



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA AO LONGO DO CICLO VITAL

Susana Maria Almeida Pereira

Outubro de 2023
Porto



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO
CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA AO LONGO DO CICLO VITAL**

Suana Maria Almeida Pereira

Orientador: Professor Mestre Abel Viveiros

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica orientado pelo Professor Mestre Abel de Mendonça Viveiros, e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Outubro de 2023
Porto

“Let us never consider ourselves finished nurses.

We must be learning all of our lives.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Saúde Santa Maria, à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e aos seus docentes, pelo cuidado e compromisso para com seus alunos, bem como por todas as oportunidades formativas proporcionadas ao longo deste percurso.

Ao Professor Abel Viveiros, pelo tempo, disponibilidade, conhecimento, exigência, incentivo, empenho e rigor na orientação no decorrer deste percurso académico.

Aos enfermeiros tutores, Enfermeiro Rui Soares, Enfermeira Gabriela Silva, Enfermeira Alina Nogueira e Enfermeiro Paulo Caldas pela orientação, disponibilidade, partilha de conhecimentos e momentos de reflexão, determinantes para o sucesso deste percurso. A todas as equipas multidisciplinares dos vários serviços onde realizei estágio, pelo acolhimento e integração, disponibilidade e partilha.

Aos meus colegas de Mestrado pelas horas de partilha de experiências, convívio e descontração.

À minha equipa da SIV de Oliveira de Azeméis, pelo apoio, motivação, amizade e paciência e por todas as trocas de turno facilitadas.

À Gabriela, ao João e ao Rafael, a minha família alentejana, por terem iniciado este percurso comigo, por toda a amizade ao longo destes anos e incentivo e motivação mesmo a quilómetros de distância.

Aos meus amigos, principalmente à Joana e ao Rui, por estarem sempre presentes, com palavras de apoio e motivação. À Ana, amiga e colega deste Mestrado, pela amizade e pelas horas partilhadas nos trabalhos de grupo, pelo incentivo, motivação e apoio nos bons e nos momentos menos bons.

À minha família, principalmente os meus pais, pelo incentivo e força, e por serem o meu apoio ao longo de todo este processo.

A todos, o meu mais profundo, Obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Índice Bispectral
CA	Cateter Arterial
CD	Código Deontológico
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência
CVC	Catéter Venoso Central
DC	Débito Cardíaco
DFEM	Departamento de Formação em Emergência Médica
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EC	Ensino Clínico
ECG	Eletrocardiograma
ECMO	ExtraCorporeal Membrane Oxygenation
EE	Enfermeiro Especialista
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ERC	European Resuscitation Council
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EUA	Estados Unidos da América
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN	International Council of Nurses
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IOM	Institute of Medicine
ISBAR	I -Identify; S –Situation; B –Background; A –Assessment; R – Readback
JCI	Joint Commission International
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MEMC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
NAS	Nursing Activities Score
OE	Ordem dos Enfermeiros
OVA	Obstrução da Via Aérea
PA	Pressão Arterial
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PICCO	Pulse Contour Cardiac Output
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Microbianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAV	Suporte Avançado de Vida
SAVP	Suporte Avançado de Vida Pediátrico
SE	Sala de Emergência
SIV	Suporte Imediato de Vida
SMIPed	Serviço de Medicina Intensiva Pediátrico
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrico
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TAP	Triângulo de Avaliação Pediátrica
TCE	Traumatismo Crânio-encefálico
TPC	Tempo de Preenchimento Capilar
TOT	Tubo Orotraqueal
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade Cuidados Intensivos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV	Via Verde
WHO	World Health Organization

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, faz parte integrante, do Plano de Estudos, a elaboração do Relatório de Estágio e a sua apresentação e discussão pública, visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Crítica.

O presente Relatório de Estágio intitulado “Desenvolvimento de Competências no Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica ao Longo Ciclo Vital”, pretende refletir o percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos na consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação crítica, ao longo do seu ciclo vital. De igual modo, pretende evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da sua apresentação e discussão pública. Este Relatório reflete, ainda, o meu particular interesse no cuidado especializado à criança em situação crítica, visando a promoção de cuidados seguros.

De acordo com o Plano de Estudos do Mestrado, o percurso de aprendizagem desenvolveu-se em quatro momentos de ensino clínico, nomeadamente, em contexto de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica.

A metodologia utilizada ao longo do relatório é descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada em evidência científica, procurando dar visibilidade às atividades desenvolvidas no decorrer das práticas clínicas e situações vivenciadas, no sentido de evidenciar a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, nos diferentes domínios de competências comuns e específicas, bem como as competências de Mestre.

Palavras-Chave: Enfermeiro especialista, competência profissional, enfermagem de cuidados críticos, adulto, criança

ABSTRACT

Within the scope of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Specialization in Nursing for People in Critical Situations, at the Escola Superior de Saúde Santa Maria in partnership with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, it is an integral part of the Study Plan, preparation of the Internship Report and its presentation and public discussion, aiming to obtain the degree of Master in Medical-Surgical Nursing, in the Area of People in Critical Situations.

This Internship Report entitled “Development of Skills in Specialized Care for People in Critical Situations throughout the Life Cycle”, aims to reflect the path developed throughout clinical teaching in consolidating common and specific skills of specialist nurses in medical-surgical nursing, in caring for people in critical situations, throughout their life cycle. Likewise, it aims to highlight the development of Master's skills, through the presentation and public discussion of the Internship Report. This Report also reflects my particular interest in specialized care for children in critical situations, aiming to promote safe care.

According to the Master's Study Plan, the learning path was developed in four moments of clinical teaching, namely, in the context of a Medical-Surgical Emergency Service, a Multipurpose Intensive Medicine Service, a Pediatric Emergency Service and a Medical Service Pediatric Intensive Care.

The methodology used throughout the report is descriptive, analytical and reflective, based on scientific evidence, seeking to give visibility to the activities developed during clinical practices and situations experienced, in order to highlight my intervention as a future nurse specialist in medical-surgical nursing, in the area of people in critical situations, in the different domains of common and specific skills, as well as Master's skills.

Key words: Nurse specialist, professional competence, critical care nursing, adult, child

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1.O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, AO LONGO CICLO VITAL	21
1.1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	29
1.2. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA	39
2.PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, AO LONGO DO CICLO VITAL.....	45
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO.....	46
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	55
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA AO LONGO DO CICLO VITAL, COM ENFOQUE NA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	83
3. AQUISIÇÃO DA MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA	109
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório: Módulo 3 – Relatório, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM) em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, faz parte integrante a realização de um Relatório de Estágio e a sua apresentação e discussão pública, visando a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à PSC.

O presente Relatório de Estágio, sob orientação do Professor Mestre Abel Viveiros, evidencia o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente as Competências Comuns e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Enfermagem à PSC, bem como as competências de Mestre.

No percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, a escolha da área de opção teve como princípio orientador, um tema do meu interesse, que identifiquei como uma necessidade de formação e aprendizagem, em particular, que fosse ao encontro das competências comuns e específicas do EEEMC, na Área de Enfermagem à PSC. Nesse sentido, no EC – Opção Clínica, que decorreu no terceiro semestre, direcionei a minha atenção e o meu foco de aprendizagem, procurando promover a aquisição e desenvolvimento de competências, na intervenção especializada de enfermagem à PSC, ao longo do seu ciclo vital, particularmente no que diz respeito ao doente crítico em idade pediátrica. A escolha da área de opção, a criança em situação crítica, com enfoque particular, na promoção de cuidados seguros, teve por base o meu contexto profissional, uma vez que presto cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), à PSC, em qualquer etapa do seu ciclo vital, incluindo, assim, situações de emergência pediátrica. Considerei, deste modo, uma mais valia conhecer e compreender a abordagem à criança em situação crítica e a continuidade de cuidados, desde o pré-hospitalar, onde exerço funções, até à sua admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

As emergências pediátricas, ou seja, da PSC com idade inferior a 18 anos, representam cerca de 5% a 15% da totalidade de ocorrências dos meios extra-hospitalares, observando-se um decréscimo do seu número nesta faixa etária, nos últimos anos (Dias et al., 2015). O número reduzido de emergências pediátricas em ambiente extra-hospitalar, aliado ao amplo espectro de doenças, a ampla faixa etária que engloba a idade pediátrica, as alterações anatómicas e fisiológicas inerentes a cada uma das faixas etárias, os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos, bem como a capacidade comunicacional da criança, tornam as emergências pediátricas um autêntico desafio para os profissionais de saúde, em contexto extra-hospitalar, contribuindo, para a dificuldade sentida e manifestada por enfermeiros na prestação de cuidados emergentes, de forma organizada, imediata e eficaz à criança em situação crítica (Meyburg et al., 2009). Concomitantemente, a prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação crítica em situações de urgência/emergência, pode ficar comprometida, no que concerne à qualidade e, conseqüentemente, segurança dos cuidados, devido não só a fatores do próprio contexto de prestação de cuidados, organizacionais e ambientais, mas também devido a fatores humanos. A prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação crítica, em contexto pré-hospitalar, devido à singularidade e características desta faixa etária e às suas necessidades únicas, que podem ser intensificadas em caso de doença grave ou trauma, com risco iminente ou não de vida, bem como a rara ocorrência de emergências pediátricas, e conseqüente falta de experiência e sentimentos de ansiedade associados, as barreiras de comunicação devido à idade da vítima, a angústia e ansiedade vivenciadas pelos pais e/ou familiares e cuidadores, e ainda a ampla gama de protocolos e diretrizes relativamente a terapêutica e equipamentos, com base no peso corporal da criança, contribuem para a ocorrência de eventos adversos nas situações de urgência/emergência (Cintra et al., 2022; Cottrell et al., 2014). Destes eventos adversos, destaca-se o erro terapêutico, verificando-se uma ocorrência de cerca 49% a 63%, tendo como causa primária, o erro no cálculo correto de dosagem do fármaco (Siebert et al., 2021), sendo corroborada a importância da segurança terapêutica pela World Health Organization (WHO), que, através da campanha *Medication Without Harm* assume esta área como prioritária.

Cuidar da PSC, ao longo do seu ciclo vital, e em particular da criança em situação crítica, exige, deste modo, competências especializadas e habilidades sustentadas na

melhor e mais recente evidência científica, que permitam ao enfermeiro uma tomada de decisão fundamentada, tendo por base o Código Deontológico (CD) e os princípios éticos que regem a nossa profissão, visando a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros.

Deste modo, o meu projeto pessoal de aprendizagem, que teve início na parte teórica do curso de mestrado, concretizou-se na prática, e de acordo com Regulamento n.º 464/2022 do MEMC da ESSSM e a Estrutura Curricular e Plano de Estudos do MEMC, Área de Especialização em Enfermagem à PSC, com a realização de estágios de natureza profissional. O EC I – Urgência Polivalente, decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) de um Centro Hospitalar do norte do país. O EC II – Cuidados Intensivos Polivalente, decorreu num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) de um Centro Hospitalar do norte do país. No terceiro semestre, o EC III - Cuidados Intensivos, decorreu num SMIP de um Centro Hospitalar do norte do país; e o EC – Opção Clínica, decorreu em dois momentos, nomeadamente, num primeiro momento, num Serviço de Urgência Pediátrico (SUP), e num segundo momento, num Serviço de Medicina Intensiva Pediátrico (SMIPed), de um Centro Hospitalar da zona norte do país.

Foram definidos como objetivos deste Relatório de Estágio: (1) demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, no cuidar especializado à PSC, ao longo do ciclo vital, com particular enfoque na criança em situação crítica; (2) evidenciar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão em enfermagem, mediante a apresentação e discussão pública do Relatório de Estágio, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da PSC.

O presente relatório encontra-se estruturado, essencialmente, em três capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento e fundamentação teórica relativamente ao tema e área de opção. O segundo capítulo evidencia e reflete o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEMC, na área da PSC, ao longo do ciclo vital. O terceiro capítulo evidencia o desenvolvimento das competências de mestre. Encerra este relatório, as considerações finais, evidenciando os principais aspetos do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

A metodologia utilizada na elaboração do Relatório de Estágio baseia-se no método descritivo-analítico, sustentado nos referenciais da profissão e na mais recente evidência científica, presente em livros, bibliografia cedida em sala de aulas, revistas

científicas e em bases de dados fidedignas (CINAHL, EBSCOhost, MEDLINE, PubMed, entre outras).

A norma utilizada é a norma da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, conforme o guia orientador de formatação de trabalhos escritos, da ESSSM.

1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, AO LONGO CICLO VITAL

A enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 1996), enquanto profissão na área da saúde, visa a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, sustentados no estabelecimento de uma interação e relação de ajuda entre o enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, e à luz da mais recente evidência científica, de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde dos mesmos, e a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rápido quanto possível. O enfermeiro, enquanto profissional legalmente habilitado para prestar cuidados de enfermagem, é detentor de um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem cuidar do indivíduo e grupos sociais onde está inserido, de forma holística, nos diferentes níveis de prevenção (OE, 1996), e em qualquer situação, especialmente em contextos desafiantes e de elevada criticidade.

As alterações demográficas que a sociedade tem vindo a sofrer, em paralelo com os avanços tecnológicos na área da saúde e mudanças nas organizações, tornam as áreas clínicas de prestação de cuidados cada vez mais complexas. Tal facto, aliado a uma exigência e expectativa crescente por parte dos utilizadores, fundamenta a necessidade, cada vez maior, de formação específica e especializada por parte dos prestadores de cuidados, em particular dos enfermeiros, o que se traduziria numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Lopes et al., 2018). Ainda segundo estes autores, a evidência científica tem demonstrado os ganhos em saúde, decorrentes do impacto positivo da especialização em enfermagem, não só para os clientes, mas também para as instituições e ainda para os próprios profissionais, com melhoria dos índices de satisfação.

Verifica-se, deste modo, que a evolução na área da saúde e da tecnologia impõe cuidados de enfermagem cada vez mais complexos e específicos, exigindo, assim, conhecimento especializado por parte da Enfermagem, com diversos requisitos técnicos e científicos, onde a necessidade de diferenciação e especialização urge (Regulamento n.º 140/2019, 2019), através da aquisição de competências, na resposta a problemas de saúde atuais. A premência de uma prática baseada na mais recente evidência científica, orientada para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, visando

fomentar a aprendizagem e atualização de conhecimentos no âmbito do desenvolvimento de competências numa determinada área de especialização, é corroborada no CD do Enfermeiro, de acordo com a Lei n.º 156/2015. Segundo esta, o enfermeiro tem o dever, entre outros, de exercer a sua profissão com os conhecimentos científicos e técnicos adequados, assegurando, para tal, a atualização, de forma permanente e contínua, dos seus conhecimentos através da frequência de ações de qualificação profissional, e visando a utilização desses mesmos conhecimentos e tecnologias, de forma competente, sem descuidar a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 156/2015, 2015).

Segundo Le Boterf (2018), o conceito de competência engloba diversos “saberes”, tais como o “saber mobilizar”, em tempo útil, os conhecimentos e habilidades adquiridas através do processo de autoformação prévio; o “saber integrar” e o “saber fazer”, ou seja, a capacidade de aplicar o conhecimento mais adequado a determinada situação, de forma organizada e sustentada, e de modo a atingir o melhor resultado possível; e o “saber transferir”, em que o autor defende que uma competência não se deve limitar a uma única tarefa. Deste modo, o autor defende que competência não deve ser resumida a um determinado saber, mas à habilidade de saber mobilizar esse mesmo saber, integrando-o através da formação e das experiências vivenciadas, de forma individual, ao longo do ciclo vital.

No âmbito específico de enfermagem, Patricia Benner (2001), baseada no Modelo de Dreyfus, afirma que o desenvolvimento de competências tem por base os conhecimentos teóricos adquiridos e os resultantes da prática clínica. Segundo a autora, o conhecimento teórico advém dos resultados de enfermagem, no domínio da área do saber, enquanto o conhecimento prático, implícito nos contextos clínicos, no domínio do saber fazer, sucede de estudos e investigação científica sobre determinada teoria e a sua aplicabilidade na prática, desenvolvendo-se ao longo da experiência clínica vivenciada. Deste modo, o modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem deverá ocorrer por estados de proficiência sequenciais, nomeadamente, de iniciado a perito, onde ao longo desse percurso, conhecimentos e habilidades vão sendo adquiridos, de modo a responder de forma altamente qualificada às necessidades do doente e dos seus familiares, bem como às situações inerentes ao contexto. O estado 1 corresponde ao enfermeiro iniciado, sem experiência com que se possa comparar; o estado 2 corresponde ao

enfermeiro iniciado avançado, que já possui alguma experiência na prática e capacidade para compreender os aspectos mais importantes das situações com que se vai deparando; o estado 3 corresponde ao enfermeiro competente, que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, e consegue estabelecer um planejamento consciente das suas ações, baseando a sua tomada de decisão de acordo com as necessidades da pessoa alvo de cuidados; o estado 4 corresponde ao enfermeiro proficiente, com capacidade para analisar a situação na sua globalidade, guiando as suas intervenções à medida que a situação evolui; o estado 5 corresponde ao enfermeiro perito, ou seja, o enfermeiro que, dotado de experiência, conhecimento técnico, capacidade de tomada de decisão, sentido crítico e iniciativa, aliados a uma conduta ética e deontológica, é capaz de compreender de forma intuitiva cada situação com que se vai deparando, e apreender diretamente o problema (Benner, 2001). O aprofundar de competências permite, deste modo, um crescimento sustentado e orientado, tendo como objetivo final o desenvolvimento de características de enfermeiro perito, tal como o pretendido no presente ciclo de estudos. Ressalvo que, ao longo do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, procurei alicerçar a minha prática, nos diferentes contextos de EC, no modelo conceptual de aquisição de competências de Patricia Benner, visando sempre a excelência dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências emerge, deste modo, em estreita ligação com o cuidar em enfermagem, pelo desafio e exigência constante no desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e recursos, isto é, de competências profissionais que sustentem uma resposta fundamentada, na melhor evidência científica, e a capacidade para agir em situações complexas com autonomia e responsabilidade (Serrano et al., 2011). O exercício profissional e os contextos da prática clínica estabelecem, deste modo, entre si, uma efetiva simbiose no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que o profissional de enfermagem é o agente principal no seu processo de mudança, e no seu processo de aprendizagem e formação profissional, e os contextos profissionais, impulsionadores do desenvolvimento de competências, pela constante inovação tecnológica e mudanças nas organizações de trabalho (Serrano et al., 2011). Visando a valorização profissional e a maximização de resultados, já em 2001, Abreu afirmava que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências pretende

dar resposta a uma necessidade de evolução profissional e social, através de uma atualização contínua e sistemática dos conhecimentos (Abreu, 2001).

Nesse sentido, e tal como referi anteriormente, perante a necessidade premente e crescente de diferenciação e especialização dos cuidados de enfermagem, visando uma melhoria na prestação de cuidados nas diversas áreas de atuação, e que resulta da elevada exigência científica e técnica associada aos cuidados de enfermagem, na atualidade, a OE preconiza a atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE) ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área específica de especialização, definindo-o, de acordo com o Estatuto da OE e REPE (OE, 2015, p. 99) como o profissional de enfermagem

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

É assim reconhecido ao EE competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área de especialidade de enfermagem, além de cuidados de enfermagem gerais (OE, 2015). O EE detém, dessa forma, um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico, caracterizado por níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduz por um conjunto de competências especializadas num determinado campo de intervenção específico (OE, 2017c). Tal como já o referia Benner (2001), as competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, ou seja, de iniciado a perito (OE, 2017a). De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, os domínios das competências comuns do EE, compreendem a responsabilidade profissional ética e legal, que inclui o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade e de acordo com as normas legais, princípios éticos inerentes e deontologia profissional, bem como uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade

profissional; a melhoria contínua da qualidade, ou seja, o enfermeiro deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas institucionais na área da governação clínica, ao colaborar em programas de melhoria contínua e criando um ambiente terapêutico e seguro, através do desenvolvimento de práticas de qualidade; a gestão de cuidados, através da otimização das respostas de enfermagem e da sua articulação com a restante equipa de saúde, e da adaptação da liderança e gestão dos recursos consoante as situações e os contextos, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, demonstrado através do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e de uma prática clínica especializada baseada em evidência científica.

Dado o alcance da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, e a necessidade emergente de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas, foi reconhecida a necessidade de especificar as competências de acordo com a pessoa alvo dos cuidados e o contexto de intervenção, destacando-se diferentes áreas de enfermagem, nomeadamente, área da enfermagem à PSC, área de enfermagem em situação perioperatória, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). A prestação de cuidados especializados, por parte do EEEMC, visa a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua família, exigindo, nesse sentido, a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção. Pretende-se, assim, que, através desses mesmos cuidados, seja possível a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações em que são necessários meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, sem descurar a prevenção de complicações e eventos adversos, a promoção da saúde e a prevenção da doença, em cada um dos contextos específicos de atuação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tendo em consideração a pessoa alvo dos cuidados e o contexto de intervenção alcançados no âmbito do presente mestrado, nomeadamente na área de especialização em enfermagem à PSC, esta pode ser definida como aquela cuja vida está em risco, ameaçada por falência ou eminência de falência orgânica. Os cuidados de enfermagem, tendo como alvo a PSC, devem, deste modo, ser altamente qualificados, sustentados em meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, e prestados de forma ininterrupta, tendo como objetivo manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e diminuir

comorbilidades, e conseqüentemente a recuperação total da pessoa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os cuidados de enfermagem à PSC com uma ou mais funções vitais em risco imediato devem ser altamente qualificados, compreendem uma avaliação diagnóstica e monitorização ininterrupta, de forma a conhecer, continuamente, a situação da pessoa e a responder às suas necessidades afetadas, prevenindo e detetando precocemente complicações, no sentido de limitar incapacidades e visando a sua recuperação total. Através de uma observação, colheita e procura, sistematizada de dados, os cuidados de enfermagem especializados à PSC devem assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente e em tempo útil e imediato (OE, 2017b). Deste modo, é expectável que o EEEMC na área da PSC demonstre competências no domínio do cuidar da pessoa/família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e no domínio do maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O EEEMC deve ter a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades, anteriormente adquiridos, no decurso do seu crescimento e projeto profissional, enquanto enfermeiro, de modo a responder, de forma holística, às necessidades da PSC e da sua família, através de uma prática sustentada na melhor evidência científica. Este pressuposto implica assim, uma atualização contínua de conhecimento, de modo a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e qualificada, o que se traduz em cuidados especializados face às necessidades do doente crítico, nos diferentes contextos da prática onde pode estar presente, desde o pré-hospitalar até ao momento da sua alta clínica.

