & Sanada, H. (2018). Development of personalized fitting device with 3-dimensional solution for prevention of NIV

- ronasal mask-related pressure ulcers. *Respiratory Care*, 63(8), 1024–1032.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29789414/>
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc>
- Silva, M. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção*. Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Silva, T. (2019). *A triagem realizada no pré-hospitalar e hospitalar por profissionais em situações de exceção/catástrofe garantindo a continuidade dos cuidados* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria).
https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4713/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Triagem%20em%20Situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Cat%C3%A1strofe_TANIA%20ALVES%20SILVA.pdf
- Simões, J. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/22672>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: Plano nacional de avaliação da dor*.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Solas, R. (2015). *Diagnóstico e análise funcional da implementação do sistema Pyxis no serviço de urgência do Hospital do Espírito Santo Évora EPE*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14845/1/ESSTFC585.pdf>
- Sousa, N. D. L., Abreu, L. D. P., Araújo, E. S. S., Torres, R. A. M., Freitas, M. C., & Guedes, M. V. C. (2019). Enfermagem e ciência: uma reflexão sobre a sua consolidação. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(3), 839-843. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238070p839-843-2019>

- SRPC, IP-RAM. (2023). *Relatório de atividades 2022*.
https://www.procivmadeira.pt/images/Instrumentos_de_Gestao/Rel_atividades2022.pdf
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos*. 20-24.
https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_nu_ma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Tubarão. (2023). *Equipe multidisciplinar: Desafios no atendimento pré-hospitalar*. Universidade do Sul de Santa Catarina.
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstreams/b939e5d2-1ce9-442d-bdcf-6b35bc419791/download>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Elsevier.
- Vidal, R. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados: Prevenção de úlceras por pressão no doente crítico* (Relatório de mestrado, Universidade Católica de Lisboa).
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32467>
- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2018). Dor no serviço de emergência: Correlação com as categorias da classificação de risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3070. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>
- Zawawi, A. A., & Nasurdin, A. M. (2017). The impact of task characteristics on the performance of nursing team. *International Journal of Nursing Sciences*, 4, 285-290.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.03.009>
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Diaz, M., Maestro-Gonzalez, A., & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. *Pain Management Nursing*, 21(6), 510-515.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362473/>