Neste sentido, o percurso por mim delineado e vivenciado, de aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado especializado à PSC, ao longo do ciclo vital, no âmbito do presente curso de MEMC, foi orientado de acordo não só com as competências comuns e específicas do EEEMC, na área da PSC, mas também de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC (Regulamento n.º 361/2015) e com o emanado pelo Colégio da

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE (OE, 2017). Ao longo deste percurso, procurei, igualmente, sustentar a minha prática nos diferentes contextos de EC, em dois referenciais teóricos, nomeadamente, a Teoria das Transições de Afaf Meleis na abordagem à PSC, ao longo do ciclo vital, e o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patricia Benner, visando sempre uma evolução no processo de aprendizagem de competências especializadas, e consequentemente uma prestação de cuidados de excelência.

Segundo Afaf Meleis (2010) a enfermagem, enquanto disciplina, com um corpo de conhecimentos próprios, que sustenta a sua prática clínica na melhor e mais recente evidência científica, procura colocar esses mesmos conhecimentos ao dispor das pessoas, a vivenciar processos de transição, assumindo o enfermeiro um papel fundamental, ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos, na sua adaptação a contextos de transição. Segundo a autora (2010), a transição é uma transformação que acompanha a pessoa, de um estado ou lugar para o outro, não sendo necessariamente referente a uma situação de doença, mas que implica a adaptação do indivíduo a essa mudança, estando implícitas uma reorganização e uma consciencialização, por parte da pessoa, das alterações que estão a decorrer. Quanto maior for essa consciencialização, maior será o envolvimento da pessoa no seu processo de transição, sendo uma premissa necessária para este processo.

Diversas situações e contextos podem estar na origem de processos de transição, como o internamento hospitalar, o diagnóstico de uma doença grave ou crónica, a adoção de um novo papel no seio familiar, a perda de um elemento da família, a ocorrência de um desastre ambiental, ou mesmo iniciar uma nova função a nível profissional. No caso particular da PSC, esta vivencia um período de transição, que se caracteriza pela passagem entre dois estados relativamente estáveis, desencadeada por eventos críticos e mudanças na pessoa e/ou no contexto (Silva et al., 2021). A PSC, em contexto de urgência/emergência ou de medicina intensiva, encontra-se num processo de transição saúde-doença, dinâmico e temporário, que se caracteriza por alteração do estado de saúde/doença, que pode ser súbito, em caso de doença aguda, ou progressiva, em caso de doença crónica. Durante esse período de transição, a pessoa, família ou comunidade experienciam sentimentos e emoções, perante uma potencial ameaça, confrontando-se com a disrupção das suas expectativas, realistas ou desinformadas, e das suas atividades de vida e rotinas, o que vai afetar o seu bem-estar e saúde (Meleis, 2019). Todo o processo

de transição acarreta, deste modo, a adaptação a uma nova condição, o que implica a incorporação de novos conhecimentos, habilidades, comportamentos, condutas e expectativas. Os enfermeiros desempenham, deste modo, um papel privilegiado na identificação das necessidades individuais da pessoa, família ou comunidade, e das perdas decorrentes do processo de transição, conseguindo estabelecer intervenções terapêuticas de enfermagem e estratégias que promovam a sua adaptação, assumindo-se o bem-estar e saúde como resultado das intervenções de enfermagem. Segundo Meleis (2019), é através da interação que se estabelece entre o enfermeiro e a PSC que são avaliadas e identificadas as necessidades da pessoa, família ou comunidade, formulados diagnósticos de enfermagem e planeadas as intervenções para a satisfação dessas mesmas necessidades identificadas.

No âmbito do meu percurso formativo, traduzido através da elaboração do presente relatório, é pretendido igualmente, a evidência de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, numa área de especialização, neste caso particular, na área de especialização em enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento n.º 464/2022 (2022), visando, deste modo, a evidência de elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão no cuidado especializado da PSC, ao longo do seu ciclo vital.

Tal como refere o International Council of Nurses ([ICN], 2023), a Enfermagem, enquanto profissão, é uma parte integrante do sistema de saúde, intervindo em diferentes áreas como a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados à doença física e mental, nas diversas etapas do ciclo de vida e nos diferentes contextos de saúde. A enfermagem no âmbito da emergência extra-hospitalar, contexto profissional onde exerço funções há cerca de 10 anos, é igualmente fundamental para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do seu ciclo de vida, família e comunidade, em situações de doença súbita, trauma, crise ou catástrofe, desde o local de ocorrência da emergência até à unidade de referência, garantindo, deste modo, a continuidade de cuidados (Regulamento n.º 226/2018, 2018). Tendo em conta a melhor evidência científica, o enfermeiro de emergência pré-hospitalar, dotado de formação específica e competências profissionais adaptadas, orienta a sua intervenção e tomada de decisão, visando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação de acidente, doença súbita ou trauma (Mota et al., 2020). Corroborando Patricia Benner, que defendia que os contextos de trabalho eram essenciais e necessários ao desenvolvimento de

competências, estudos demonstraram que as competências se desenvolvem de outras formas além da educação formal. No caso específico dos enfermeiros a exercer funções em meio pré-hospitalar, existem fatores condicionantes ao desenvolvimento dessas mesmas competências, como por exemplo, cenários de situações de emergência indefinidos, situações de crise e catástrofe, recursos limitados e a tomada de decisão. Segundo Jansson et al. (2020), no caso particular do desenvolvimento de competências do enfermeiro de emergência pré-hospitalar, é fundamental que este seja exposto a situações desafiantes e que reflitam, com pensamento crítico e fundamentado na melhor evidência científica, sobre as mesmas. É através do desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo sobre a sua prática quotidiana de cuidados que o enfermeiro adquire e desenvolve conhecimentos e competências, pessoais e profissionais, conduzindo a uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Ribeiro, 2013).

Neste sentido, revelou-se pertinente, no meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, direcionar o meu foco de aprendizagem, o cuidar especializado à PSC, ao longo do ciclo vital, dando particular enfoque ao doente crítico em idade pediátrica, dada a singularidade e especificidade dos cuidados de enfermagem à criança em situação crítica, bem como o interesse pessoal por esta temática, consequência da minha experiência profissional, tal como já referi anteriormente. Compreender, do ponto de vista teórico e à luz da melhor evidência científica, a área de opção por mim escolhida, neste caso, a criança em situação crítica, é essencial na fundamentação e sustentação do percurso por mim realizado de desenvolvimento de competências especializadas, em contexto de EC. Assim, nos próximos subcapítulos, irei realizar o enquadramento teórico do cuidar especializado à criança em situação crítica.

1.1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Criança, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef, 2019), define o ser humano com menos de 18 anos de idade, constituindo-se, assim, como um grupo prioritário, legitimando a necessidade de maior dedicação e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde e atenção dos gestores de serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde[DGS], 2013c) Ainda segundo o CD dos Enfermeiros, Artigo 81º, as crianças são consideradas um dos grupos mais suscetível e vulnerável, na prestação de cuidados de enfermagem (OE, 2005).

Criança em situação crítica, por sua vez, pode ser definida como a criança cuja sobrevivência depende, ou potencialmente depende em elevado grau, de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e de cuidados intensivos, sejam eles na área das emergências médicas, cirúrgicas, ou relacionadas a situações de trauma (Elbaih & Safi, 2021).

Em Portugal, em 2020, verificaram-se 206 óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade, sendo que do total de óbitos infantis 142 foram óbitos neonatais, ou seja, de crianças com menos de 28 dias de vida. A principal causa de mortalidade infantil encontra-se relacionada a afeções perinatais, correspondendo a 14,6% dos óbitos infantis. Das restantes causas de morte, no primeiro ano de vida, as mais frequentes estão relacionadas com malformações congénitas (10,7%), malformações congénitas do coração (10,2%) e transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto ou do recém-nascido (10,2%). As afeções respiratórias bem como a septicemia bacteriana do recém-nascido correspondem a causas de morte infantil que se verificam com menor frequência (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Por outro lado, os traumatismos e lesões, como acidentes rodoviários, constituem uma das principais causas de morte de crianças e jovens a partir do primeiro ano de vida até aos 18 anos. Na última década, segundo dados do *Relatório de Avaliação – 30 anos de Segurança Infantil em Portugal 2022*, a morte por acidentes em Portugal corresponde, em média, a 12,3% da totalidade das mortes na população infantil, até aos 19 anos de idade (Associação Portuguesa de Segurança Infantil, 2022)

Segundo a WHO (2016), a morte de crianças, em ambiente hospitalar, ocorre maioritariamente nas primeiras 24 horas, após a sua admissão na unidade de saúde. Muitas dessas mortes podem ser evitadas se a criança em situação crítica for precocemente identificada e se o tratamento adequado for rapidamente instituído, visando o estabelecimento rápido da sua saúde. De acordo com a organização anteriormente citada, e segundo as orientações emanadas no seu documento *Updated Guideline Paediatric emergency, triage assessment and treatment* (2016), determinados diagnósticos deverão ser tidos em consideração, no sentido de identificar precocemente as crianças com perigo iminente de vida. Assim, devem ser consideradas emergências em pediatria, situações em que as crianças apresentem os seguintes sinais e sintomas, nomeadamente, obstrução da via aérea, total ou parcial; dificuldade respiratória grave; cianose central; sinais de choque, ou seja, extremidades frias, tempo de preenchimento

capilar (TPC) superior a três segundos, taquicardia e pulso fraco; coma, ou nível de consciência gravemente reduzido; convulsões; ou sinais de desidratação grave, como letargia ou inconsciência, olhos encovados e TPC aumentado. As situações de emergência que se verificam com maior regularidade são a dificuldade respiratória e hipoxemia, choque, e convulsões com alteração do estado de consciência. É importante salientar, no entanto, que as crianças que apresentam os sinais de emergência anteriormente referidos, são um grupo heterógeno, com uma ampla gama de condições clínicas bem como dos seus processos fisiopatológicos subjacentes (WHO, 2016).

Os doentes em idade pediátrica corresponderam, em 2011, a 25% da afluência do SUP, nos Estados Unidos da América (EUA), verificando-se, no entanto, que a maioria das admissões correspondem a situações não emergentes (Jain et al., 2019). De igual modo, em Portugal, estudos realizados demonstraram que apenas 19,7% dos episódios de urgência foram considerados como justificados, valores inferiores aos descritos em outros estudos internacionais, em que se verificou que a admissão no SUP, por motivos não emergentes, ultrapassa os 50% (Freitas et al., 2016). Particularizando à emergência extra-hospitalar, as emergências pediátricas, ou seja, de PSC com idade inferior a 18 anos, representam 5-15% da totalidade de ativações dos serviços de emergência, observando-se um decréscimo do número de ocorrências nesta faixa etária, durante os últimos anos, o que poderá estar associado não só ao decréscimo do número de nados vivos por ano, mas também devido ao reforço progressivo dos meios de emergência médica do INEM (Dias et al., 2015). Segundo o estudo realizado por estes autores, o principal motivo de ativação foi doença súbita (39, 5%), na maioria dos casos, convulsão. O segundo motivo mais frequente foram situações de trauma (36,5%), das quais se destacaram as quedas. Tendo em consideração as idades, na faixa etária inferior a dois anos predominou a doença aguda em relação ao traumatismo, que se verifica com maior frequência em crianças com idade superior a 10 anos.

Verifica-se, deste modo, que, não só em contexto de SUP, mas também em meio extra-hospitalar, existe uma baixa casuística de criança gravemente doente, ou seja, em situação crítica. Tal fato pode contribuir para a dificuldade sentida pelos enfermeiros em prestar cuidados de enfermagem de forma organizada, imediata e eficaz à criança em situação crítica. Outros fatores que podem estar na origem dessa limitação, por parte dos enfermeiros, estão relacionados com existência de equipas muito jovens nos SUP, com

enfermeiros recém-licenciados e/ou transferidos de outros serviços; ausência de treino/simulação em casos clínicos específicos de pediatria durante a fase de integração ao serviço bem como a inexistência de protocolos de atuação relativamente às funções de cada elemento (Marques, 2019).

A abordagem à criança em situação crítica revela-se, deste modo, um desafio para os enfermeiros, dada a singularidade da avaliação e do tratamento que deve ser instituído, e que se deve basear nas diferenças a nível fisiológico, anatómico e de desenvolvimento que se observam nas crianças, bem como na sua imaturidade a nível físico, emocional, psíquico e cognitivo, o que vai influenciar a sua capacidade de compreensão e resposta a situações críticas (Marques, 2019).

Revela-se, deste modo, fundamental, o conhecimento teórico específico na área da pediatria, bem como o conhecimento e habilidades técnicas de determinados procedimentos, de modo a prestar cuidados de enfermagem na criança em situação crítica, seguros e de qualidade. Conhecer e saber identificar essas mesmas particularidades, bem como sinais e sintomas que devem ser tratados como emergências em pediatria, revela-se fundamental na avaliação da presença de condições de risco de vida bem como no reconhecimento precoce da situação de urgência/emergência, e posteriormente perante a necessidade de ressuscitação e estabilização da criança em situação crítica (Elbaih & Safi, 2021; Meyburg et al., 2009). Saber reconhecer uma criança em situação crítica, rápida e precocemente, é uma competência e habilidade que se desenvolve com o tempo e prática, devendo as intervenções de enfermagem especializadas se basearem e sustentarem no conhecimento e reconhecimento das diferenças, características das crianças (Marques, 2019).

Nesse sentido, compete aos enfermeiros e às instituições, a formação e treino de competências técnicas, comportamentais e teóricas dos profissionais, de modo que estes adquiram conhecimentos e habilidades, baseados na melhor evidência científica, visando a minimização do impacto das situações de urgência/emergência em pediatria. Os enfermeiros devem estar familiarizados com a abordagem de via aérea avançada, indução e manutenção anestésica, devendo pelo menos ter formação em Suporte Básico de Vida Pediátrico e/ou em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) (Owusu-Ansah et al., 2020; Royal College of Paediatrics and Child Health, 2018).

Uma criteriosa avaliação clínica da criança em situação crítica, que deve incluir não só a sua observação e avaliação física, mas também ter em consideração os seus antecedentes pessoais, é essencial para o reconhecimento precoce da situação de urgência/emergência (Yock-Corrales & Soto-Martínez, 2012). De acordo com o European Resuscitation Council (ERC) no *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support* (Van de Voorde et al., 2021) e o INEM, no *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrica* (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM], 2020), a avaliação da criança em situação crítica, independentemente da sua idade, deve incluir o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) e a avaliação primária, de acordo com a abordagem ABCDE, tendo sempre em consideração as diferenças e particularidades, características, das várias faixas etárias na criança. O recurso a estes dois métodos, em simultâneo, visa identificar situações potencialmente fatais de forma atempada, possibilitando iniciar, o mais precocemente possível, o tratamento mais correto perante essa mesma situação de urgência/emergência.

A utilização de uma abordagem sistematizada, sustentada em prioridades ABCDE, tal como preconiza o ERC, referido por Van de Voorde et al. (2021) e o INEM (2020), é fundamental para uma correta avaliação da criança em situação crítica e, conseqüentemente, na otimização e eficácia do tratamento, contribuindo para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. Por outro lado, a prestação de cuidados de enfermagem, sustentados na melhor evidencia científica, com recurso a guidelines e orientações de abordagem à criança em situação crítica, irão contribuir para uma prestação de cuidados seguros, visando a promoção da segurança da criança, em situações de urgência e emergência (Kaufmann & Laschat, 2020).

Deste modo, relativamente às particularidades das alterações anatómicas e fisiológicas que se verificam na criança, uma das diferenças mais evidentes entre recém-nascido, lactente, criança e o adulto, é a diversidade do peso corporal. O peso corporal representa um vetor significativo em pediatria, uma vez que dosagens de medicamento e quantidade de fluidoterapia a administrar são calculados em função do peso corporal da criança. Apesar de, dada a situação de emergência, frequentemente ser complicado saber o peso exato da criança, existem diversos equipamentos ou instrumentos que avaliam, de acordo com peso corporal, que pode ser calculado através de fórmulas, a dose adequada de fármacos de emergência, e o tamanho mais correto dos equipamentos de emergência,

como por exemplo, o tamanho do tubo orotraquel (TOT) (Elbaih & Safi, 2021). Outras alterações anatómicas e fisiológicas que se verificam em idade pediátrica, referem-se, por exemplo, à cabeça que, nas crianças, é proporcionalmente maior; ao pescoço mais curto; à língua que é maior, proporcionalmente, em relação à boca; à área subglótica, a região mais estreita das vias aéreas, verificando-se que a laringe é mais alta e tem uma localização mais anterior, sendo a traqueia mais maleável nas crianças; aos anéis traqueais que apresentam menos rigidez; e à epiglote que tem o formato de ferradura (Elbaih & Safi, 2021).

Tendo em consideração as alterações anatómicas e fisiológicas, na criança, anteriormente referidas, o primeiro passo na abordagem da criança em situação crítica é a avaliação do seu estado geral, de acordo e apropriada ao desenvolvimento da criança, e que deve ser realizada num curto espaço de tempo. O TAP é um recurso de avaliação pediátrica que corresponde a estes requisitos. Baseia-se exclusivamente na observação da criança, tendo em consideração três componentes, nomeadamente, a aparência, o trabalho respiratório e a perfusão periférica, visando, determinar, nos primeiros 10 a 15 segundos após o contacto com a criança, se o seu estado é crítico ou não (INEM & DFEM, 2020).

A avaliação da aparência inclui a avaliação do tónus muscular, do estado de consciência da criança, refletindo a adequação dos sistemas respiratório, circulatório e cerebral. As características mais importantes a serem avaliadas na aparência podem ser sumarizadas pela mnemónica *TICLS*: T – tónus muscular (adequado à idade ou diminuído, se existe letargia ou pouca reatividade); I – interatividade (se a criança interage ou não com o profissional de saúde, se está alerta); C – consolabilidade (choro ininterrupto, ou se é consolável ou não); L – olhar/contemplação (fixa o olhar em pessoas ou objetos ou apresenta olhar vago); S – discurso/choro (gemido, choro forte e espontâneo ou fraco, discurso apropriado à idade ou confuso) (INEM & DFEM, 2020).

A avaliação do trabalho respiratório inclui a avaliação da capacidade de oxigenação e ventilação da criança. Importante ter em consideração indicadores de trabalho respiratório aumentado, nomeadamente, sons anormais, audíveis, das vias aéreas, como ressonar, rouquidão, estridor e gemido; posicionamento anormal da criança; e a utilização de músculos acessórios, como presença de adejo nasal e tiragem intercostal (Elbaih & Safi, 2021).

A avaliação da perfusão periférica consiste na avaliação da função circulatória da criança, principalmente no que se refere à perfusão tecidual. É importante avaliar presença de cianose, palidez ou pele marmoreada, que indicam uma resposta fisiológica à perfusão inadequada, verificando-se, deste modo, uma diminuição da circulação de sangue nas áreas anatómicas não essenciais de modo a manter um fornecimento de sangue adequada e constante aos órgãos vitais (INEM & DFEM, 2020).

Após a avaliação inicial da criança em situação crítica, através do TAP, conseguimos obter uma impressão rápida da condição fisiopatológica da criança, e consequentemente identificar um dos seguintes problemas, que mais frequentemente estão associados à criança gravemente doente, nomeadamente, a dificuldade e a falência respiratória, o choque, a disfunção do Sistema Nervoso Central e/ou alterações metabólicas (INEM & DFEM, 2020). De acordo com Elbaih & Safi (2021), as principais situações que se verificam na criança gravemente doente estão relacionadas com patologia das vias aéreas, como amigdalites, obstrução da via aérea por presença de corpo estranho, pneumonia, asma, bronquite, insuficiência respiratória e paragem cardiorrespiratória (PCR); patologia gastrointestinal como diarreia e vômitos; e outras situações como convulsões, intoxicações, síndrome de morte súbita no lactente, trauma, queimaduras e eletrocussão e choque.

Sequencialmente, na abordagem à criança em situação crítica e após o TAP, deve realizar-se a avaliação primária, seguindo a metodologia ABCDE, que recomenda o tratamento sequencial das alterações à medida que vão sendo detetadas, tendo sempre em consideração as especificidades e alterações anatómicas e fisiológicas inerentes às diferentes faixas etárias da criança (INEM & DFEM, 2020).

Deste modo, e tendo em consideração as principais diferenças anatómicas e fisiológicas da criança, na avaliação do A – Via Aérea, o objetivo é verificar se a via aérea se encontra permeável ou não. É importante, na abordagem e avaliação da via aérea, ter em consideração que a cabeça do recém-nascido geralmente é maior em relação ao corpo, o que pode contribuir, em associação com a região occipital também geralmente maior, para a flexão do pescoço, o que pode causar obstrução da via aérea (OVA). Também o fato da língua ser maior em relação à boca da criança pode contribuir para a OVA. A obstrução nasal, por presença de corpo estranho ou outro, no lactente pode conduzir a insuficiência respiratória, uma vez que a respiração nesta faixa etária é

predominantemente nasal. Nos lactentes, a laringe localiza-se a um nível superior do que no adulto e na criança, nomeadamente a nível de C1-C2, o que pode dificultar a entubação traqueal, bem como a epiglote em forma de ferradura na criança. Em crianças com menos de 8 anos verifica-se que a via aérea é mais estreita a todos níveis, principalmente a nível do espaço subglótico e da cartilagem cricoide, o que aumenta o risco de OVA por presença de corpo estranho, ou secreções, mesmo que em pequena quantidade, ou por edema dos tecidos moles da cavidade oral (Elbaih & Safi, 2021).

Após a avaliação e otimização da Via Aérea - A, deve proceder-se à avaliação da Ventilação - B, nomeadamente de parâmetros como a frequência respiratória (FR), a oxigenação, o volume corrente, através da auscultação pulmonar e o trabalho respiratório. No decorrer da avaliação da Ventilação - B, é importante ter presente as particularidades que são características das diversas faixas etárias na criança. Nesse sentido, é importante ter presente que na criança, a parede torácica é mais fina, o que facilita a transmissão do murmúrio vesicular através da parede torácica, condicionando a auscultação pulmonar. Nos lactentes, as costelas estão posicionadas horizontalmente, apresentando um tórax em barril e os músculos intercostais estão pouco desenvolvidos, pelo que o diâmetro da grelha costal já se encontra expandido na sua máxima amplitude e não pode aumentar na presença de dificuldade respiratória. Também no lactente, as costelas e o esterno são cartilaginosas, o que resulta numa parede torácica mais complacente. O diafragma é o principal músculo respiratório nas crianças, pelo que qualquer obstrução à contração do diafragma, como em caso de distensão abdominal, oclusão intestinal, pneumoperitônio, entre outros, pode limitar a eficácia da ventilação. A capacidade residual funcional é menor nas crianças, apresentando menor reserva respiratória, pelo que a capacidade de compensação em caso de insuficiência respiratória é limitada, verificando-se que a dessaturação ocorre mais rapidamente. As crianças apresentam maior taxa metabólica e maior consumo de oxigénio, o que vai condicionar FR mais elevadas. A presença de fatores de stress, como febre, ansiedade, doença, trauma, podem conduzir a um aumento da taxa metabólica e de consumo de oxigénio, por parte da criança, e conseqüentemente, a um maior esforço respiratório. Quando esta compensação deixa de ser eficaz, pode ocorrer eventual insuficiência respiratória. Importante ter em atenção que uma FR irregular ou lenta, na criança em situação crítica, é um sinal indicativo de peri-paragem (INEM & DFEM, 2020).

A avaliação da Circulação – C, deve incluir a avaliação de parâmetros, designadamente, o pulso (frequência cardíaca [FC] e ritmo); pulsos periféricos e centrais; perfusão periférica (TPC); pressão arterial (PA); e pré-carga. Na avaliação da criança em situação crítica, é importante ter em consideração que o volume de circulação do neonato é de 80ml/kg, enquanto nos adultos é de 60-70ml/kg. Nas crianças, a taxa metabólica, débito cardíaco (DC) e FC são mais elevadas do que no adulto, diminuindo com a idade. Nesse sentido, situações geradoras de stress, como medo, stress emocional e ansiedade, ou casos de hipovolémia e/ou choque ou febre, aumentam ainda mais a FC. Nas crianças, o miocárdio tem menos massa contrátil e o volume de ejeção é limitado, pelo que o DC é mantido pela FC aumentada. O DC elevado que se verifica nas crianças, provoca um aumento da necessidade de oxigénio, uma vez que satisfaz as necessidades aumentadas de oxigénio, mas diminui a sua reserva, verificando-se que fatores de stress como sépsis ou hipotermia, podem levar a uma rápida deterioração da criança. Por outro lado, os mecanismos compensatórios da criança mantêm o DC por longos períodos, pela elevada capacidade de preservação da estabilidade hemodinâmica, decorrente da derivação do fluxo sanguíneo dos tecidos periféricos. Desse modo, um TPC aumentado é um sinal precoce de descompensação circulatória, sendo a hipotensão um sinal tardio de falência circulatória ou choque descompensado. Verifica-se também que os lactentes apresentam função renal imatura, pelo que a desidratação pode ocorrer rapidamente por incapacidade de concentrar a urina (INEM & DFEM, 2020).

Na avaliação da Disfunção Neurológica – D, a avaliação da função cerebral é um ponto importante na definição do estado fisiológico da criança, uma vez que as funções cerebrais e cardíacas são preferencialmente preservadas pelos mecanismos de compensação, em caso de insuficiência respiratória e/ou cardíaca. O cérebro da criança aumenta de tamanho nos primeiros 6 meses de vida, atingindo 80% do tamanho do cérebro adulto aos 2 anos de idade, pelo que é importante ter em consideração que no primeiro ano de vida, a ocorrência de traumatismo crânio-encefálico (TCE), pode conduzir a graves lesões cerebrais pela incapacidade de proteção inadequada por parte do crânio. A fontanela anterior encerra entre os 12 e os 18 meses de idade, o que pode condicionar um aumento da pressão intracraniana ou ocorrência de hipotensão, em caso de hemorragia intracraniana. Os lactentes apresentam o sistema nervoso autónomo imaturo, verificando-se um controlo limitado da temperatura corporal em caso de

alterações ambientais. É fundamental na avaliação da disfunção neurológica, ter em consideração que, embora problemas respiratórios e circulatórios possam ter impacto na função cerebral, algumas condições neurológicas, como meningite ou estado de mal epilético, podem advir de outras alterações. Estas condições devem ser identificadas de forma atempada e tratadas rapidamente (Elbaih & Safi, 2021).

Na avaliação do E – Exposição, a criança deve ser exposta o tempo suficiente de modo a efetuar a visualização e inspeção da mesma, evitando a hipotermia, tendo sempre em consideração que os lactentes e as crianças têm uma área corporal maior relativamente à sua massa e o tecido subcutâneo encontra-se menos desenvolvido, pelo que o risco de perda de fluídos insensíveis e de calor é maior. A dor e o desconforto da criança devem ser imediatamente identificados e corrigidos, logo após o início da abordagem à criança em situação crítica. Este momento pode ser aproveitado igualmente para a obtenção de informação adicional, essencial à história da criança, como existência de alergias, medicamentos que a criança possa fazer habitualmente, última refeição da criança, antecedentes pessoais de doença, e as circunstâncias da situação de urgência/emergência atual (INEM & DFEM, 2020).

O reconhecimento rápido e atempado das situações de urgência e emergência em pediatria, através de uma abordagem sistematizada, como o TAP e a metodologia ABCDE, permitem, deste modo, aos enfermeiros intervir de uma forma organizada, imediata, rápida e eficaz, perante a criança em situação crítica. Uma abordagem sistematizada da criança em situação crítica, sustentada na melhor evidência científica, traduzida por orientações, protocolos ou guidelines, contribui não só para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, mas também para cuidados seguros, e conseqüentemente, para a promoção da segurança da criança em situação crítica. Essas recomendações e orientações visam a otimização dos cuidados à PSC, e neste caso específico, à criança em situação crítica, constituindo importantes ferramentas da prática clínica, sustentada, deste modo, na melhor evidencia científica, e de modo a alcançar resultados mais eficazes e cuidados mais seguros, tal como refere a Joint Commission International (JCI) (Donaldson et al., 2021). Nesse sentido, revelou-se igualmente pertinente, refletir, no decorrer do meu percurso, sobre a promoção de cuidados seguros à criança em situação crítica.

1.2. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA

A segurança do doente é um conceito influenciado por um conjunto de determinantes, que o tornam, em si mesmo, complexo e pragmático. A complexidade das organizações de saúde e o carácter multifactorial das situações que se encontram subjacentes às falhas de segurança e à ocorrência de erros, contribuem para essa complexidade.

Das diversas definições que podem ser encontradas na literatura, de organizações internacionais e nacionais que abordam esta temática, destaco a do Institute of Medicine (IOM) (citado pela Agency for Healthcare Research and Quality, 2008), segundo o qual a segurança do doente é definida, de forma clara e objetiva, como a prevenção de danos aos doentes. Este conceito enfatiza o sistema de prestação de cuidados como ponto fulcral na prevenção do erro, na aprendizagem decorrente da ocorrência de erros, estando assente numa cultura de segurança que envolve os profissionais de saúde, organizações e doentes.

A publicação do artigo *“To err is human: building a safer health system”*, em 1999 pelo IOM em colaboração com Committee on Quality of Health Care in America, constituiu o ponto de partida ao desenvolvimento de políticas de saúde, com o intuito de garantir, a segurança do doente durante a prestação de cuidados de saúde, revelando que 100 doentes nos EUA morriam diariamente, devido a danos decorrentes da prestação de cuidados e não da sua doença. Em 2005, surge o World Alliance For Patient Safety desenvolvido pela WHO, estabelecendo um conjunto de normas orientadoras relativas à segurança dos doentes. Nesse mesmo ano, a JCI, em colaboração com a WHO, estabelecerem um conjunto de metas internacionais de segurança do doente (Donaldson et al., 2021).

Esta crescente preocupação pelo desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde tem-se verificado igualmente a nível nacional, constituindo-se como uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Nesse sentido, é criado, em 2015, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, propondo-se a melhorar a prestação em todos os níveis de cuidados de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde, definindo nove objetivos estratégicos, dos quais se pode destacar o aumentar a segurança na utilização da medicação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015), tendo sido atualizado e elaborado em 2021, o PNSD 2021-2026. Este último, estruturado em cinco pilares e 14

objetivos estratégicos, tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, tendo por base os princípios que suportam a área da segurança do doente, nomeadamente, a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes de cuidados cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A abordagem à criança em situação crítica, e fundamentalmente, a prestação de cuidados de enfermagem PSC em idade pediátrica é um desafio para os enfermeiros, caracterizando-se por momentos particularmente stressantes, o que por si só pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos no decorrer dos cuidados e comprometer a segurança da criança, verificando-se uma preocupação cada vez maior pela segurança da pessoa, em idade pediátrica.

A prestação de cuidados em situações de urgência/emergência, pode ser comprometida, no que concerne a questões de segurança da criança, devido não só a fatores do próprio meio e ambiente de prestação de cuidados, mas também devido a fatores humanos. O SUP, pelo fluxo elevado de doentes e conseqüentemente elevados níveis de incerteza diagnóstica e conhecimento limitado dos antecedentes pessoais e elevada pressão de diagnóstico e tratamento, as frequentes interrupções dos cuidados, múltiplos momentos de transição dos cuidados e a existência de barreiras ao estabelecimento de uma comunicação eficaz, tornam a prestação de cuidados seguros à criança gravemente doente ainda mais desafiador (Joseph et al., 2022). Nos SMIPed, a aplicação de ferramentas e metodologias de gestão do risco clínico, introduziu mudanças nestes contextos de cuidados, reduzindo a ocorrência de erros médicos e eventos adversos, diminuindo o impacto destes a nível clínico, organizacional e económico, e contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados, verificando-se, no entanto, ainda a ocorrência de eventos adversos relacionados com erros de medicação, correspondendo a cerca de 32,7% dos eventos adversos ocorridos neste contexto de cuidados (Harada et al., 2012; Nicolì et al., 2022).

A ocorrência de eventos adversos afeta um terço das crianças hospitalizadas e um número desconhecido, em ambiente de ambulatório (Donaldson et al., 2021; Mueller et al., 2019). Os eventos adversos que ocorrem com maior frequência estão relacionados a infeções adquiridas no hospital, complicações associadas a cateterização venosa, complicações cirúrgicas, e erros de terapêutica (Donaldson et al., 2021).

Efetivamente, alguns estudos revelam que, em dois hospitais pediátricos, em 1120 admissões hospitalares ocorreram 616 erros de terapêutica, cerca de 5,7%. A segurança da medicação, área de maior prioridade para a WHO, através da campanha *Medication Without Harm*, revela-se ainda mais desafiante na área da pediatria, tendo em consideração o desenvolvimento infantil, demografia, a dependência dos pais e/ou outras pessoas significativas e a diversa epidemiologia das condições médicas associadas à criança em situação crítica (Donaldson et al., 2021).

Erro terapêutico pode ser definido como qualquer evento evitável decorrente da prescrição, transcrição, distribuição, administração, ou monitorização, de determinado fármaco, independentemente se resulta em dano ou potencial dano, podendo advir de erro humano ou defeitos de sistemas. Verifica-se que os erros terapêuticos mais frequentes em pediatria estão relacionados com o uso de fármacos formulados para adultos e a consequente necessidade de alterar as doses originais (D'Errico et al., 2022). A necessidade de administrar doses muito fracionadas, aumentando o tempo de trabalho de enfermagem, bem como a manipulação excessiva das soluções comprometendo a qualidade do fármaco quanto à sua estabilidade e possibilidade de contaminação, contribuem para o aumento da possibilidade de erro terapêutico (Harada et al., 2012). Por outro lado, as próprias características anatómicas e fisiológicas das crianças podem aumentar a predisposição para a ocorrência de erros e danos, uma vez que, por exemplo, as dosagens dos medicamentos são calculadas em função do peso da criança, verificando-se uma variação significativa no tamanho e peso das mesmas, também influenciado pelo aumento do número de crianças com doenças crônicas e taxas de obesidade, pelo que os parâmetros físicos das crianças também estão a mudar, aumentando, assim, a predisposição para o erro médico (Nicolì et al., 2022). Estas diferenças verificadas nas diferentes faixas etárias em pediatria contribuem, igualmente, para a ocorrência de erro terapêutico, nomeadamente o erro da dose, pela complexidade dos cálculos realizados da dosagem de fármaco a administrar, uma vez que devem ter em consideração a idade, o peso, estatura e condições clínicas da criança, e que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção do fármaco diferem nos recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos (Harada et al., 2012).

Destacam-se também outros fatores que poderão contribuir para a ocorrência do erro terapêutico e que estão relacionados com a carga de trabalho, nomeadamente, fadiga,

distração, interrupções frequentes durante a preparação da medicação e elevada afluência de pessoas e doentes nos contextos de urgência; com a preparação dos profissionais, nomeadamente, falta de conhecimento em relação a farmacologia, inexperiência e treino insuficiente; e com a comunicação, nomeadamente, comunicação não eficaz, falta de informação e/ou documentação, passagem de informação sobre os doentes ineficaz e existência de barreiras à comunicação (Beatriz et al., 2023; D'Errico et al., 2022; Harada et al., 2012). Outros estudos apontam a inexistência de protocolos ou guidelines de preparação e administração em pediatria como um fator que predispõe à ocorrência de erro terapêutico (D'Errico et al., 2022).

Promover uma cultura de segurança e consciencialização sobre erros terapêuticos, através da melhoria das práticas na administração de medicação, com a criação de estratégias sistematizadas e padronizadas, a nível individual e de grupo, é imperativo e da responsabilidade das organizações de saúde. Observou-se uma redução da ocorrência de erros terapêuticos após a introdução de formação contínua e regular sobre administração segura de medicação bem como de treino adequado de enfermeiros recém-licenciados (D'Errico et al., 2022).

Diversos autores sugerem um conjunto de princípios de segurança do doente em idade pediátrica, através da implementação de estratégias preventivas no campo informático, administrativo, bem como através de relatórios e pesquisas científicas. Recomendam, deste modo, a promoção do uso correto do medicamento em pediatria bem como a sensibilização dos pais e profissionais de saúde sobre os possíveis riscos decorrentes da administração, a crianças, de medicamentos autorizados para uso adulto; sensibilização sobre a variação de desenvolvimento da criança, nas várias faixas etárias, bem como sobre a absorção dos fármacos nas diferentes faixas etárias da criança; enfatizar a importância da notificação da ocorrência de eventos adversos e de erros terapêuticos; implementar práticas seguras de medicação com base em evidência e recomendações científicas; conduzir pesquisas de análises de incidentes em pediatria e identificar estratégias de intervenção; implementação de sistemas de distribuição de doses unitárias; implementação de tecnologias para cálculo de dosagem de medicamentos, através de sistemas informatizados de confirmação de cálculo da dosagem; padronização de escalas e sistemas de mensuração da criança (D'Errico et al., 2022; Harada et al., 2012). De igual modo, a formação e treinos simulados, regulares, confirmam-se como

uma ferramenta indispensável e necessária à introdução de mudanças e à criação de uma cultura de segurança, em todos os profissionais de saúde envolvidos. O fortalecimento de habilidades e competências promove a sensibilização dos profissionais sobre a qualidade e segurança dos cuidados em contexto de pediatria.

Considero, deste modo, que a minha escolha, em adquirir e desenvolver competências no cuidado especializada à PSC, ao longo do ciclo vital, com particular enfoque, na criança em situação crítica, revelou ser pertinente, não só pelos dados anteriormente referidos, nestes subcapítulos de enquadramento teórico, mas também pelo interesse pessoal e pela relevância e importância que considero ser para o meu contexto profissional. Trabalhar em ambiente pré-hospitalar exige determinadas competências e habilidades, além de um amplo conhecimento teórico ao enfermeiro a exercer funções nesta área especializada de cuidados, o que se traduzirá em cuidados de enfermagem de qualidade e seguros.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, AO LONGO DO CICLO VITAL

O desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem é amplamente influenciado pelos contextos de aprendizagem clínica, os EC, uma vez que estes, adequadamente planejados e organizados, proporcionam excelentes oportunidades de aprendizagem e formação, essenciais ao percurso e ao projeto de valorização profissional, delineado e definido por cada um, de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes (Immonen et al., 2019). Tal como refere Benner (2001), os contextos clínicos são locais privilegiados para a convergência dos conhecimentos teóricos, anteriormente adquiridos ao longo do processo formativo, com as práticas realizadas, contribuindo, deste modo, para importantes aprendizagens experienciais. Deste modo, é no agir em situação que se desenvolvem competências, sendo os EC contextos de excelência para a construção de uma identidade profissional, através da aquisição de habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores (Silva & Silva, 2016).

De igual modo, o processo crítico-reflexivo sobre o percurso profissional, associado à aprendizagem experiencial e à prática clínica desenvolvida, em contexto de EC, assume particular importância enquanto estratégia de ensino e aprendizagem, fomentando, deste modo, a aquisição e o desenvolvimento de competências essenciais à tomada de decisão de enfermagem, num exercício profissional autónomo, à luz dos modelos e pressupostos que sustentam a profissão, recorrendo ao julgamento e pensamento crítico, bem como ao processo de enfermagem, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Peixoto & Peixoto, 2016).

Assim, a realização dos EC permitiu a aplicação e mobilização dos conhecimentos, anteriormente adquiridos, não só decorrente do ciclo de estudos anterior, mas também decorrente da componente teórica do curso de MEMC e da própria experiência profissional, visando o desenvolvimento de competências e permitindo concretizar, na prática, o meu projeto pessoal e percurso desenvolvido nesse sentido e alcançar uma prática de cuidados especializado de enfermagem à PSC, ao longo do seu ciclo vital.

Deste modo, neste capítulo, irei, inicialmente, realizar uma caracterização dos contextos de EC, onde realizei estágio e, posteriormente, demonstrar o meu percurso e processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, realizando uma análise crítico-reflexiva e estabelecendo um paralelismo refletido entre as competências adquiridas e desenvolvidas e as atividades implementadas no âmbito de cada EC, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE e o Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do EEEMC, na Área de Enfermagem à PSC, bem como o REPE e o CD do Enfermeiro.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

Tendo como objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, a escolha dos contextos de prática clínica foi realizada tendo por base o Plano de Estudos do Curso de MEMC. Simultaneamente, a escolha dos locais de estágio foi realizada tendo em consideração as oportunidades de aprendizagem oferecidas, no sentido de desenvolver as competências especializadas pretendidas, na área do doente crítico. Especificamente, o facto do EC I e EC II serem realizados no hospital de referência da área de atuação do meu exercício profissional, em ambiente extra-hospitalar, revelou-se pertinente e uma mais-valia, no âmbito do contexto da minha prática de cuidados, permitindo-me conhecer a estrutura física e a dinâmica orgânico-funcional do centro hospitalar, no sentido de compreender a continuidade de cuidados do doente crítico, desde o pré-hospitalar até à sua admissão no serviço de urgência (SU) e, posteriormente, na UCI. A escolha dos locais do estágio de opção, teve em consideração o facto de ser um centro hospitalar de referência na zona norte do país, e o interesse pessoal pela área de pediatria.

Nesse sentido, realizei o EC I – Urgência Polivalente, no SUMC de um Centro Hospitalar do norte do país.

O EC II - Cuidados Intensivos Polivalente, foi realizado no SMIP de um Centro Hospitalar do norte do país.

No âmbito da UC Estágio com Relatório, foram realizados dois EC, nomeadamente o Módulo 1 e o Módulo 2. O Módulo 1, que corresponde ao EC III – Cuidados Intensivos, foi realizado no SMIP de um Centro Hospitalar do norte do país. O

Módulo 2, EC – Opção Clínica, decorreu em dois momentos. Deste modo, EC - Opção Clínica, foi realizado num Centro Hospitalar da zona norte do país, sendo o primeiro momento realizado no SUP, e o segundo momento realizado no SMIPed.

Seguidamente, irei caracterizar e contextualizar cada um dos contextos de EC.

O SU, onde realizei o EC I – Urgência Polivalente, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, é um SUMC, ou seja, um SU nível 2, que funciona em rede, como apoio diferenciado aos serviços de urgência básico, e referenciando para o SU Polivalente, situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou do apoio de especialidades médicas que não existem no SMUC, de acordo com o definido nas respetivas redes de referenciação. Presta, assim, cuidados de saúde a uma população com cerca de 330.000 habitantes, dando apoio a três serviços de urgência básicos, tendo três centros hospitalares de referência, em caso de necessidade de cuidados mais diferenciados, consoante as especialidades médicas ou cirúrgicas disponíveis, como neurocirurgia, ou por exemplo, para referenciação de uma Via Verde (VV) Coronária para uma destas instituições hospitalares com capacidade de intervenção percutânea primária permanente (Despacho n.º 10319/2014, 2014). O SUP e a urgência de obstetrícia/ginecologia são fisicamente separadas do SUMC, com uma gestão, organização e equipa de enfermagem independentes.

Relativamente às valências médicas que dispõe, o SMUC, além das preconizadas, segundo o Despacho n.º 10319/2014 (2014), nomeadamente, medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório em permanência, imagiologia, assegura também, em permanência, radiologia convencional, ecografia simples, tomografia axial computadorizada (TAC) e patologia clínica, contando ainda com o apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia e medicina intensiva. No que se refere às VV implementadas no SUMC, correspondem à VV Coronária, VV AVC (acidente vascular cerebral), VV Trauma e VV Sépsis, tal como o preconiza o Despacho supracitado.

No que se refere à estrutura física e organização do SMUC, e indo ao encontro das orientações emanadas no Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU) (2012), este possui seis áreas funcionais, nomeadamente, gabinete de triagem, sendo o sistema de triagem utilizado a Triagem de Manchester, e o enfermeiro da triagem, em caso de ativação da VV Coronária pode

solicitar a realização de eletrocardiograma (ECG) 12 derivações, bem como a realização de radiografia perante uma situação de monotrauma; sala de emergência (SE), constituída por duas unidades, com possibilidade de separação das mesmas por cortina, e equipado com carro de emergência, monitor desfibrilhador, material de apoio à via aérea, três ventiladores sendo um para transporte inter-hospitalar, dois monitores de sinais vitais incluindo monitores para transporte inter-hospitalar, terapêutica, material de trauma, malas de transporte inter-hospitalar. Apesar da urgência de pediatria ser fisicamente separada do SUMC e a gestão e equipa de enfermagem serem independentes, a abordagem avançada da criança gravemente doente, traumatizada ou em PCR, é realizada na SE da urgência de adultos, existindo, desse modo, carro de apoio pediátrico, organizado segundo a fita de Broselow. O SUMC engloba também uma área de Pequena-Cirurgia, que inclui um gabinete de cirurgia e um de ortopedia; uma Unidade de Decisão Clínica, constituída por 12 camas, que possibilita a monitorização de sinais vitais, e dois quartos fechados, que permitem a manutenção de isolamento de contato, em caso de necessidade, sendo esta área funcional o local preferencial para onde são encaminhados os doentes triados com prioridade laranja, ou seja, muito urgentes, com dor torácica ou dor abdominal, ou VV AVC, Coronária e Sepsis, em que é necessária uma monitorização e vigilância mais apertada dos doentes, dada a gravidade e a possibilidade de descompensação. As restantes áreas funcionais do SU incluem uma Sala de Observação e Diagnóstico, que permite o internamento de 13 doentes com prioridade urgente com equipamento de monitorização; uma Área Médica Amarela, constituída por uma sala ampla, para onde são encaminhados os doentes com prioridade urgente, em maca ou cadeira de rodas, com equipamento de monitorização; e ainda Gabinetes Urgentes, constituídos por gabinetes médicos e de enfermagem, onde são atendidos os doentes pouco urgentes e não urgentes.

Relativamente aos recursos humanos, o SMUC, possui equipa de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros profissionais de saúde, tal como as orientações do CRRNEU (2012). A equipa de enfermagem encontra-se distribuída por cinco equipas, sendo o rácio de enfermeiro por turno de cerca de 10 a 13 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas. Em cada turno existe um elemento como responsável de turno, habitualmente, EEEMC, de acordo com o preconizado pela OE, no Parecer Conjunto n.º 01/2017 (OE, 2017b). Segundo este

Parecer, o EE é o elemento mais qualificado e com competências para a área de gestão associadas a esta função. O responsável de turno não deverá estar na prestação direta de cuidados, assumindo, deste modo, a responsabilidade da gestão de cuidados, dos recursos humanos e materiais, bem como da promoção de um bom ambiente de trabalho, dando apoio e colaborando na prestação de cuidados nas diversas áreas funcionais. Um dos elementos de enfermagem alocados à Unidade de Decisão Clínica é também responsável pela SE, existindo o cuidado para que esse elemento seja EEEMC, na área da PSC, tal como o preconizado pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019). Alguns elementos da equipa de enfermagem, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), integram a equipa de reanimação intra-hospitalar, designada Linha Vida.

A equipa de enfermagem, na sua globalidade, apresenta elementos especialistas nas mais diversas áreas, nomeadamente, médico-cirúrgica, reabilitação, e saúde mental e psiquiátrica. Neste momento, encontram-se, igualmente, elementos a frequentar o MEMC, na área da PSC. Tendo sempre em consideração que a dotação adequada de enfermeiros num serviço, bem como o nível de qualificação e competências dos mesmos, constituem pedras basilares nos índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, pude verificar que o número de especialistas no SUMC, e particularmente de EEMC na área da PSC, se encontra ainda muito abaixo das necessidades deste serviço (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Este nível de SU dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em gestão integrada com o INEM, que participa na prestação de cuidados ao doente crítico no SUMC e colabora no seu transporte (CRRNEU, 2012).

Relativamente à metodologia de trabalho adotada no SUMC, é o método de trabalho individual, sendo, contudo, promovido o trabalho em equipa e interagida.

O EC II – Cuidados Intensivos Polivalente, decorreu no SMIP de um Centro Hospitalar da zona norte do país. De acordo com a DGS (2003b), que se baseou na classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, o SMIP, onde realizei estágio, corresponde a um serviço de medicina intensiva com camas nível II e nível III, uma vez que se caracteriza pela capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, seja suporte farmacológico ou apoio de dispositivos médicos, como suporte hemodinâmico, ou técnica de substituição da função renal, ao doente crítico com falência de apenas um órgão vital, com risco de vida, que não requer ventilação mecânica

invasiva, constituindo-se como unidade nível II. A sua qualificação enquanto unidade nível III ocorre pelo facto de possuir equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas, bem como assistência médica qualificada por um intensivista em permanência física nas 24 horas; este nível pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico, e terapêutico necessários, à PSC que, neste nível de cuidados se caracteriza por falência aguda de dois ou mais órgãos vitais, com risco de vida imediato e a necessitar de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017). Estes dois níveis de cuidados encontram-se, assim, integrados na mesma unidade, divididos em duas alas distintas, com ligação entre si, cumprindo as *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos* (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2013), tendo capacidade para 20 doentes. Das 20 camas disponíveis, 2 correspondem a quartos de isolamento, um em cada ala de internamento, nível II e nível III, permitindo deste modo, o internamento da PSC com doença infetocontagiosa, seja por contato, gotículas ou via aérea. Os quartos de isolamento possibilitam pressão positiva ou negativa.

O SMIP está estruturado em modo *open space*, em ambas as alas, e para os dois níveis de cuidados, o que possibilita o contato visual direto com os doentes, permitindo, deste modo, uma vigilância permanente e ininterrupta (ACSS, 2013). Em cada balcão, de cada uma das alas, existe uma central de monitorização, permitindo, desta forma, o controlo hemodinâmico dos doentes, de forma contínua. Existem áreas de apoio, nomeadamente, gabinetes médicos e enfermagem, sala de reuniões, armazém de material e equipamento, rouparia, vestiários, zona de limpos e de sujos.

A unidade do doente é constituída por uma cama elétrica, elevatória e tripartida, permitindo diferentes posicionamentos, com colchão de pressão alterna, existindo uma estrutura pendente e móvel à esquerda, com equipamento necessário para a perfusão e manutenção de terapêutica e de outro tipo de equipamento e material necessário à prestação de cuidados do doente crítico, e uma estrutura pendente e móvel à direita, com o ventilador, fonte de oxigénio e ar comprimido, sistema de aspiração, insuflador manual e monitor.

Os doentes no SMIP estão continuamente monitorizados com ECG de 5 derivações, FC, oximetria de pulso, e PA, invasiva ou não invasiva. Existe também a possibilidade de monitorização de outros parâmetros hemodinâmicos, nomeadamente,

pressão venosa central, ECG de 12 derivações, Índice Bispectral (BIS), Pulse Contour Cardiac Output (PICCO), pressão intra-abdominal e temperatura esofágica.

O SMIP possui ainda, como equipamento específico, duas máquinas de gasimetria, dois ecógrafos, broncofibroscópio flexível, duas máquinas para realização de técnica de substituição renal contínua, dois carros de emergência e dois monitores desbrilhadores.

No que diz respeito à equipa multidisciplinar, o SMIP é constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente administrativo, integrando adicionalmente, um fisioterapeuta. Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por 35 elementos, sendo 6 elementos por turno, assumindo um desses elementos as funções de responsável de turno. Durante a semana, nos turnos da manhã, integra a equipa um EE em reabilitação. Existem, igualmente, elementos da equipa de enfermagem, com formação em SAV, que integram a equipa de reanimação intra-hospitalar. O responsável de turno tem como funções coordenar a equipa, elaborar o plano de trabalho diário, controlar a administração e registo de medicação estupefaciente, bem como realizar os testes diários de funcionamento dos monitores desfibrilhadores e a verificação dos carros de emergência. A dotação mínima de enfermeiros por turno é de 6 elementos, sendo o rácio enfermeiro/doente, 1 enfermeiro para 2 doentes, procurando preconizar-se o emanado pela OE relativamente ao cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A equipa de enfermagem é constituída por elementos com EEMC, bem como de reabilitação e saúde comunitária, existindo, neste momento, também elementos a frequentar o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área da PSC.

O método de trabalho de enfermagem é o individual. No entanto, todos os enfermeiros conhecem todos os doentes, uma vez que a passagem de turno é realizada em conjunto, com todos os enfermeiros do turno.

No âmbito da UC Estágio com Relatório, o Módulo 1, correspondente ao EC III – Cuidados Intensivos, foi realizado no mesmo serviço onde estava a ser realizado o EC II – Cuidados Intensivos Polivalente. A escolha pela permanência no mesmo campo de estágio foi feita no sentido de dar continuidade ao processo de desenvolvimento das competências especializadas pretendidas, no contexto específico de cuidados intensivos, iniciado no EC II – Cuidados Intensivos Polivalente. Pelas oportunidades de

aprendizagem oferecidas, e tendo considerado o EC II, limitador em termos temporais, para um desenvolvimento em pleno das competências especializadas, fez-me sentido continuar esse percurso no mesmo serviço, de modo a aprofundar as competências comuns e especializadas do EEEMC, na área da PSC.

Relativamente ao Módulo II, que corresponde ao EC – Opção Clínica da UC Estágio com Relatório, foi realizado, tal como referi anteriormente, em dois momentos e dois contextos clínicos diferentes. No entanto, os dois serviços integram a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, uma estrutura intermédia de gestão de produção clínica, à qual compete assegurar a coordenação global da atividade clínica e administrativa dos 10 serviços que a constituem, tais como cardiologia e cirurgia pediátrica, ginecologia, obstetrícia, neonatologia e oncologia pediátrica.

Assim, num primeiro momento, realizei estágio no SUP, que tem como missão tratar, com qualidade e eficiência, todas as crianças e adolescentes, com idade inferior a 18 anos, com doença aguda, tendo como objetivo garantir os melhores cuidados à criança e ao adolescente, em situação de doença aguda urgente ou emergente, com um serviço diferenciado e sustentado numa rede com diferentes níveis de cuidados. De acordo com CRRNEU (2012), corresponde a um SUP Polivalente, ou seja, um serviço com características próprias que lhe permite ser considerado como atendimento de última instância para crianças em situação de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas. Abrange, deste modo, o atendimento, em urgências pediátricas, a todas os utentes com 17 anos e 364 dias de vida. Dispõe, localmente, de todos os recursos mínimos definidos para um SU Polivalente, nomeadamente, valência de Imagiologia, com Angiografia e Digital e Ressonância Magnética, Patologia Clínica com Toxicologia, Cirurgia Vascular, Pneumologia, VV, bem como Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, e Gastreenterologia. Possui, igualmente, todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), apoio da especialidade de Neurocirurgia, bem como disponibilidade local e permanente de Cirurgia Pediátrica e SMIPed. Paralelamente, dispõe de apoio local, de Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria. Tal como o recomendado pela CRRNEU (2012), o SUP dispõe de todos os equipamentos específicos da idade pediátrica, essenciais à abordagem à criança em situação crítica, vítima de doença ou trauma grave, ou em PCR.

O SUP possui como áreas funcionais, dois gabinetes de triagem; duas salas de espera, para onde são encaminhadas as crianças, mediante a prioridade atribuída na triagem e a especialidade médica, para serem observados; 7 gabinetes de observação médica; um gabinete de pequena-cirurgia; um gabinete de observação médica da especialidade de ortopedia; um gabinete de enfermagem, onde são realizados procedimentos de enfermagem, tais como colheita de análises ou administração de terapêutica; e uma sala de observação, constituída por 10 camas de internamento de curta duração, incluindo um quarto de isolamento, sendo que esta área funcional também se engloba a área laranja, permitindo o internamento de 4 crianças com prioridade urgente, que necessitem de monitorização contínua.

No que diz respeito aos recursos humanos, o SUP, possui em presença física permanente um pediatra com experiência em urgência, existindo elementos médicos e de enfermagem com formação em SAVP. A equipa de enfermagem tem um rácio de distribuição, por turno, de cerca de 7 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas. Em cada turno existe um elemento a desempenhar funções de chefe de equipa, o qual não tem um posto de trabalho atribuído, servindo de apoio na gestão, não só dos cuidados, mas também dos recursos humanos e materiais, e na promoção de um bom ambiente de trabalho, dando apoio e colaborando na prestação de cuidados nas diversas áreas funcionais. O chefe de equipa bem como dois elementos, preferencialmente com maior experiência profissional e/ou detentores de especialidade, são também responsáveis pela SE, em cada turno. A equipa de enfermagem apresenta diversos elementos especialistas, encontrando-se igualmente elementos a frequentar o Mestrado. Tendo sempre em consideração que a dotação adequada de enfermeiros num serviço, bem como o nível de qualificação e competências dos mesmos, constituem pedras basilares nos índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, pude verificar que o número de especialistas no SUP, e com formação em SAVP e formação avançada em trauma pediátrico, se encontra ainda muito abaixo das necessidades deste serviço (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O SMIPed, contexto de estágio onde realizei o segundo momento de EC – Opção Clínica, apresenta como missão tratar e prestar cuidados altamente qualificados a crianças e adolescentes gravemente doentes, podendo a medicina intensiva pediátrica ser, então, definida como uma área da Pediatria destinada à assistência multidisciplinar.

Relativamente à sua estrutura física e organizacional, o SMIPed é constituído por 7 camas de cuidados intensivos, 5 das quais são em modo *open space*, 2 camas em quartos de isolamento individual e com possibilidade de pressurização positiva ou negativa, e uma cama em quarto individual não pressurizado. É assim considerada uma unidade nível III, ou seja, com assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, com quadro próprio de médicos e enfermeiros, e com acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutico necessários. Como tal, tem um movimento anual de cerca de 200 utentes e pelo menos 50 doentes ventilados, e com apoio permanente de determinadas especialidades, como anestesiologia e cirurgia pediátrica, entre outras, e com acessibilidade rápida a outras especialidades, como cardiologia pediátrica ou cirurgia cardiotorácica. O SMIP integra igualmente 3 camas de cuidados intermédios, em modo *open space*, constituindo-se também, assim, como unidade nível I, visando a monitorização, habitualmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver falência de um ou mais órgãos, o que pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior (Ordem dos Médicos, 2022). Adicionalmente existem áreas de apoio, como gabinetes médicos, sala de trabalho médico, sala dos pais, armazém de material clínico e armazém de equipamentos.

As crianças internadas no SMIPed estão continuamente monitorizadas com ECG de 5 derivações, FC, oximetria de pulso, e PA invasiva ou não invasiva. Existe também a possibilidade de monitorização de outros parâmetros hemodinâmicos, nomeadamente, pressão venosa central, ECG de 12 derivações, BIS, oximetria regional cerebral, monitorização invasiva da pressão intracraniana e da perfusão cerebral. O SMIPed possui ainda, como equipamento específico, máquina de gasimetria, ecógrafo e ecocardiograma, sistema de terapêutica de substituição renal contínua, carro de emergência com desfibrilhador e pacemaker externo e ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) pediátrica.

No que diz respeito à equipa multidisciplinar, o SMIPed é constituído por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, integrando adicionalmente, fisioterapeutas. A dotação mínima de enfermeiros por turno é de 5 elementos, sendo o rácio enfermeiro/doente, 1 enfermeiro para 2 doentes, tal como o definido para as unidades de cuidados intensivos pediátricas a nível nacional (Ordem dos Médicos, 2022),

verificando-se, no caso das camas de cuidados intermédios, 1 enfermeiro para 3 doentes. Em caso de existir crianças em ECMO, tal como se verificou no decorrer do meu EC, o rácio estabelecido é de um enfermeiro para um doente, tendo em conta a complexidade e exigência dos procedimentos técnicos associados e o tempo despendido e necessário na prestação de cuidados a esses mesmos doentes. A equipa de enfermagem é constituída por elementos com a especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como de reabilitação, existindo, neste momento, também elementos a frequentar o mestrado em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, verificando-se a existência de pelo menos dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em permanência nas 24 horas, tal como o recomendado pela OE (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A escolha dos diversos contextos de estágio onde decorreram os EC, traduziu-se numa mais-valia no meu processo de formação e aprendizagem, potenciando a aquisição e desenvolvimento não só de competências, de natureza profissional e especializadas no cuidado à PSC, ao longo do ciclo vital, mas também competências não técnicas, pessoais e relacionais.

Nos subcapítulos seguintes irei procurar demonstrar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC, na área da PSC. Tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do EE e o das Competências Específicas do EEEMC, na área da PSC, assim como REPE e o CD do Enfermeiro, pretendo evidenciar, através da análise e reflexão crítica, e fazendo a articulação entre as competências adquiridas e as atividades, vivências e aprendizagens decorrentes, não só da parte teórica do curso de MEMC, mas também da componente prática, todo o caminho percorrido, visando uma prática de cuidados de enfermagem especializados à PSC, ao longo do ciclo vital.

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro, enquanto especialista, é detentor de um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhe conferem perícia na prestação de cuidados de enfermagem especializados, numa determinada área de enfermagem específica (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Esse conjunto de competências deve integrar um corpo de competências específicas numa determinada área de especialização, mas

também deve englobar um perfil de competências comuns a todas as áreas de especialidade em enfermagem. Estas competências comuns devem, assim, ser do domínio de todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, e devem evidenciar elevada proficiência na conceção, gestão e supervisão dos cuidados especializados bem como potenciar a formação, investigação e assessoria, contribuindo para uma melhoria contínua do exercício profissional de enfermagem.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências comuns do EE estão agrupadas em quatro domínios, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências do domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, pretende-se que o EE demonstre uma prática profissional, ética e legal, na sua área da especialidade, sustentada nas normas legais, princípios éticos e no CD. De igual modo, deve garantir a prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/, 2019). O enfermeiro, deve, assim, exercer a sua profissão, sustentada no REPE e no CD do Enfermeiro, que estão contemplados na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e orientada por uma conduta ética e deontológica, de modo a cumprir as normas e as leis que regem a profissão e ser responsável pelos seus atos e tomadas de decisão, visando o respeito pelos direitos e interesses dos alvos dos cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem em ambiente crítico, exige uma atuação rápida e imediata, altamente qualificada e segura, devendo os enfermeiros estar conscientes do impacto das suas intervenções especializadas, na sobrevivência, recuperação e qualidade de vida da PSC. Deste modo, a preocupação e o foco dos enfermeiros, perante uma situação crítica, encontra-se, na maioria das vezes, direcionado na implementação de protocolos terapêuticos, correção de desequilíbrios homeostáticos, na estabilização hemodinâmica e no controlo da ventilação, correção de desequilíbrios eletrolíticos e de alterações metabólicas e controlo da dor. Conseguir identificar os problemas e dilemas éticos decorrentes da prática diária de cuidados de enfermagem, de modo a garantir uma prática clínica que respeite os direitos humanos, como o direito à informação ou ao consentimento informado, e tendo em consideração as responsabilidades profissionais, pode revelar-se complicado, dada à complexidade de

cuidados prestados, seja em contexto de urgência/emergência ou de cuidados intensivos, em que a tomada de decisão deve ser rápida e os cuidados prestados de forma imediata (Nunes, 2015).

A resolução de problemas complexos e dilemas, decorrentes da prática clínica, em contextos onde diariamente é necessário tomar decisões no âmbito da incerteza, exige que o enfermeiro seja capaz de mobilizar não só os conhecimentos adquiridos, que respeitem os aspetos éticos e morais, os direitos humanos e o próprio regulamento do exercício profissional, mas também as suas experiências vivenciadas, refletindo sobre os mesmos, articulando com a sua capacidade de reflexão e pensamento crítico. De acordo com Benner (2001), a experiência profissional influencia o processo de tomada de decisão, sendo o enfermeiro perito o profissional que detém a capacidade de tomar decisões em resultado do seu julgamento intuitivo, que engloba o reconhecimento de padrões, de situações similares, a compreensão de determinada situação na sua globalidade e definição de prioridades, através da perícia alcançada e em resultado igualmente da combinação entre a formação, a experiência profissional e o contexto da prática de cuidados. Ao EE é exigida responsabilidade na promoção de uma prática de cuidados, que respeitem os direitos humanos, e a responsabilidade profissional, o que potencia cuidados de enfermagem de qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A tomada de decisão em enfermagem implica, assim, uma abordagem sistemática e sistémica, por parte do enfermeiro, na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, família ou comunidade, após a qual serão prescritas e posteriormente implementadas intervenções de enfermagem, tendo como objetivo evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Lourenço et al., 2022). A tomada de decisão em enfermagem, visa, deste modo, produzir resultados positivos ou ganhos em saúde, com impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, que devem ter sempre por base os princípios éticos da beneficência, não maleficência, da justiça e da autonomia, tal como vem descrito no Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015, 2015). Revela-se, deste modo, fundamental que exista uma responsabilidade profissional, ética e legal, o que pressupõe o raciocínio diagnóstico, bem como o julgamento clínico.

Desta forma, é possível verificar que o dever ético e deontológico e a responsabilidade profissional se encontram indissociáveis do agir enquanto enfermeiro,

sendo o dever profissional o conjunto de normas da profissão que se baseiam em conceitos e princípios morais, como a preocupação pelo bem-estar do outro, e direitos, espelhados no CD do Enfermeiros, com o objetivo de se definirem boas práticas (Lei n.º 156/2015, 2015). Assim, ao longo do meu percurso profissional, bem como ao longo do curso de MECM, procurei orientar a minha prática de cuidados e o meu processo de formação e aprendizagem de acordo com os princípios éticos e deontologia da profissão.

Ainda no âmbito da responsabilidade profissional, de acordo com o CD do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de adquirir conhecimentos e atualizar os mesmos, de forma contínua e permanente, através de formação de qualificação profissional. Deve, deste modo, aplicar na prática clínica, de forma competente, esses mesmos conhecimentos e tecnologias, sem negligenciar a formação permanente nas ciências humanas, respondendo assim ao dever do exercício da profissão de enfermagem com conhecimentos científicos e técnicos adequados (Lei n.º 156/2015, 2015). É através deste processo de atualização contínua que se desenvolve uma prática de enfermagem de excelência, baseada na melhor evidência científica, em que os processos de tomada de decisão respeitam e se orientam segundo princípios éticos e o CD do Enfermeiro. A decisão de ingressar o MECM, na área da PSC, e a frequência do mesmo, demonstra a minha procura pela aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos, e pelo aprofundar de outros, anteriormente adquiridos, constituindo mais um passo no meu percurso e projeto pessoal de melhoria da minha prática de cuidados de enfermagem, alicerçado com formações anteriores em áreas sensíveis ao meu contexto profissional. Ao longo do processo formativo do MEMC, no âmbito da UC Ética e Deontologia, tive oportunidade de refletir sobre diversas temáticas neste domínio, através de conteúdo teórico fornecido em sala de aula, como por exemplo, ferramentas facilitadoras do processo de tomada de decisão, nomeadamente, modelos de tomada de decisão ética, em particular o Modelo DECIDE descrito por Thompson, Melia e Boyd. Aplicando este modelo de tomada de decisão ética, realizamos um trabalho, em que foi proposta a análise reflexiva de um problema/dilema ético no âmbito de um caso prático do nosso contexto de prestação de cuidados, com vista a resolução do mesmo, tendo em consideração os princípios éticos presentes. As diversas oportunidades de aprendizagem e reflexão que foram surgindo, na parte teórica do curso, revelaram a sua pertinência no meu crescimento

pessoal e profissional enquanto futura EE, permitindo, posteriormente, a sua mobilização e aplicação nos diversos contextos de EC.

No decorrer dos EC, nos diversos contextos onde realizei estágio, foram ocorrendo situações em que tive oportunidade de participar em processos de tomada de decisão, procurando solucionar problemas complexos. Estes momentos e as situações foram, sempre que possível, discutidas em equipa, envolvendo a pessoa alvos dos cuidados, ou familiar ou pessoa significativa, nos casos em que a pessoa não se encontrava consciente, neste processo de tomada de decisão. Principalmente no decorrer do EC em contexto de urgência, vivenciei, algumas situações, em SE, em que foi necessário decidir iniciar ou não manobras de reanimação, bem como decidir sobre suspender as mesmas, principalmente em situação crítica, em que se desconhecia a situação clínica anterior da pessoa bem como a sua vontade, através do conhecimento da existência ou não de uma Diretiva Antecipada de Vontade ou Testamento Vital.

Ainda relacionado com situações de fim de vida e PCR, podem surgir questões e dilemas éticos na tomada de decisão relativamente à presença ou não de familiares durante as manobras de reanimação, principalmente em pediatria. Apesar de, em Portugal, não existir legislação nesse sentido, o INEM preconiza que, desde que seja expresso o desejo de estar presente e, desde que as condições de trabalho assim o permitam, os profissionais de saúde devem consentir a presença dos familiares, durante as manobras de reanimação. De igual modo recomenda que um dos elementos da equipa de reanimação assumam a função de ir explicando aos elementos da família sobre o que se está a passar, assegurando, assim, a segurança da equipa e a não interferência na reanimação. Particularizando à criança em situação crítica, deve também ser explicado aos pais e/ou familiares, que podem sempre tomar a decisão de sair ou permanecer durante a reanimação pediátrica, de modo a evitar sentimentos de culpa, qualquer que seja a decisão tomada (INEM & DFEM, 2020). Apesar de, no decorrer do EC – Opção Clínica, em contexto de urgência e cuidados intensivos pediátricos, não ter vivenciado nenhuma situação de PCR, tendo em conta o meu contexto e experiência profissional, em que prestei cuidados a crianças em situação crítica, em PCR, considereei pertinente refletir criticamente sobre esta temática, segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, o que irá contribuir, futuramente, para uma tomada de decisão fundamentada e sustentada em

princípios éticos e deontológicos, visando alcançar a excelência dos cuidados prestados, no sentido do bem-estar e segurança da pessoa e garantia da qualidade dos cuidados.

Em contexto de cuidados intensivos, surgiram questões éticas relativamente à tomada de decisão ética de não investir e/ou suspender medidas de suporte de vida, perante o agravamento da situação clínica da pessoa. A suspensão do tratamento ou de medidas de suporte de vida envolve um conjunto de questões éticas que devem ser consideradas. Decorrente da situação clínica, seja em consequência da progressão da doença ou da sedação utilizada, frequentemente, a pessoa alvo dos cuidados, encontra-se sem capacidade de envolvimento no processo de tomada de decisão relativamente ao tratamento e aos cuidados a instituir, ou, neste caso em particular, à retirada e suspensão do tratamento, se não existir uma Diretiva Antecipada de Vontade (Braganza et al., 2017). Segundo estes autores, o processo de tomada de decisão deve ser partilhado, envolvendo todos os intervenientes no processo de cuidado, nomeadamente, a equipa multidisciplinar e a família ou pessoas significativas, tendo sempre em consideração os princípios éticos da não maleficência, autonomia, beneficência e justiça, e de modo a assegurar o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais da pessoa e da sua família, individualizando, deste modo, o processo de tomada de decisão. É fundamental ter em consideração, na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, o direito à privacidade e confidencialidade, bem como à dignidade. Pude verificar que, em contexto de cuidados intensivos onde realizei estágio, a decisão de suspensão do tratamento ou de medidas de suporte de vida, era discutida entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, sendo posteriormente envolvida a família no processo de tomada de decisão, uma vez que nas duas situações por mim vivenciadas, os doentes se encontravam sedados. A comunicação da situação clínica do doente, bem como de todo o processo de suspensão das medidas de suporte de vida, apesar de não ter sido realizada num espaço próprio, privado e calmo, mas junto à cama do doente, procurou manter a privacidade e confidencialidade, permitindo que os familiares permanecessem no serviço após o fim do horário das visitas. Tal como recomenda Braganza et al., (2017), a família teve oportunidade de exprimir as suas dúvidas e necessidades, bem como sentimentos, que foram validados pela equipa dos cuidados intensivos e que esteve sempre presente ao longo de todo o processo. Considero que todo o processo de tomada de decisão, inerente às situações clínicas supracitadas, teve por base os princípios, valores éticos e o CD do Enfermeiros,

assumindo o EE, um papel fundamental, enquanto elemento diferenciador dotado de julgamento crítico.

Ainda no âmbito de promover os direitos humanos, e consequentemente garantir a segurança dos cuidados, procurei sempre, que possível, informar a pessoa, dos cuidados a serem prestados, obtendo também o seu consentimento informado, mas também tendo sempre em consideração, até que ponto a pessoa queria ser informada, que tipo de informação queria que fosse transmitida, e mesmo por parte de quem gostaria de ser informada. Nesse sentido, e tendo em consideração a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, ratificada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 (2001), que declara que qualquer intervenção a um doente só deverá ser prestada após o consentimento livre e esclarecido do mesmo, a minha atuação, enquanto enfermeira, no decorrer dos EC, procurou, deste modo, ir ao encontro do emanado pela Lei n.º 156/2015 (2015), segundo a qual, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa e a sua família relativamente aos cuidados de enfermagem a serem prestados, tendo sempre presente o respeito, defesa e promoção do direito da pessoa ao consentimento informado. Tal é corroborado pela Lei n.º 15/2014 (2014), segundo a qual o consentimento ou a recusa, por parte da pessoa, dos cuidados de saúde, deve ser declarado de forma livre e esclarecida, podendo o utente, a qualquer momento, anular a decisão do consentimento.

Dada a complexidade e especificidade inerente à prestação de cuidados à PSC, em contextos de urgência/emergência e mesmo em contexto de cuidados intensivos, nem sempre pode ser possível obter um consentimento informado, justificado, por exemplo, por alteração do estado de consciência da pessoa. Nestas situações assume-se o conceito de consentimento presumido, pressupondo-se o benefício para a pessoa. De acordo com a Norma 015/2015 (DGS, 2013a), deve recorrer-se ao consentimento presumido sempre que a pessoa estiver inconsciente ou não estiver legalmente representada, nas situações em que exista risco de vida e para a saúde da pessoa, sendo importante não adiar a decisão em prol de obter o consentimento escrito. Prevalecendo o princípio da beneficência, a equipa de saúde deve assumir a responsabilidade de fornecer toda a informação, sobre a situação clínica bem como sobre procedimentos e intervenções, à pessoa ou representante legal, assim que a mesma esteja com capacidade para a receber.

Em contexto de SU, de adulto, foram frequentes as situações de consentimento presumido. Destaco uma situação de uma pessoa do sexo feminino, que foi admitida na

SE, inconsciente, com história de dor abdominal, tendo sido diagnosticada uma gravidez ectópica, após a realização de MCDT. Foi imediatamente encaminhada para o bloco operatório, assumindo-se, neste caso, um consentimento presumido do procedimento cirúrgico. Relativamente aos cuidados intensivos, o consentimento presumido foi assumido em situações em que os doentes estavam inconscientes, perante a emergência de realizar um determinado procedimento ou intervenção. No caso particular do EC – Opção Clínica, tanto no contexto do SUP como do SMIPed, dada à presença dos pais de forma contínua e permanente, procedeu-se sempre ao consentimento informado, explícito para intervenções e escrito para procedimentos, como cirurgias.

Ainda no âmbito do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o EE, deve assegurar o direito à privacidade da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Considero que procurei orientar os meus cuidados de enfermagem, no decorrer dos EC, de forma a respeitar a privacidade da pessoa em ambiente crítico, o que por vezes se pode ter revelado complicado devido à sobrelotação de pessoas e macas nas áreas funcionais, em contexto de SUMC, mas através do recurso a estratégias, como colocação de biombos e cortinas, foi possível garantir a privacidade e a dignidade da PSC durante a realização de procedimentos invasivos ou prestação de cuidados de higiene, em que as pessoas estavam mais expostas. No contexto de cuidados intensivos, revelou-se mais fácil garantir a privacidade dos doentes, dada não só à menor afluência de pessoas no serviço, mas também à capacidade que o serviço dispunha de individualizar as unidades dos doentes. Tal também se verificou no SMIPed, em que apesar da presença dos pais, quase de forma contínua ao longo dos turnos, existiu sempre a preocupação, por parte dos enfermeiros, de manter a privacidade das crianças e dos próprios pais, durante a prestação de cuidados, através, por exemplo, da colocação de biombos. Esta forma de atuação vai ao encontro do regulado pela Lei n.º 156/2015, segundo a qual o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade e a privacidade da pessoa (2015).

Nos diferentes contextos de prestação de cuidados, procurei sempre atender à privacidade também da família e/ou pessoas significativas da PSC, no momento de transmissão de informação. Procurei que a mesma decorresse num local calmo e desprovido de ruídos e estímulos externos, e quando tal não foi possível, tentei adaptar, por exemplo, a unidade do doente, com colocação de biombos ou cortinas corridas, possibilitando a criação de um ambiente propício à transmissão de informação e

esclarecimento de dúvidas e questões. Apesar da colocação dos biombo, esta foi uma dificuldade sentida neste âmbito, uma vez que, por exemplo, a estrutura física do SMIP em modo *open space*, faz com que as unidades de cada criança sejam muito próximas umas das outras.

Ao abordar a privacidade emerge também a necessidade de fazer referência à confidencialidade e à segurança da informação escrita e oral, devendo o EE evidenciar competência na gestão de situações potencialmente comprometedoras, decorrentes da partilha de informação clínica (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Pude constatar que no SUMC, nem sempre foi possível realizar uma passagem de turno num local mais privado, e calmo, dada a afluência de pessoas alheias aos cuidados, nas áreas funcionais bem como nos espaços adjacentes. Procurou-se, por vezes, adequar o tom de voz, e em determinadas áreas funcionais, a partilha de informação oral era complementada com informação escrita, disponível num documento no computador de serviço, ao qual só tinham acesso os intervenientes na prestação de cuidados, visando garantir a confidencialidade e privacidade da PSC. No SMIP, a passagem de turno era realizada em dois momentos. Num primeiro momento, junto à unidade da PSC e posteriormente, numa zona comum às duas alas do serviço, e mais afastada das unidades dos doentes, o que aliado à preocupação em adequar o tom de voz e o discurso, permitia manter a confidencialidade da informação partilhada nos momentos de passagem de turno. No SMIPed, nos momentos de passagem de turno era sempre solicitado aos pais presentes que se ausentassem durante aquele momento, ficando apenas os profissionais de saúde. Assim, no decorrer dos EC, procurei partilhar informação clínica pertinente, apenas com os profissionais diretamente relacionados com os cuidados a serem prestados à pessoa, tal como refere o CD do Enfermeiro, que sustenta o direito à confidencialidade. O bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos, devem estar salvaguardados e servir como critérios orientadores da partilha de informação (Lei n.º 156/2015, 2015).

Outro ponto a considerar no âmbito dos domínios das competências comuns do EE, e particularizando à Responsabilidade profissional, ética e legal, é a gestão das práticas de cuidados fomentado a segurança da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Nesse sentido, considero que orientei, ao longo dos diversos EC, a minha prestação de cuidados, no sentido de promover a segurança dos mesmos, adotando medidas, por

exemplo, como a higienização das mãos, uma vez que tal como preconiza a DGS (2019), os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos, cumprindo as normas e os protocolos instituídos em cada contexto profissional, e unidade de saúde.

Ao longo do percurso académico e formativo, e particularmente nas práticas clínicas que constituem o MEMC, considero que procurei sempre pautar os meus cuidados de enfermagem prestados, bem como os meus comportamentos e atitudes, no sentido de desenvolver uma prática profissional responsável. Sustentando o meu agir enquanto enfermeira, nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, procurei respeitar os interesses e direitos, relativamente à privacidade, segurança, confidencialidade, valores e crenças, da PSC e da sua família e/ou pessoas significativas, tendo em consideração a vontade dos mesmos. Todas as experiências vivenciadas ao longo dos EC potenciaram a reflexão crítica sobre questões éticas, de forma individual, enquanto aluna e profissional de enfermagem, mas também de forma partilhada com as equipas de enfermagem onde realizei as práticas clínicas, potenciando um processo de tomada de decisão consciente, baseado nos princípios éticos e deontológicos.

No âmbito do **domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, das Competências Comuns do EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, é esperado que o enfermeiro desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas a nível das instituições, na área da governação clínica; desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; assim como promova e garanta um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados à pessoa, família ou comunidade, promovendo, por um lado, uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e, por outro lado, assegurando a continuidade dos mesmos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A evolução que se tem verificado nos cuidados de saúde, ao longo das últimas décadas, inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico, exige que os cuidados sejam prestados com qualidade. A implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados tem sido um objetivo comum a todos os sistemas de saúde, sendo uma preocupação e assumindo-se como um compromisso por parte de instituições internacionais como a WHO, e nacionais, como o Ministério da Saúde, a DGS e a OE.

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), decorrente da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e no âmbito do PNSD 2015-2020, a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de modo a conseguir a adesão e satisfação da pessoa alvo dos cuidados. Estes devem ser, por sua vez, adequados às expectativas e necessidades da pessoa. O conceito de qualidade na saúde envolve, assim, várias dimensões, nomeadamente, a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade, bem como a sua prestação no momento mais adequado, visando a garantia da continuidade de cuidados bem como a sua eficiência e efetividade. Ainda segundo Hannawa et al. (2022), e de acordo com a definição defendida pela National Academy of Medicine dos EUA, o conceito de qualidade em saúde engloba seis pilares, designadamente, a segurança, eficácia, centralização na pessoa, eficiência, equidade e prontidão.

O atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), assenta em cinco pilares essenciais, nomeadamente, Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente; e Práticas Seguras em Ambientes Seguros, tendo como objetivos, a consolidação e a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde. A própria Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019, retratada no despacho anteriormente referido, indica que todos os cidadãos têm direito a aceder a cuidados de saúde adequados à sua condição, com prontidão e no tempo adequado, de forma digna, baseado na melhor evidência científica e de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Para que a qualidade em saúde, seja uma meta a atingir, torna-se pertinente associar o conceito de segurança do doente, estando estes intimamente relacionados. Assim, não existe qualidade em saúde se a segurança do doente não se assumir como uma preocupação fulcral na prestação de cuidados de saúde, uma vez que permite a redução de riscos e de ocorrência de erros e eventos adversos na prestação dos cuidados.

Procurando dar resposta a esta preocupação crescente nos cuidados de saúde, a OE, em 2001, desenvolveu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no sentido de orientar estratégias de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional da enfermagem, e evidenciar qual o papel desempenhado pelos enfermeiros junto dos

utentes e da comunidade nesse âmbito. Contemplam seis enunciados descritivos, nomeadamente, a Satisfação do Cliente; a Promoção da Saúde; a Prevenção de Complicações; o Bem-estar e o Autocuidado; a Readaptação Funcional; e Organização dos Serviços de Enfermagem (OE, 2001).

No que concerne à área de especialização de enfermagem à PSC, em 2015, foram desenvolvidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, pela OE, no sentido de nortear e servir de referência à prestação de cuidados de enfermagem especializados. Tal como anteriormente referido, os enunciados descritivos, referentes a este documento em particular, procuram traduzir um instrumento que ajude a clarificar o papel do EE junto dos clientes, grupos e/ou comunidade, bem como junto de outros grupos profissionais, instituições e público. No caso particular da área de especialização em enfermagem à PSC, os enunciados descritivos englobam a Satisfação do Cliente; a Promoção da Saúde; a Prevenção de Complicações; o Bem-estar e o Autocuidado; a Readaptação Funcional; a Organização dos cuidados especializados; e a Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados. Enfatiza a importância e o papel essencial desempenhado pelo EE na prestação de cuidados especializados de qualidade e seguros à PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, e especificamente, dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, respondem e guiam, deste modo, o CD do Enfermeiro, segundo o qual o mesmo deve garantir, na prestação de cuidados, a adoção de medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, bem como adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (Lei n.º 156/2015, 2015).

Procurei, neste sentido, definir o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, ao longo de todo o ciclo de estudos e particularmente na prática clínica do mesmo, tendo por base estes princípios orientadores de uma prática de cuidados especializados de qualidade e seguros na construção da minha identidade enquanto futura EE, na área da PSC.

Ao longo dos diversos EC, em diferentes contextos de prática clínica, procurei inteirar-me dos projetos de melhoria contínua em cada serviço, tendo oportunidade de discutir com os enfermeiros tutores, e outros elementos da equipa de enfermagem, a sua implementação e identificar áreas de melhoria, como necessidade de formação em áreas

específicas, como por exemplo, medidas de controlo de infeção; prevenção de quedas; prevenção de úlceras de pressão; e atualização de protocolos de cada um dos serviços, com base na melhor evidência científica atual. Nesse sentido procurei igualmente identificar se os serviços onde realizei estágio se encontravam acreditados. O programa de acreditação de unidades de saúde, da *Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucia*, adotado pela DGS, procura a excelência nos cuidados de saúde, promovendo uma cultura de melhoria contínua. Esta entidade certifica não só centros e unidades de saúde, mas também a qualificação profissional e educação contínua. Tendo por base três pilares fundamentais, nomeadamente, a gestão por processos; a gestão clínica, e a gestão por competências dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, este modelo de certificação atua em cinco áreas distintas, designadamente, o cidadão, como centro do Sistema de Saúde; a integração e continuidade dos cuidados de saúde; os profissionais; os processos de suporte; e os resultados. O processo de certificação utilizado neste modelo de acreditação, caracteriza-se por averiguar e investigar de que forma os cuidados de saúde são prestados, de acordo com os padrões definidos, visando a melhoria contínua da qualidade que a DGS pretende em Portugal, para o Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2020). Pude constatar que nenhum dos serviços onde realizei estágio se encontrava acreditado, no entanto, os serviços na área de pediatria encontravam-se em fase revisão e atualização de protocolos e procedimentos no sentido de, futuramente, serem serviços qualificados.

Relativamente a protocolos e à atualização dos mesmos, pude constatar que nos diferentes contextos de EC onde realizei estágio, existe um conjunto de protocolos, elaborados à luz da melhor evidência científica, que estão disponíveis para consulta nos manuais próprios de cada um destes serviços, bem como nas plataformas web institucionais. Alguns dos serviços onde realizei os EC, nomeadamente, o SMIP, o SUP e SMIPed encontravam-se em processo de atualização de protocolos, destacando a criação de grupos de trabalho no SUP, constituídos por enfermeiros, no âmbito de determinadas temáticas como por exemplo, a segurança da medicação, indo ao encontro do preconizado no PNSD 2021-2026. Os protocolos assumem uma importância fundamental no que concerne à qualidade e segurança dos cuidados prestados, uma vez que a sua utilização tem demonstrado uma redução significativa na ocorrência de erro e consequentemente dano à pessoa, através da uniformização de procedimentos associados

à prestação de cuidados de enfermagem (World Health Organization & OECD, 2019). Executar intervenções altamente qualificadas de forma contínua à PSC, sempre da mesma maneira, seguindo uma determinada norma e orientação, pode reduzir o risco de erro a que todos os profissionais estão sujeitos, especialmente quando a fadiga é um fator de risco e o ambiente de prestação de cuidados stressante e desafiante, tal como se verifica em contexto de urgência/emergência e cuidados intensivos. Deste modo, procurei, no decorrer dos diversos EC, conhecer os protocolos existentes, específicos de cada serviço, o que me possibilitou, posteriormente, orientar a minha prestação de cuidados segundo esses mesmos protocolos, normas e instruções de trabalho, contribuindo para uma tomada de decisão em enfermagem, fundamentada. Tive, assim oportunidade de prestar cuidados de enfermagem baseados em protocolos como o de controlo glicémico, protocolo de suporte nutricional no doente crítico, protocolo de analgesia, sedação e *delirium*, protocolo de uso de monitorização PICCO, protocolo de desmame ventilatório, protocolo de entubação endotraqueal, protocolos de inserção de cateter arterial (CA) e de cateter venoso central (CVC), bem como os protocolos de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

No decorrer dos diversos estágios, procurei igualmente orientar a minha prática clínica no sentido de garantir um ambiente seguro e terapêutico, através da colaboração e participação na organização do trabalho e manutenção da SE, por exemplo, ou da unidade da pessoa em contexto de cuidados intensivos, através da verificação do funcionamento de equipamentos e dos níveis de materiais adequados, de modo a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, através da preparação correta das várias áreas funcionais. De igual modo, e no sentido de minimizar o risco, adotei medidas e orientei a minha prestação de cuidados, tendo em consideração a prevenção de erros na administração terapêutica, a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras de pressão, e a comunicação efetiva, o que vai ao encontro dos objetivos do PNSD.

No que diz respeito à prevenção de erros na administração terapêutica, sendo um dos pilares do PNSD 2021-2026 a concretização de práticas seguras em ambientes seguros, um dos seus objetivos estratégicos é a implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde relativamente à segurança terapêutica, entre outros domínios. Nesse sentido, no decorrer dos diversos estágios, em particular em contexto de pediatria, foquei também o meu interesse de aprendizagem na

promoção da segurança, em particular, segurança terapêutica, procurando adotar medidas que reduzissem o risco de possibilidade de erro terapêutico. Este pode ser definido como qualquer evento evitável decorrente da prescrição, transcrição, distribuição, administração, ou monitorização, de determinado fármaco, independentemente se resulta em dano ou potencial dano, podendo advir de erro humano ou defeitos de sistemas (D'Errico et al., 2022). Nesse sentido, procurei, em todos os contextos de EC, e em particular na área de pediatria, implementar medidas que certificassem que administrava o medicamento correto à pessoa certa, confirmando através da prescrição e da identificação da pessoa; na dose certa; à hora certa; pela via de administração correta, procurando sempre cumprir medidas de controlo de infeção. De igual modo, em cada administração de medicação, avaliava e registava todo o procedimento, monitorizando e avaliando o efeito terapêutico, bem como a ocorrência de efeitos secundários e eventuais reações adversas. Pude constatar que esta era uma preocupação e uma prática instituída em todos os serviços onde realizei estágio, principalmente na área de pediatria, onde pude verificar que frequentemente existia uma dupla verificação e confirmação por parte dos enfermeiros. Outras estratégias implementadas no SMIPed, no sentido de minimizar o risco de ocorrência de erro terapêutico, referem-se à utilização de etiquetas de identificação de terapêutica, nomeadamente de estupefacientes, bem como à utilização de etiquetas individuais de identificação do medicamento preparado, com a dose e a concentração do fármaco, e o nome de cada criança internada impresso bem como a cama de internamento. No SUP, na SE, tive oportunidade de conhecer uma aplicação informática criada para o serviço especificamente, em que existe um conjunto de protocolos para cada uma das emergências médicas e de trauma mais frequentes, aos quais estão associados os fármacos corretos a ser utilizados, e perante o peso e a idade da criança introduzidos na aplicação, esta faz automaticamente o cálculo correto da dose de medicamento para aquele peso corporal, diminuindo, deste modo, o risco de ocorrência de erros.

Perante a ocorrência de eventos adversos, seja na administração de terapêutica, seja na prestação direta de cuidados inerente a procedimentos, estes deverão ser registados no sistema de notificação de incidentes. Pude constatar, nos vários contextos de EC, que os profissionais estavam conscientes e sensibilizados para a existência e importância de notificação perante a ocorrência de determinados incidentes. No entanto, perante a

ocorrência de erro terapêutico, ainda existe alguma resistência na notificação deste incidente, uma vez que, neste caso em particular, ainda é encarada como sinónimo de possibilidade de punição, pela maior parte dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à prevenção do risco de úlcera de pressão, tanto em contexto de SMIP bem como de SMIPed era aplicada a Escala de Braden como instrumento para determinação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, uma vez que a identificação atempada do risco permite a prevenção da mesma. A escala era aplicada de forma periódica, sendo que nos dois serviços estava preconizada, pelo menos, uma vez por dia. Outras medidas e estratégias eram utilizadas tendo como objetivo a prevenção da úlcera de pressão, nomeadamente, a utilização de superfícies de baixa pressão contante, como os colchões de pressão alterna, uma vez que minimizam a exposição da pele da pessoa a níveis de pressão potencialmente prejudiciais; o posicionamento e o reposicionamento da pessoa, cuja frequência deve ter em consideração a situação clínica da pessoa e a estabilidade hemodinâmica da mesma (Coyer et al., 2022). Na prevenção do desenvolvimento da úlcera de pressão, é importante também que dispositivos, como o TOT, catéter urinário, e sonda nasogástrica, sejam utilizados no tamanho adequado, tendo em consideração a pessoa. A pele e tecidos sob e ao redor desses dispositivos deve ser frequentemente avaliada, bem como esses mesmos dispositivos devem ser reposicionados regularmente (Coyer et al., 2022). Considero, que no decorrer da prática clínica do mestrado, procurei orientar os meus cuidados na adoção de medidas que contribuíssem para a prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão.

Ainda no âmbito da garantia de um ambiente terapêutico e seguro, e de acordo com um os dos objetivos do PNSD 2021-2016, procurei orientar as minhas intervenções e a minha prática clínica no sentido de melhorar a comunicação e a segurança no processo de transição de cuidados. Ressalvo que no EC em contexto de urgência, encontravam-se numa fase de implementação da utilização da mnemónica ISBAR (I - Identify; S - Situation; B - Background; A - Assessment; e R - Readback) nos momentos de transferência de informação, após formação em serviço sobre comunicação efetiva, no sentido de aumentar a segurança da comunicação, tal como é preconizado e sendo este um dos pilares do PNSD 2021-2026, e de acordo com a Norma 001/2017 *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*, da DGS (DGS, 2017). Pude constatar, ao longo do EC, que esta foi uma preocupação constante e que os enfermeiros procuravam

transferir informação sobre a PSC de acordo com a técnica ISBAR, nos diversos momentos de transição de cuidados, fosse nas passagens de turno ou na transferência da pessoa para outros serviços do hospital, utilizando como estratégia promotora da mesma, o recurso a cartazes sobre esta temática, em diferentes áreas funcionais do SUMC.

A utilização desta mnemónica é algo intrínseco ao meu contexto de trabalho, em ambiente extra-hospitalar, uma vez que a passagem de dados ao médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), e a transferência de informação, do pré-hospitalar para o contexto hospitalar, é realizada segundo esta norma, tendo tido oportunidade, deste modo, de mobilizar conhecimentos, anteriormente adquiridos, para os diversos contextos de prática clínica do ciclo de estudos, nomeadamente não só em urgência mas também em contexto de cuidados intensivos e no EC – Opção Clínica, potenciando o desenvolvimento de competências comuns do EE, no domínio da melhoria contínua da qualidade, de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro, tal como enfatiza a OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A comunicação contribui, para a garantia da continuidade de cuidados, sendo fulcral no processo de cuidados à PSC. Sendo a continuidade de cuidados constituída por dois elementos fundamentais, nomeadamente, os cuidados ao longo do tempo, considerando o passado, o presente e o futuro; e um foco nas necessidades de saúde e do contexto pessoal revela-se fundamental que a transmissão de informação seja executada de uma forma contínua. A transferência efetiva de informação, tendo em conta a situação da pessoa, promove a diminuição da ocorrência de fragmentação dos cuidados, garantindo, por sua vez, um atendimento apropriado aquando de momentos de transferência de informação. Conhecer e identificar as características de uma comunicação efetiva, desenvolvendo estratégias para uma abordagem padronizada e sistematizada da comunicação na transferência de informação dos doentes, revela-se essencial, de forma a prevenir a ocorrência de eventos adversos. O enfermeiro, enquanto elemento facilitador do processo de transição que a pessoa vivencia, em situação crítica, no sentido da continuidade de cuidados, deve desenvolver, deste modo, um conjunto de competências especializadas no âmbito de comunicação segura, visando cuidados de qualidade (Burgess et al., 2020).

Um dos direitos humanos mais evidentes é o direito à segurança, e a estar protegido de eventuais erros e eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, tendo vindo a ganhar relevância, nesse sentido, a importância de um ambiente de

trabalho de enfermagem de qualidade e seguro, sustentado nas melhores práticas de enfermagem e em profissionais com conhecimento teórico, e competente (Ferreira et al., 2020). Dada a complexidade e exigências dos atuais contextos de prática clínica e prestação de cuidados de saúde, um ambiente favorável é conseguido através do recurso a estratégias como dotações seguras dos enfermeiros e a manutenção dos enfermeiros nas equipas ao longo do tempo, caracterizando-se, deste modo, pela adequação de recursos humanos e materiais face ao tipo de serviço; participação ativa dos enfermeiros na gestão dos serviços e das instituições de saúde; qualidade dos cuidados de enfermagem. Todas estas características contribuem, de forma positiva e significativa, nos níveis de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, bem como na produtividade e eficácia dos profissionais de enfermagem, dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Diz & Lucas, 2022).

Considero que através das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de EC, e do trabalho realizado, na procura constante de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros, desenvolvi competências comuns de EE, nesse âmbito, tal como o preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019).

No que concerne ao **domínio da Gestão dos Cuidados**, enquanto competência comum do EE, é esperado que este evidencie habilidades na gestão dos cuidados de enfermagem, procurando otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, através da adequação dos recursos às necessidades e aos contextos de cuidados bem como através da implementação de métodos de organização do trabalho adequados, com um estilo de liderança reconhecido, adaptado e potenciador de um ambiente de cuidados positivo e favorável à prática de cuidados seguros e de qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A gestão de cuidados de enfermagem envolve, assim, a coordenação e a integração dos recursos de enfermagem, através do planeamento e organização, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem efetivos e obter ganhos em saúde, não só no que se refere à pessoa alvo de cuidados, mas também aos serviços e às próprias instituições de saúde (Lourenço et al., 2022). Nesse sentido, o enfermeiro detentor de competências em gestão, possui um corpo de conhecimentos e habilidades específicos no domínio da gestão, que o capacitam e tornam responsável pela defesa da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, pela promoção do desenvolvimento

profissional dos enfermeiros, desenvolvendo o processo de tomada de decisão sustentado em competências relacionais de forma efetiva. O enfermeiro com competências em gestão deve assumir uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada na pessoa, grupo ou comunidade, visando a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018). Segundo Lourenço et al., (2022), o enfermeiro a desempenhar funções de gestão, como chefes de serviço ou de equipas, tem um papel determinante na organização do trabalho, e na promoção de atitudes, devendo possuir características, como flexibilidade, e permitir a participação dos profissionais e partilha de experiências. Consequentemente vai garantir maior responsabilidade e autonomia, aos enfermeiros, no processo de decisão, o que vai contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e simultaneamente irá melhorar a prestação de cuidados.

Inerente ao processo de gestão e organização dos cuidados de enfermagem encontra-se, deste modo, o processo de tomada de decisão de enfermagem. Este encontra-se presente na prática clínica diária do enfermeiro, uma vez que durante a prestação de cuidados de enfermagem, na relação que estabelece com a pessoa e no compromisso profissional que assume, o enfermeiro toma decisões e intervém na prestação direta de cuidados e na gestão das equipas de trabalho. Sendo a tomada de decisão em enfermagem um processo cognitivo e complexo, composto por várias etapas e sustentado na melhor evidência científica e numa prática baseada na evidência, o enfermeiro com competências no domínio da gestão de cuidados deve desempenhar um papel facilitador, apresentado alternativas para a tomada de decisão, fomentando igualmente o processo de tomada de decisão em equipa, tendo em consideração relações interpessoais, opiniões e partilha de experiências (Lourenço et al., 2022).

A realização de um estudo de caso no âmbito da UC Relatório com Estágio, Módulo I – EC III Cuidados Intensivos, permitiu o desenvolvimento de competências clínicas na tomada de decisão em enfermagem, uma vez que utilizando o processo de enfermagem como instrumento para a tomada de decisão, foi possível organizar e gerir os cuidados especializados, tendo em conta as necessidades da PSC, e de acordo com as prioridades, supervisionando esses mesmos cuidados e os resultados obtidos. De igual modo, ao longo dos diferentes EC realizados, nos diversos contextos, de urgência ou cuidados intensivos, orientei os meus cuidados e intervenções de enfermagem, tendo em conta as necessidades da PSC, procurando a melhor solução e resposta tendo em

consideração a situação e o contexto através da identificação de eventuais sinais de instabilidade; cumprimento de normas, procedimentos e protocolos em vigor; gestão eficiente de recursos disponíveis, como seleção e organização do material necessários à prestação de cuidados bem como preparação antecipada das áreas funcionais ou das unidades do doente. Nesse sentido, mobilizando os meus conhecimentos anteriormente adquiridos e a aprendizagem decorrente da minha própria experiência profissional, procurei gerir e organizar os meus cuidados, de forma individualizada à PSC, partilhando essa gestão de cuidados com os meus enfermeiros tutores, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, visando o desenvolvimento da minha autonomia e responsabilidade no processo de tomada de decisão. Tal foi evidenciado no EC I – Urgência Polivalente, uma vez que realizei maioritariamente os meus turnos na SE, e em determinadas situações, dada a afluência de admissões na SE, houve necessidade de priorizar cuidados, identificando antecipadamente eventuais focos de instabilidade, o que nos permitiu organizar e gerir os cuidados à pessoa, otimizando esse processo ao nível da tomada de decisão, e intervindo de forma prioritária.

Para tal, contribuiu também a aquisição de conhecimentos adquiridos no decorrer da parte teórica do mestrado, nomeadamente, na UC Gestão de Unidades de Saúde e Enfermagem, destacando igualmente as UC Enfermagem à PSC e/ou falência orgânica em contexto extra-hospitalar e de urgência e Intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, que enfatizaram a importância do desenvolvimento de competências não técnicas, como liderança e gestão, não só do ponto visto teórico mas também prático.

Associado ao conceito de gestão de cuidados encontra-se o conceito de liderança, sendo esta uma das competências de enfermagem apontada como essencial e imprescindível desenvolver, na procura da melhoria dos cuidados, uma vez que é através da sua capacidade de liderança que o enfermeiro influencia a equipa de trabalho bem como os resultados (Lourenço et al., 2022), com vista a atingir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Segundo Ventura-Silva et al. (2021), o estilo de liderança adotado pelos enfermeiros a desempenhar funções de gestão é fundamental para o trabalho em equipa e para o desempenho, promovendo uma gestão eficiente de recursos, de modo a responder de forma eficaz aos desafios e exigências inerentes ao trabalho. Por outro lado, o enfermeiro gestor assume um papel fundamental na criação de um ambiente de prática

profissional favorável, sendo esta uma condição para cuidados de enfermagem eficazes, eficientes, seguros e de qualidade.

De acordo com a OE, os EE devem assumir a responsabilidade de chefias de serviço e de equipas, uma vez que detêm as competências comuns e específicas numa determinada área de especialização, neste caso, de enfermagem à PSC, devendo, especificamente, no caso de chefes de serviço, deter a competência acrescida avançada em gestão (OE, 2017b; Regulamento n.º 743/2019, 2019). Deste modo, ao longos dos EC, procurei orientar o meu percurso no sentido de observar o papel dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros a desempenhar a função de chefes de equipa, acompanhando-os, sempre que possível e pertinente, no desempenho das suas funções.

Nesse sentido, nos serviços SUMC e SMIPed, tive oportunidade de observar e colaborar em funções de chefia, uma vez que os enfermeiros orientadores, nesses contextos de estágio, eram responsáveis de turno e chefes de equipa. Nos restantes contextos de estágio, nomeadamente SMIP e SUP, apesar de serem EE, não desempenhavam funções de chefia e coordenação. Uma das funções dos chefes de equipa ou responsáveis de turno é a distribuição dos elementos da equipa pelas áreas funcionais, tendo deste modo tido oportunidade de observar os meus enfermeiros tutores no desempenho dessa tarefa.

Tendo por base o Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2019), bem como os Pareceres de OE, nomeadamente, o Parecer n.º 10/2017 (2017c) e o Parecer n.º 14/2018 (2018) referentes especificamente aos SU, a alocação dos profissionais de enfermagem nos serviços deve ser feita mediante a adequação dos recursos humanos face às reais necessidades de cuidados, tendo sempre em consideração a dotação dos profissionais bem como o nível de qualificação e de competência dos mesmos. Deste modo, as equipas de enfermagem dos SU bem como os SMIP devem ser constituídas preferencialmente por EEEMC, na área de enfermagem à PSC, isto é, em 50%, devendo estes elementos, com esta especialidade, ocupar cargos de chefia e coordenações de equipa. Os EEEMC, na área de enfermagem à PSC, preferencialmente, devem também ser os elementos a assegurar os postos de triagem de prioridades, e terem o curso de Triagem de Manchester, devendo também assegurar a SE. No caso do SMIP, a distribuição dos enfermeiros no turno, ou seja, o rácio enfermeiro/utente deve ainda ter em consideração a tipologia da UCI e da

sua necessidade clínica. Estas orientações devem ser igualmente aplicadas nos SUP e nos SMIPed, onde as equipas de enfermagem devem ser compostas, em 50%, por EE, devendo estes elementos assegurar os postos de triagem de prioridades bem como as SE de pediatria.

No contexto de prática do SUMC, a equipa de enfermagem é composta essencialmente por EEEMC, tendo igualmente elementos com especialidade em Enfermagem de Reabilitação e de Saúde Mental e Psiquiátrica. No entanto, a percentagem de EEEMC, na área de enfermagem à PSC, ainda se encontra abaixo dos 50%. A função de responsável de turno é habitualmente atribuída ao EEEMC, existindo igualmente a preocupação que pelo menos um dos elementos alocados à SE detenha esta especialidade, e de preferência na área de enfermagem à PSC. Pude verificar, no entanto, que a alocação de profissionais de enfermagem ao posto de triagem de prioridades não cumpre na íntegra as orientações do Regulamento n.º 743/2019 no que se refere a esta função ser desempenhada por EEEMC, na área de enfermagem à PSC. Todos os elementos da equipa de enfermagem desempenham estas funções, mesmo sem esta especialidade, ao fim de algum de tempo de experiência profissional no SU, existindo, contudo, a preocupação de que dos dois elementos de enfermagem alocados aos postos de triagem, por turno, pelo menos um detenha esta especialidade. No que diz respeito ao SUP, a equipa de enfermagem é constituída por especialistas, sendo ainda numa percentagem inferior a 50%, embora existam elementos a frequentar mestrado na área de especialização em enfermagem. O chefe de equipa é habitualmente especialista, sendo também o responsável pela SE. Os restantes elementos alocados a esta área funcional do SUP são elementos com especialidade ou com maior experiência profissional nesta área particular. No que se refere à distribuição dos elementos de enfermagem pelos postos de triagem de prioridades, no SUP esta função é realizada apenas por elementos com especialidade.

Relativamente ao contexto de cuidados intensivos, no SMIP, pude verificar que a equipa de enfermagem é constituída, maioritariamente, por elementos com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, não perfazendo os 50% preconizados, existindo também elementos com especialidade de Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem Comunitária. A dotação mínima de enfermeiros por turno é de 6 elementos, sendo o rácio enfermeiro/doente, 1 enfermeiro para 2 doentes. O responsável de turno tem como funções coordenar a equipa, elaborar o plano de trabalho diário, controlar a administração

e registo de medicação estupefaciente, bem como realizar os testes diários de funcionamento dos carros de emergência, não sendo sempre este elemento EEEMC, mas sim o elemento com maior experiência profissional naquele contexto de cuidado. No que diz respeito ao SMIPed, a dotação mínima de enfermeiros por turno é de 5 elementos, sendo o rácio enfermeiro/doente, 1 enfermeiro para 2 doentes, tal como o definido para as unidades de cuidados intensivos pediátricas a nível nacional (Ordem dos Médicos, 2022), verificando-se, no caso das camas de cuidados intermédios, 1 enfermeiro para 3 doentes. Em caso de existir crianças em ECMO, tal como se verificou no decorrer do meu EC, o rácio estabelecido é de um enfermeiro para um doente. A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por elementos com especialidade, estando presente pelo menos um elemento especialista em cada um dos turnos. Existe igualmente um elemento de enfermagem com especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que está presente, habitualmente, no turno da manhã.

Tal como referi anteriormente, tive oportunidade, ao longo dos EC, em particular no estágio no SUMC e no SMIPed, observar e colaborar com os enfermeiros tutores no desempenho de funções associadas à coordenação e chefia de equipas. Deste modo, foi possível observar e identificar o método de distribuição dos elementos da equipa de enfermagem, no turno, e em função das diversas áreas funcionais dos serviços, bem como acompanhar na organização e gestão de stock de materiais e fármacos, e na validação do correto funcionamento de diversos equipamentos, visando a operacionalidade das várias áreas funcionais, com particular enfoque na SE, onde realizei maioritariamente os meus turnos em contexto de urgência/emergência, e da unidade da pessoa alvo de cuidados. Ressalvo, que no meu contexto profissional, em ambiente extra-hospitalar, é o enfermeiro o responsável pela gestão de material e fármacos, e consequentemente reposição dos mesmos na ambulância e no armazém do meio, sendo também responsável pela verificação do correto e adequado funcionamento dos diversos equipamentos existentes na ambulância, Tal como refere a OE, é ao enfermeiro a exercer funções na ambulância SIV, considerado líder da equipa e o profissional com maior diferenciação, que é exigida a responsabilidade de assegurar a operacionalidade do meio através da gestão e organização do mesmo, visando a prestação de cuidados seguros e de qualidade (OE, 2021).

Relacionada com o estabelecimento de rácios e, conseqüentemente, com a organiza o e gestão dos cuidados, está uma ferramenta fundamental na planifica o dos cuidados de enfermagem, as escalas de avalia o do trabalho de enfermagem. No EC II – Cuidados Intensivos Polivalente tive oportunidade de conhecer e aplicar a escala Nursing Activities Score (NAS). Este instrumento permite medir a carga de trabalho do enfermeiro, determinando o número de minutos/dia dedicados pela equipa de enfermagem a cada doente.   possível, deste modo, avaliar adequadamente a complexidade de cada doente, sustentando a previsão e provisão de recursos humanos e materiais tendo em considera o o tempo necessário   presta o de cuidados de enfermagem, o número de enfermeiros necessários por turno, bem como os recursos materiais necessários   presta o de cuidados de excelência, associando qualidade de cuidados, otimiza o de recursos e redu o de custos (Macedo et al., 2021). O NAS   constituídos por 23 itens de avalia o, englobando cuidados diretos e indiretos   PSC, como por exemplo, interven o de apoio   família. Esta escala abrange, assim, cerca de 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos.

A organiza o e a gestão dos cuidados de enfermagem estão estreitamente relacionadas com os métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros no desenrolar do seu exercício profissional. De acordo com Ventura-Silva et al. (2021), os métodos de trabalho constituem as infraestruturas necessárias   organiza o e   presta o de cuidados, tendo em conta um conjunto de competências adquiridas pelos enfermeiros bem como os resultados esperados, definindo a divisão de trabalho e conduzindo   tomada de decisões. A sele o de um método de trabalho deve ter em considera o um determinado conjunto de fatores, nomeadamente, cultura institucional, gestão em enfermagem, disponibilidade de recursos e características dos vários elementos que compõem uma equipa de enfermagem, sendo determinante para a segurança da pessoa alvo dos cuidados e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considero que todos os EC, nos diferentes contextos de prática clínica, permitiram o desenvolvimento de capacidades e habilidades, bem como o aprofundar de conhecimentos anteriormente adquiridos no âmbito da gestão e organiza o dos cuidados   PSC, bem como gestão de recursos humanos e materiais. O EEEMC, na área de enfermagem   PSC, assume um papel preponderante na gestão e prioriza o dos cuidados, dada a atualiza o contínua e permanente do seu corpo de conhecimentos,

sustentado na melhor evidência científica, evidenciando competências de tomada de decisão, fundamentada, e de gestão e organização dos cuidados.

Por fim, ainda no que concerne às competências comuns do EE, no **domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, pretende-se que o mesmo desenvolva o autoconhecimento e assertividade bem como baseie a sua prática clínica especializada em evidência científica, fundamentando os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem em conhecimento atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este domínio de competência responde, assim, a um dos deveres expressos no CD do Enfermeiro, segundo o qual, o profissional tem o dever de exercer a sua atividade profissional de acordo com conhecimentos científicos e técnicos adequados. Para tal, o enfermeiro deve procurar atualizar-se, de forma permanente e contínua, ampliando o seu corpo de conhecimentos, através da realização de formações contínuas e ações de qualificação profissional, de modo a utilizar esses mesmos conhecimentos e tecnologias de forma competente na prestação de cuidados de enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015).

As constantes alterações que ocorrem na sociedade, em paralelo com os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde e com as próprias mudanças nas organizações e instituições de saúde, muitas vezes relacionadas com questões de produção e emprego, tornam as áreas clínicas de prestação de cuidados cada vez mais complexas, e consequentemente criam a necessidade de formação.

Nesse sentido, a formação em enfermagem assume um papel fundamental, não só no desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também no dever para com a profissão.

Na construção e desenvolvimento da identidade profissional do enfermeiro, outro aspeto crucial refere-se ao autoconhecimento e consciência de si próprio que o enfermeiro deve ter, identificando a influência que as suas atitudes, comportamentos, valores e crenças têm na sua relação com a equipa multidisciplinar onde está inserido, e com a pessoa alvo dos cuidados, família ou pessoas significativas, ao longo do percurso profissional. Este autoconhecimento e autoconsciência, bem como as experiências vivenciadas e as relações interpessoais desenvolvidas no decorrer do processo de aprendizagem, capacita o enfermeiro para lidar com diversas situações e emoções, o que consequentemente o torna apto para cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, em

qualquer circunstância, adequando as suas intervenções de enfermagem não só junto da pessoa, mas também da sua equipa (Fonseca, 2015).

Na minha prática diária, em contexto de emergência extra-hospitalar há cerca de 10 anos e anteriormente em contexto de serviço de urgência básico, cerca de 4 anos, o autoconhecimento e autoconsciência potenciaram o reconhecimento dos meus limites, medos e demais emoções, principalmente em situações de elevada pressão e complexidade de prestação de cuidados à PSC, o que me tem permitido aprender a gerir essas mesmas emoções, bem como a lidar com eventuais conflitos, permitindo melhorar no estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa alvo dos nossos cuidados, bem como de relações multiprofissionais.

Por outro lado, o reconhecer-me enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem, permitiu também a identificação das minhas lacunas e necessidades de formação, direcionando o meu processo formativo e de aprendizagens, ao longo do meu percurso profissional, para a área do doente crítico, frequentando formações tais como Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa, SIV, SAV, cursos de formação profissional de Urgências e Emergências Obstétricas, Urgências Respiratórias, Trauma e curso de formação profissional de Resposta Operacional a Emergências Humanitárias, bem como diversas ações de formação em serviço e jornadas e congressos relacionadas com a temática do doente crítico. Foi igualmente através deste autoconhecimento que surgiu o reconhecimento da necessidade de aprofundar conhecimentos científicos e tecnológicos, e desenvolver competências, através da frequência do presente mestrado. Posteriormente, já no decorrer do mestrado, no âmbito do desenvolvimento do projeto de autoformação, a escolha da área temática de opção, nomeadamente, o cuidar especializado da criança em situação crítica, surgiu também do reconhecimento de uma necessidade de aprendizagem e de um interesse pessoal nesta área temática.

Ao longo dos diferentes EC, realizados nos diversos contextos de prática clínica, procurei, desta forma, a adoção de uma postura de assertividade e permanente aprofundar de conhecimentos e de reflexão sobre a minha própria identidade enquanto pessoa e profissional de enfermagem, visando o desenvolvimento das habilidades e competências não só a nível técnico, mas também a nível relacional, interpessoal e emocional e, conseqüentemente, visando a prestação de cuidados especializados altamente

qualificados. O autoconhecimento, através do reconhecimento das minhas capacidades, lacunas e necessidades de conhecimento científico, bem como das minhas limitações pessoais e profissionais, favoreceu, igualmente, a integração nas várias equipas multidisciplinares onde estive inserida e o estabelecimento de relações terapêuticas, desenvolvendo e aperfeiçoando estratégias facilitadoras para gestão e adaptação individual e organizacional nos diversos contextos de EC.

A procura pelo contínuo aprofundar de conhecimentos e aptidões no sentido de garantir cuidados de enfermagem de excelência, seguros e de qualidade, baseados em processos de tomada de decisão sustentados na mais recente evidência científica, concretizou-se, numa primeira instância, através da aquisição e desenvolvimento de conhecimento, sobre áreas específicas do cuidado à PSC, na parte teórica do mestrado, decorrente das várias UC lecionadas. Posteriormente, em contexto de EC, a atualização contínua dos conhecimentos foi realizada através da consulta de documentos, normas e protocolos em cada um dos serviços onde realizei estágio bem como através de pesquisa bibliográfica em bases de dados de relevância e fidedignas, sempre que surgia uma nova oportunidade de aprendizagem pertinente uma situação que despertasse o meu interesse pessoal, ou sempre que sentia lacunas no meu corpo de conhecimentos prévio.

Ainda nesse sentido, os meus interesses e as minhas necessidades de formação estiveram sempre plasmadas nos planeamentos dos EC, bem como no projeto de autoformação que, tal como referi anteriormente, pretendeu dar resposta à minha necessidade de formação no âmbito do cuidar especializado à criança em situação, dando particular enfoque à promoção da sua segurança. Em todos estes trabalhos foram definidos objetivos e delineadas estratégias no sentido de alcançar esses mesmos objetivos, bem como a avaliação do percurso de aprendizagem e formação desenvolvido nesse sentido. De igual modo, a realização de jornais de aprendizagem, segundo o modelo reflexivo de Gibbs, revelou-se um importante instrumento de aprendizagem e reflexão do meu percurso de formação e de aquisição de competências específicas de EEEMC, na área de enfermagem à PSC. A reflexão sobre o EC, ou sobre uma situação específica, que despertou o interesse, permitiu refletir sobre determinada ação e intenção, procurando fundamentação teórica e a melhor evidência científica, através de pesquisa bibliográfica, que sustentasse uma melhoria nos cuidados de enfermagem prestados. Com recurso ao modelo de Ciclo de Gibbs foi possível organizar e sistematizar o pensamento, permitindo

posteriormente a partilha destes momentos de reflexão não só com os enfermeiros tutores mas também com a restante equipa de enfermagem.

Ainda no âmbito deste domínio, espera-se que o EE se responsabilize por ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Ao longo do decorrer dos EC, não se verificaram oportunidades para a realização de formações nos contextos de estágio, por questões específicas da organização e funcionamento dos próprios serviços. No entanto, uma das atividades desenvolvidas no EC III – Cuidados Intensivos, foi a realização de um estudo de caso. A elaboração deste trabalho, permitiu, tendo por base um método de pesquisa científica estruturada, compreender, explorar e descrever acontecimentos e contextos complexos, como os de cuidados intensivos e, desse modo, sistematizar os cuidados de enfermagem à PSC, numa situação clínica específica, que no caso selecionado por mim se referia a um diagnóstico de sépsis, com ponto de partida respiratório. De igual modo, permitiu desenvolver competências na implementação do processo de enfermagem fundamentado. Este trabalho foi apresentado aos docentes e restantes colegas do mestrado, o que possibilitou momentos de reflexão conjunta do trabalho desenvolvido e de partilha de experiências, o que contribuiu para que eu fosse um agente dinamizador da aprendizagem.

Considero, assim, que ao longo dos EC, procurei desenvolver o meu autoconhecimento, de modo a agir de forma assertiva e sustentada. Fundamentando a minha tomada de decisão à luz de evidência científica atualizada, procurei sempre prestar cuidados de enfermagem de qualidade e seguros, individualizados, à PSC e/ou família. O percurso de formação e aprendizagem bem como o desenvolvimento da minha identidade profissional, construído ao longo do presente mestrado, constituíram-se, deste modo, como determinantes na melhoria contínua do desempenho do meu exercício profissional, alicerçando o meu futuro enquanto EE, na procura contínua e permanente de atualização de conhecimentos, que não termina com o culminar deste ciclo de estudos.

Tendo em consideração o percurso por mim realizado até este momento e o trabalho desenvolvido no mestrado, em associação com a minha prática diária de cuidados, considero que desenvolvi competências comuns do EE, as quais serviram de base ao desenvolvimento de competências específicas do EEEMC, na área da PSC, que irão ser abordados no subcapítulo seguinte.

2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA AO LONGO DO CICLO VITAL, COM ENFOQUE NA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A prestação de cuidados à PSC implica um conjunto de competências de enfermagem especializadas na abordagem ao doente crítico, ao longo do seu ciclo vital, em todos os contextos de cuidados onde se pode encontrar esta tipologia de doente, desde o pré-hospitalar até ao momento da sua alta clínica, visando sempre a sua recuperação total. Ao EEEMC, na área de enfermagem à PSC, é, deste modo, exigido um conjunto de competências que integrem não só as competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, mas também competências específicas, que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como da área de atuação específica, evidenciadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No sentido de prestar cuidados qualificados, de forma contínua e permanente, à PSC, em situações de emergência, exceção e catástrofe, o EEEMC, nesta área particular de enfermagem, deve desenvolver uma prática baseada na mais recente evidência científica e na atualização dos seus conhecimentos, que o capacitem a mobilizar esses mesmos conhecimentos e habilidades de modo a responder de forma adequada, holística e em tempo útil às reais necessidades da PSC e à sua família/pessoa significativa.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018), as competências específicas do EEEMC, na área de enfermagem à PSC são: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No decorrer do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, procurei, ao longo dos EC, nos diversos contextos onde foram realizados, orientar a minha prática clínica e a minha prestação de cuidados de enfermagem à PSC ao longo do seu ciclo vital, com particular enfoque à criança em situação crítica, visando a avaliação diagnóstica e a monitorização constante no cuidado à pessoa alvo dos cuidados, através da observação, vigilância e colheita contínua, sistémica e sistematizada

de dados, de modo a conhecer continuamente a situação da PSC, dando resposta às necessidades identificadas, bem como prever e detetar precocemente eventuais complicações. Procurei, assim, assegurar, uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil à PSC, sustentada na mais recente evidência científica (Regulamento n.º 429/2018, 2018)

Relativamente à competência específica do EEEMC, na área da enfermagem à PSC, **Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, é esperado que o EE mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa alvo dos cuidados. Para tal, o EE, deve prestar cuidados à pessoa em situação emergente, visando a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando respostas; gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No sentido de evidenciar competências e habilidades técnicas na prestação de cuidados à PSC, antecipando situações e risco de falência multiorgânica, nos diferentes contextos onde realizei os EC, julgo que foi importante, numa primeira fase, conhecer a estrutura física e a organização dos mesmos, bem como a sua articulação com diferentes serviços das instituições de saúde. Por exemplo, apesar de, decorrente do meu contexto profissional, em ambiente extra-hospitalar, conhecer antecipadamente algumas das áreas funcionais do SUMC, nomeadamente a triagem, SE, Unidade de Decisão Clínica, Pequena-Cirurgia e Área Médica Amarela, uma vez que o hospital, onde se localiza o SUMC, ser o hospital de referência da área de atuação da ambulância SIV, onde exerço funções, desconhecia a sua dinâmica e organização funcional e estrutural. Deste modo, conhecer a estrutura física do SU, bem como a sua organização e dinâmica funcional, permitiu-me não só conhecer mas também compreender o circuito do doente no SU e colaborar no acompanhamento do doente, desde a sua entrada na urgência, através do seu acolhimento na triagem ou através do acolhimento direto na SE, o que incluiu o

acompanhamento do doente a outros serviços no seio do mesmo hospital, seja para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para outras unidades de internamento, como SMIP, onde realizei o EC II. Também neste serviço, numa fase inicial do estágio foi possível compreender a dinâmica e a organização do SMIP, a sua articulação com outros serviços, nomeadamente, bloco operatório, e serviço de imagiologia, bem como algumas dinâmicas mais específicas de cada um dos turnos, o que contribuiu para a minha integração na dinâmica e rotinas, bem como no método de trabalho do serviço. Paralelamente, no SUP e no SMIPed, a realização, destas atividades, numa fase inicial dos estágios, foi essencial para operacionalizar o meu percurso de aquisição de competências, favorecendo a minha integração nestes contextos de prestação de cuidados, particulares na área da pediatria.

Considero que para tal, também foi importante, a consulta de manuais, normas e protocolos existentes nos vários contextos de prática clínica. Ressalvo a importância desta atividade principalmente no SMIP e no SMIPed, uma vez que a prestação de cuidados à PSC, em contexto de cuidados intensivos, é guiada essencialmente por protocolos. Ao longo da prática clínica nos estágios, foi possível observar, colaborar e gerir, alguns destes protocolos, tais como, protocolo de controlo glicémico, protocolo de suporte nutricional no doente crítico, protocolo de analgesia, sedação e *delirium*, protocolo de uso de monitorização PICCO Plus e PICCO2, protocolo de desmame ventilatório, entre outros, mediante as oportunidades de aprendizagem e as situações clínicas que foram surgindo disponíveis no SMIP, bem como nos restantes EC. O conhecimento dos mesmos, e a oportunidade de os aplicar na prática de cuidados, foi essencial para que me sentisse mais segura e confiante na prestação de cuidados, uma vez que detendo o conhecimento teórico associado a determinada intervenção ou situação específica do cuidar, sustentada e evidenciada cientificamente pelos protocolos existentes, possibilitou uma melhor integração e consequentemente em melhores cuidados de enfermagem à PSC.

Com o intuito de desenvolver esta competência, no SUMC, considerei pertinente, após decisão partilhada com o meu enfermeiro tutor, realizar os meus turnos preferencialmente em áreas onde a prestação de cuidados à PSC era uma constante, nomeadamente na SE e na Unidade de Decisão Clínica, onde foi possível observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, tendo em consideração diferentes patologias, de foro médico, cirúrgico e/ou de trauma.

A SE, de acordo com o *Manual de Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência* (ACSS, 2015), visa o apoio urgente ou emergente a doentes em estado crítico, devendo ter condições para a realização de SAV e SAV de trauma, sendo um espaço aberto com capacidade para receber diversos doentes. A realização de turnos na SE, permitiu-me colaborar na preparação e acolhimento da PSC, possibilitando identificar alguns dos principais motivos de admissão do doente crítico, no SU e na SE, nomeadamente, insuficiência respiratória agudizada, pneumonia, edema agudo do pulmão, disritmias, insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogénico, choque hemorrágico, choque séptico, AVC, convulsão, situações de peri-paragem e de PCR, politraumatismo com ou sem traumatismo crânio-encefálico, bem como situações de foro cirúrgico, como peritonites, e mesmo uma situação de gravidez ectópica.

Tive oportunidade também de colaborar na prestação de cuidados à PSC, em idade pediátrica, as duas situações em contexto de convulsão, uma vez que, tal como referi anteriormente, a SE do SUMC acolhe a criança em situação crítica, estando disponível todo o material de monitorização e abordagem de via área avançada em idade pediátrica, e carro de emergência pediátrico organizado de acordo a Fita de Broselow, uma fita concebida para crianças até os 12 anos de idade, com um peso máxima de 36 kgs, e que relaciona a altura da criança com o seu peso corporal, indicando, para além do peso, as dosagens dos diversos medicamentos usados em urgência e emergência, o tamanho dos instrumentos e materiais a utilizar na abordagem à criança em situação crítica, bem como a energia do choque, quando é necessário desfibrilhar (Batalha, 2016). Considero esta oportunidade um ponto positivo no meu processo de aprendizagem, uma vez que já tinha delineado, nesta altura, a minha área de opção no cuidado especializado à criança em situação crítica, o que permitiu direcionar o meu foco de atenção na abordagem ao doente crítico em idade pediátrica. Deste modo, e perante esta oportunidade de aprendizagem, pude manusear o carrinho de emergência pediátrica, e colaborar na abordagem à criança, e na preparação de terapêutica, com os cálculos das dosagens adequadas à criança.

Relativamente ao EC no SUP, consideramos pertinente realizar os meus turnos nas diferentes áreas funcionais do SUP, nomeadamente triagem, gabinete de enfermagem e sala de observação, onde foi possível observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança gravemente doente, tendo em consideração diferentes patologias,

o que me permitiu também uma visão abrangente da abordagem à criança em situação crítica.

Considero que estar presente e colaborar nos procedimentos inerentes à manutenção da SE, no SUMC assim como no SUP, apesar de neste último contexto de estágio não ter tido oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados à criança em situação crítica na SE, uma vez que no decorrer do meu EC não se verificou nenhuma situação emergente, foi pertinente não só no sentido de conhecer a organização e estrutura da SE, mas também os diferentes equipamentos e materiais quanto ao seu funcionamento e à sua localização no interior da SE, o que me permitiu adquirir segurança na manipulação dos mesmos, otimizando a minha prestação de cuidados, em termos de qualidade e segurança. Tive, desde modo, oportunidade de colaborar e realizar as check-list de material e fármacos, de acordo com os stocks instituídos e verificar os diversos equipamentos presentes na SE, através da realização de testes de verificação de funcionamento de ventiladores e de monitores/desfibrilhadores. Tal como referem Ferreira et al. (2020), faz parte das funções do enfermeiro na SE, além da prestação direta de cuidados à PSC, os cuidados indiretos que permitem a manutenção desta área funcional, nomeadamente, confirmação de todas as condições da SE, reposição de stocks e confirmação/verificação dos materiais e equipamentos. Todas estas ações são fundamentais para garantir que a SE está sempre preparada e pronta para o início de uma emergência e acolher a PSC.

A concretização desta atividade potenciou, deste modo, a minha capacidade de identificar e antecipar focos de instabilidade na prestação de cuidados à PSC, nos diversos contextos de prática clínica, o que permitiu responder de forma imediata e atempada a esses mesmos focos de instabilidade. De igual modo, em contexto de cuidados intensivos, a preparação do ambiente e da unidade do doente, são fundamentais de modo a garantir que estão reunidas todas as condições e materiais adequados a uma prática de cuidados segura e eficaz. Desse modo, no SMIP, assim como no SMIPed, no início de cada turno, procurei colaborar e posteriormente, à medida que fui ganhando mais autonomia, preparar a unidade da pessoa, com a verificação, não só do funcionamento de todo o equipamento, como o monitor, ventilador, aspirador de secreções e seringas e máquinas perfusoras, mas também dos níveis de materiais adequados e a sua reposição, se necessário, o que incluía também verificar a medicação que estava em perfusão e se seria necessário antecipar a

preparação de alguma dessa terapêutica. A realização de todas estas atividades permitiu-me estar preparada e apta para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, antecipando desta forma a ocorrência eventual de eventos adversos, e assegurando que tudo estaria preparado para responder, de forma imediata e pronta, à ocorrência de eventuais focos de instabilidade, de uma forma segura, uma vez que esse momento de preparação me permitia ter uma visão alargada da PSC, com a visualização dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, por exemplo.

Através da identificação dos diferentes processos fisiopatológicos presentes na PSC, não só em contexto de urgência, de adultos e de pediatria, mas também em contexto de cuidados intensivos, foi possível prestar cuidados especializados, identificando, deste modo, sinais de instabilidade e prevenindo complicações. Em contexto de SUMC, através da mobilização dos conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, decorrentes da parte teórica do curso de mestrado, mas também os que advêm da minha prática profissional, onde a abordagem primária e secundária da vítima crítica é feita sistematicamente de acordo com a abordagem ABCDE, considero que consegui responder de forma imediata e em tempo útil às necessidades da PSC, antecipando possíveis focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Ressalvo uma situação de PCR que experienciei em contexto de SE, onde consegui e pude mobilizar os meus conhecimentos teóricos e competências em SAV, que decorrem em grande parte da minha prática profissional, onde um dos protocolos instituídos é no âmbito da PCR. Considero que ter esta experiência prévia na abordagem ABCDE da vítima e a minha experiência profissional em ambiente pré-hospitalar poderão ter sido um elemento facilitador da dinâmica de abordagem à PSC em contexto de urgência/emergência, na identificação e antecipação de eventuais focos de instabilidade. Tive também oportunidade de prestar cuidados à PSC vítima de trauma, na SE, colaborando na sua estabilização e abordagem primária e secundária, bem como manipulei os diversos materiais específicos, nomeadamente, plano duro, colar cervical, maca de vácuo, maca pluma e cinto aranha, materiais que não são desconhecidos para mim, mas sim uma realidade na minha prática profissional, conseguindo, deste modo, mobilizar conhecimentos. Posso concluir que em contexto de SE, foram várias as oportunidades de aprendizagem, derivado da diversidade das etiologias das emergências médicas e trauma. Destaco uma situação que conduziu ao desenvolvimento de uma reflexão crítica, tendo por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs,

nomeadamente, um doente DPOC, em que houve necessidade de realizar ventilação não invasiva com recurso ao capacete Helmet, um equipamento até então desconhecido para mim. O desconhecimento perante a interface utilizado, e as suas implicações na capacidade de adaptação por parte do utente, bem como a manifestação de desconforto e sensação de claustrofobia, revelou a necessidade de refletir sobre o conforto do utente submetido ao capacete Helmet, no sentido de procurar estratégias e intervenções de enfermagem que permitam uma adaptação eficaz por parte da pessoa, sustentada na mais recente evidência científica.

A UCI, por sua vez, é um local distinto, com um ambiente altamente tecnológico, onde são prestados cuidados de medicina intensiva, uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas, e em que se assume a total responsabilidade pela prestação de cuidados aos doentes com falência de uma ou mais funções vitais, visando a prevenção, o diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave, potencialmente reversíveis. Como tal, a realização de estágio em contexto de cuidados intensivos, possibilitou-me a oportunidade de prestar cuidados à PSC numa diversidade de situações clínicas, permitindo identificar os principais processos fisiopatológicos presentes no SMIP. Deste modo, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com patologias do foro médico, nomeadamente, pneumonia, agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), crise convulsiva, vigilância em doente com Síndrome de Brugada; bem como patologias de foro cirúrgico, tais como, vigilâncias pós-operatórias, peritonites, politraumatismo, traumatismo vertebro-medular. Através da identificação destes diferentes processos fisiopatológicos, consegui prestar cuidados especializados à PSC, enfatizando a identificação dos sinais de instabilidade e a prevenção de complicações. Para tal foi essencial também consultar os registos do doente que me estava atribuído, de modo a conhecer antecedentes pessoais e a situação atual do mesmo, e obter dados mais objetivos e concretos possíveis, o que me permitiu planear os meus cuidados de enfermagem à PSC. A antecipação de focos de instabilidade foi também potenciada e facilitada pelo recurso aos monitores disponíveis, devidamente programados e com alarmes ajustados, que forneciam dados objetivos relativamente à capacidade hemodinâmica da PSC, tais como PA média, FC, FR; bem como pelo recurso a instrumentos de avaliação neurológica, como por exemplo, a escala de Coma de Glasgow e a outros dados relevantes obtidos através das análises sanguíneas realizadas, gasimetrias

arteriais, e exames complementares de diagnóstico. Através da análise de todos os parâmetros hemodinâmicos e outros dados relevantes, e sustentado na pesquisa bibliográfica que senti necessidade de realizar dado o meu desconhecimento teórico em alguns destes parâmetros, consegui, de uma forma gradual e progressiva, interpretar qualquer alteração nos parâmetros e valores obtidos, que poderiam traduzir alterações significativas do estado geral da PSC, e adequar e direcionar as minhas intervenções de enfermagem, no sentido de evitar e prevenir a ocorrência de focos de instabilidade.

Na área de pediatria, a observação, numa fase inicial, dos cuidados prestados pelas diferentes equipas, em contexto de urgência e de cuidados intensivos, constituiu uma atividade e estratégia basilar, dada a inexperiência na área da pediatria e insegurança que daí poderia advir, na prestação de cuidados à criança em situação crítica. Tendo por base esta observação inicial, e sustentado no processo de enfermagem, ao longo dos turnos foram sendo planeados, executados e avaliados os cuidados de enfermagem especializados, prestados à criança em situação crítica, sempre em conjunto com os enfermeiros orientadores. Através da identificação dos diferentes processos fisiopatológicos presentes na criança gravemente doente, não só no SUP, mas também na SMIP, foi possível colaborar, numa fase inicial e posteriormente, participar, de forma mais autónoma, na prestação de cuidados especializados à criança em situação crítica, identificando sinais de instabilidade e prevenindo complicações.

No decorrer dos estágios foi igualmente fundamental realizar pesquisa bibliográfica pertinente, com conseqüente aprofundar e atualização dos conhecimentos teóricos, no âmbito dos diferentes contextos de prática clínica. Tendo como objetivo ultrapassar eventuais limitações por mim sentidas na prestação de cuidados à PSC, procurei aprofundar os meus conhecimentos em determinadas áreas específicas, nomeadamente, em relação à ventilação mecânica invasiva, ao equilíbrio ácido-base, e técnicas de substituição renal, bem como no domínio da manipulação de determinados equipamentos, como instrumentos de monitorização invasiva, e colaboração na realização de procedimentos invasivos, como colocação de CVC e CA e sua manipulação. Selecionando fontes relevantes, procurei uma tomada de decisão baseada na melhor evidência científica, o que permitiu desenvolver a minha capacidade de identificação e estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados à PSC, ao longo do seu ciclo

vital, com particular enfoque na criança em situação crítica, procurando dar respostas às suas necessidades, bem como das suas famílias e/ou pessoas significativas.

Nos diversos contextos de EC tive oportunidade de realizar transporte intra-hospitalar, mais especificamente colaborar na implementação, estabilização e transporte da PSC, incluindo a criança em situação crítica, a outros serviços do hospital, nomeadamente, a imagiologia, para a realização de exames complementares de diagnóstico. Segundo a OE (2020), o transporte do doente crítico, pode ser um fator precipitante de situações de instabilidade, com conseqüente risco para o mesmo, podendo potenciar um agravamento do seu estado clínico e eventuais complicações. O enfermeiro responsável pelo transporte intra-hospitalar do doente crítico, deve antecipar todas as eventuais e possíveis complicações que possam surgir, pelo que se deve assegurar que, durante o transporte, o nível de cuidados nunca seja inferior ao que se verifica no serviço de origem. Tal vai ao encontro do preconizado na competência específica do EEEMC, na área da PSC, que presta cuidados ao doente crítico, visando a antecipação de situações de instabilidade e de risco de falência orgânica.

No âmbito da gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, desenvolvi competências na administração de terapêutica mais frequentemente utilizada em situações de urgência e emergência, e em contexto de cuidados intensivos, não só no adulto, mas também na área de pediatria, prevenindo a ocorrência de eventuais complicações, monitorizando e avaliando a adequação da resposta face aos problemas identificados. Tal como preconiza o Estatuto da OE e REPE (Lei n.º 156/2015, 2015), os enfermeiros devem proceder à administração da terapêutica prescrita, sendo imperativo que entendam os mecanismos que fundamentam a intervenção, nomeadamente, a farmacocinética e farmacodinâmica, vigiando e identificando a ocorrência de possíveis efeitos secundários e agindo perante situações de urgência e emergência de acordo com as suas qualificações e conhecimentos, visando a manutenção ou recuperação dos sinais vitais. Nesse sentido, e de modo a atingir este objetivo específico, consultei as normas e procedimentos existentes referentes à administração de terapêutica específica, bem como realizei pesquisa bibliográfica, de modo a aprofundar o meu conhecimento.

Desse modo, no decorrer dos EC, tive oportunidade de colaborar na gestão e gerir protocolos terapêuticos complexos, em contexto de SE, por exemplo, na admissão de VV Trauma e VV Sépsis, e com maior frequência VV AVC, através da colaboração na

administração de Alteplase, um ativador do plasminogénio tecidual recombinante, usado na trombólise, vigiando e monitorizando sinais vitais, durante todo o protocolo, o que incluiu o acompanhamento do doente ao TAC. Em contexto de SUMC, bem como em contexto de SMIP, colaborei na gestão de protocolos terapêuticos complexos, como por exemplo, de controlo glicémico e protocolo de transfusão de componentes sanguíneos, tendo em consideração todos os cuidados de enfermagem inerentes, e normas e procedimentos de segurança associados. Ressalvo a oportunidade, em contexto de cuidados intensivos pediátricos, de colaborar e observar procedimentos e intervenções no âmbito de protocolos associados a terapia de substituição renal e ECMO, sendo que neste último caso, todos os dias, um elemento da equipa de ECMO do hospital, habitualmente, enfermeiro, se dirige ao SMIPed, para monitorizar o equipamento, bem como realizar colheitas de sangue para gasimetria arterial, e avaliar a criança submetida a ECMO.

A capacidade de conseguir gerir todos estes protocolos terapêuticos complexos, foi sustentada pela revisão dos conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, no decorrer do meu processo formativo enquanto enfermeira, mas também pela pesquisa bibliográfica que senti necessidade de realizar, no sentido de uma melhor compreensão dos protocolos e de uma melhoria dos meus cuidados prestados à PSC, ao longo do seu ciclo vital, com particular enfoque na criança em situação crítica.

A gestão da dor de forma diferenciada é igualmente uma competência inerente a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica. Desde 2003, a DGS determina como boa prática, a avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital, definindo a dor como uma experiência multidimensional desagradável, que engloba, não só a componente sensorial, bem como a componente emocional da pessoa que sofre essa mesma dor (DGS, 2003a). Desta forma, a dor e a forma como é vivenciada e percebida pela pessoa, são influenciadas por diversos fatores, nomeadamente, sociais, psicológicos, crenças, variando de pessoa para pessoa, tendo em conta as suas características pessoais, a sua história, o seu processo saúde/doença, e o contexto onde se insere (Teixeira & Durão, 2016). De igual modo, estes fatores irão influenciar a forma como a pessoa irá expressar, manifestar a dor que vivencia. Tendo em conta que a PSC vivencia situações de doença e falência orgânica de extrema complexidade e gravidade, a dor está quase sempre presente, sendo na atualidade considerado um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde no SU (Figueira et al., 2022). A sua manifestação está relacionada não

só com a patologia de base que assola a pessoa, mas também com os diversos procedimentos invasivos ou não invasivos inerentes (Teixeira & Durão, 2016). Simultaneamente a todo o sofrimento e redução da qualidade de vida, que a dor acarreta, esta está também na origem de alterações fisiopatológicas que irão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas, levando à perpetuação do fenómeno doloroso (Figueira et al., 2022). Estes autores ressaltam igualmente o impacto negativo que a dor impõe na família e/ou pessoas significativas.

A gestão e conseqüentemente o controlo da dor de forma diferenciada, engloba não só a avaliação e monitorização da mesma, mas também a implementação de um conjunto de medidas, nomeadamente, terapêutica analgésica e medidas não farmacológicas para o seu tratamento (Teixeira & Durão, 2016). Os enfermeiros desempenham neste âmbito, de promoção e intervenção no controlo da dor, um papel fundamental, uma vez que são profissionais de saúde com uma relação privilegiada com as pessoas, pela proximidade e tempo de contacto com as mesmas. A OE enfatiza essa importância e particulariza no EEEMC, na área da enfermagem à PSC (Figueira et al., 2022).

A prestação de cuidados à pessoa com dor, pressupõe a sua monitorização sistemática e o registo dessa mesma avaliação, tal como referi anteriormente, devendo o processo de monitorização iniciar-se no momento da triagem, em contexto de SU, e continuar durante o tempo de permanência e internamento da pessoa. De acordo com as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, referidos por Figueira et al. (2022), a avaliação e monitorização da dor deve ser realizada em todos os turnos e sempre que se justifique; no início do turno; 5-10 minutos antes de iniciar um procedimento doloroso; durante a realização do procedimento doloroso; 15 minutos após a realização do procedimento doloroso; e 30 minutos após a implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas de controlo da dor. É importante referir que a avaliação da dor não se deve cingir ao traduzido pelas escalas de avaliação de dor, devendo também incluir outras dimensões, nomeadamente, o exame físico; as características da dor, quanto à sua localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; formas de comunicar a dor/expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de coping; sintomas associados; implicações da dor nas atividades de vida; e o impacto emocional, socioeconómico e emocional, entre outros

(Figueira et al., 2022). Todas estas medidas de avaliação da dor vão permitir uma intervenção precoce e personalizada, visando a promoção do bem estar, e a continuidade e qualidade dos cuidados. Nesse sentido, procurei conhecer quais as escalas de dor implementadas nos serviços onde realizei EC, adaptando a mais adequada à PSC, de forma a otimizar as suas respostas, tendo oportunidade de aplicar a Escala de Avaliação Numérica, a *Behavioral Pain Scale* em contexto de SU e cuidados intensivos de adulto.

Destaco que, em pediatria, a avaliação da dor, não só em contexto de urgência/emergência, mas também de cuidados intensivos, é complexa, uma vez que a população alvo dos nossos cuidados é diversa, não só em idade, mas também em desenvolvimento cognitivo. A dor na criança em situação crítica é um sintoma comum, não só subjacente à situação de doença grave ou trauma, mas também decorrente dos procedimentos invasivos a que está sujeita, o que determina que a criança associe o período de permanência na urgência ou internamento nos cuidados intensivos, a uma agressão física e emocional, criando ansiedade e tornando a criança mais suscetível à dor (Granata et al., 2023). A utilização apropriada de uma escala de avaliação por parte dos enfermeiros é essencial no sentido de identificar precocemente a criança com dor e avaliar a eficácia das intervenções implementadas para controlo da dor. Pude constatar que em ambos os contextos de EC, existia uma preocupação pela avaliação da dor na criança atempadamente, bem como na implementação de medidas farmacológicas, essencialmente, para controlo dessa mesma dor. No que diz respeito às escalas utilizadas para avaliação da dor, a mais utilizada, não só em urgência como em cuidados intensivos era a Escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*, uma escala comportamental dirigida a crianças dos 2 meses aos 7 anos de idade, considerada um método simples para identificação e avaliação da dor.

Todas estas medidas de avaliação da dor vão permitir uma intervenção precoce e personalizada, visando a promoção do bem-estar, e a continuidade e qualidade dos cuidados. Enquanto futura EEEMC, na área da enfermagem à PSC, procurei fazer uma gestão diferenciada da dor e consequentemente do bem-estar da pessoa, alvo dos cuidados, otimizando as respostas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Tomando consciência, numa fase inicial, e posteriormente, e de forma gradual, adquirindo maior autonomia, da importância da gestão da dor, procurei promover o conforto do doente durante a realização de determinados procedimentos e intervenções de enfermagem,

como o banho, a aspirações de secreções do TOT, realização do tratamento de feridas e posicionamentos, através de medidas de suporte e de gestão da dor, como incremento de analgesia e um correto posicionamento. Sendo a dor um dos principais motivos, e que se traduz através, de alterações hemodinâmicas, a gestão dessa mesma dor, vai permitir antecipar eventuais focos de instabilidade, e agir de forma imediata e adequada, de acordo com as necessidades da PSC, ao longo do seu ciclo vital.

No sentido de demonstrar competências comunicacionais no cuidado à PSC, e à sua família e/ou pessoas significativas, e de acordo com a OE (2018), o enfermeiro deve ser competente no estabelecimento de uma comunicação terapêutica com a PSC e a sua família, visando a promoção de uma relação terapêutica. Deve, no entanto, ter em consideração, a situação de complexidade e o processo de transição que a pessoa está a vivenciar, na gestão dessa mesma comunicação interpessoal, e no decorrer do estabelecimento dessa mesma relação terapêutica, o EEEMC deve ser capaz de identificar situações que possam ser geradoras de ansiedade para a PSC e a sua família.

A comunicação é considerada, pelos enfermeiros, como uma ferramenta básica na prestação de cuidados de saúde, estando presente em todas as ações e intervenções de enfermagem realizadas junto do doente, nomeadamente, de informar, orientar, apoiar, confortar e satisfazer as suas necessidades (Zani et al., 2014). O cuidar pressupõe uma interação entre dois ou mais indivíduos, caracterizando-se por intervenções de saúde dirigidas aos utentes e partilhadas com o profissional de saúde, e que envolve diálogo, escuta, relação de ajuda, esclarecimento de dúvidas, e promoção da valorização pessoal. Requer, deste modo, uma interação direta entre o profissional e o utente, o que por sua vez depende de uma comunicação efetiva, devendo o enfermeiro recorrer a técnicas de comunicação interpessoal. As expectativas da PSC face ao seu tratamento, e a sua perceção quanto à qualidade dos cuidados prestados podem interferir no processo de comunicação interpessoal e conseqüentemente na relação terapêutica, e por fim, na recuperação da pessoa. A família deve estar incluída no processo de comunicação estabelecido.

Uma comunicação eficaz deve ser o pilar fundamental da relação terapêutica estabelecida entre a família e/ou pessoas significativas da PSC e o enfermeiro, devendo essa relação ser honesta, direta e aberta. A ausência de informação, não só em relação ao diagnóstico, mas também em relação aos procedimentos a serem realizados e ao próprio prognóstico, pode desencadear situações de conflito entre a família e os profissionais de

saúde, e agravar sentimentos de ansiedade já previamente existentes dada a situação crítica da pessoa, seja qual for o contexto de cuidados (Sá et al., 2015).

Ressalvo a prestação de cuidados à criança em situação crítica que envolve cuidados centrados na criança e na sua família e/ou pessoas significativas (Mark, 2021). A admissão da criança no SUP, condicionada pelo aparecimento repentino de uma doença ou situação de trauma, constitui um fator gerador de elevada ansiedade e stress, não só para a criança, mas também para a família, pelo medo e imprevisibilidade associados (McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Estes momentos constituem momentos de elevada complexidade para todos os envolvidos, estando subjacente um afastamento da criança e da família dos seus contextos e ambientes significativos, a vivência da perda de autonomia no cuidado à criança, entre outras experiências pessoais e significativas que exigem, por si só, mobilização para uma adaptação eficaz (Bazzan et al., 2021). A criança necessita de cuidados específicos, dada as suas características biológicas e psicológicas e os diversos fatores de risco inerentes a uma situação de urgência e emergência, pelo que é enfatizada a participação da família nos cuidados e o seu reconhecimento como parceiro nos cuidados, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica, essencial ao desenvolvimento físico e emocional da criança. Perante o internamento da criança, a compreensão do que está a ocorrer favorece o processo de adaptação das vivências experienciadas, devendo os enfermeiros proporcionar que esse mesmo processo seja eficaz, através da utilização da comunicação como um instrumento para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Revela-se, deste modo, essencial o desenvolvimento de competências comunicacionais, que permitam estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e com a sua família, que permitam responder de forma adequada às suas necessidades não só da PSC, mas também da sua família e/ou pessoas significativas.

Através do estabelecimento de uma comunicação interpessoal e eficaz com família, que envolva o contato visual, empatia, tom de voz calmo e amigável, os enfermeiros conseguem estabelecer uma relação de confiança com a família, permitindo a que os elementos da família sejam capazes de expressar os seus sentimentos, as suas dúvidas e necessidades face à situação crítica da pessoa (Lukmanulhakim et al., 2016). O cuidar da família consiste, deste modo, em fornecer informação, mostrar disponibilidade, e construir uma relação terapêutica, estando presente, orientando a família em ambiente

crítico, escutar as suas preocupações, responder às suas dúvidas, e providenciar conforto físico e emocional (Sá et al., 2015).

Ao longo dos diversos contextos de EC, fui-me deparando com a existência de alguns fatores que poderiam contribuir para o comprometimento dessa mesma comunicação terapêutica, o que conduziu, por exemplo à realização de uma reflexão crítica, sob a forma de Jornal de Aprendizagem. Em contexto de cuidados intensivos, a comunicação enfermeiro-doente, pode ser influenciada por diversos fatores, tais como, as características comunicacionais da PSC e o estado geral da mesma, que pode variar diariamente. A comunicação pode encontrar-se, deste modo, dificultada, pela presença do TOT ou traqueostomia, mas também pela prevalência de doentes sedados e pela gravidade da situação clínica. Revela-se, deste modo, fundamental, a adoção de diferentes estratégias de comunicação, como utilização de gestos, expressão facial, linguagem corporal, apertos de mão, toque, e utilização de tabelas de comunicação ou mesmo válvulas fonatórias, de modo a assegurar a diminuição da gravidade das situações clínicas, a nível psicológico, o que vai contribuir, a longo prazo, à diminuição da prevalência de comorbilidades nos doentes. A prevalência de uma comunicação efetiva aumenta os níveis de satisfação e bem-estar da pessoa, alvo dos cuidados, diminuindo a sua ansiedade e aliviando o seu sofrimento, e permite que a pessoa consiga dirigir as suas dúvidas e expressão de necessidades diretamente ao enfermeiro, o que, conseqüentemente, contribui para uma melhoria no processo de tomada de decisão clínica. Por outro lado, uma comunicação efetiva promove o envolvimento do doente e da sua família nos cuidados, contribuindo para o cuidado centrado no doente e a melhoria dos cuidados prestados (Salim et al., 2021).

Considero que de uma maneira geral, em todos os contextos onde realizei a prática clínica do mestrado, todos os enfermeiros demonstravam preocupação em incluir a família nos cuidados à PSC, procurando informar de forma clara, e mostrando disponibilidade. Nem sempre tal foi possível dada a sobrecarga de trabalho e a afluência elevada de pessoas no SU, por exemplo. De forma progressiva, e à medida que também me fui sentindo mais integrada nas dinâmicas dos serviços, procurei estabelecer uma relação terapêutica, não só com a pessoa, alvo dos meus cuidados diretos, mas também com a sua família e/ou pessoas significativas, através da adoção de estratégias de comunicação verbal e não verbal, como uma postura tranquila e de empatia, tom de voz

calmo, mostrando disponibilidade, de forma a que a PSC e/ou a sua família expressassem as suas dúvidas e necessidades e sentimentos vivenciados decorrentes da admissão no SU e internamento em cuidados intensivos. Ao escutar as suas dúvidas e incertezas, e identificando as suas necessidades, fui capaz de informar sobre a situação clínica da pessoa e responder de forma efetiva, procurando transmitir confiança e conforto, levando a uma melhoria na gestão da ansiedade e angústia. Pude constatar que em contexto de SMIPed, existe uma maior disponibilidade para estar presente e dar atenção aos pais, envolvendo os mesmos na prestação de cuidados ao longo do turno e explicando os procedimentos e esclarecendo dúvidas e necessidades, uma vez que é permitido aos pais estarem presentes no serviço ao longo do dia, incluindo durante a noite.

Procurar individualizar os cuidados, adequando as estratégias de comunicação, tendo em consideração as características pessoais de cada doente e da sua família e/ou pessoas significativas, bem como a situação clínica específica de cada um, é fundamental para obter ganhos em saúde e a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O EEEMC, na área de enfermagem à PSC, assume um papel fundamental na conceção, planeamento e na gestão da resposta, pronta e sistematizada, a uma situação de emergência, exceção e catástrofe, visando a sua eficiência e eficácia, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. **Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação constitui**, deste modo, uma das competências específicas que se espera serem evidenciadas pelo EEEMC, na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tal como refere a OE (2018) , a PSC pode vivenciar uma situação crítica, com risco iminente de vida, decorrente não só de uma situação de emergência, mas também de situações de exceção e catástrofe. A catástrofe pode ser definida como um evento, como por exemplo, um acidente grave ou uma série de acidentes graves, em que ocorre a interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, traduzindo-se em perdas humanas e danos materiais, económicos e ambientais, perdas essas que suplantam a capacidade dessa mesma sociedade ou comunidade afetada, de lidar com os seus próprios recursos (ICN & WHO, 2009). As situações de exceção incluem qualquer evento que se caracteriza por um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Associado a estes conceitos, encontra-se frequentemente o de Emergência Multivítimas, que se caracteriza por um número de

vítimas suficientemente elevado capaz de alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de saúde. Visando salvar o maior número possível de vidas, através do melhor tratamento às vítimas e do melhor uso dos recursos disponíveis, este tipo de emergência exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Assim, a OE enfatiza, no Regulamento n.º 361/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, a importância da existência de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contexto extra e intra-hospitalar, tendo em consideração o aumento do número de catástrofes, e a elevada complexidade dos acidentes em que a falência ou risco de falência das funções vitais podem conduzir à morte.

As situações de emergência, exceção e catástrofe constituem um desafio para os enfermeiros, dada a especificidade que caracteriza cada um destes eventos, que por si só já se constituem como situações extraordinárias, podendo ser provocadas pelo homem ou decorrentes de fenómenos naturais, não existindo um modo único de atuação perante as mesmas. Um enfermeiro perante cada uma destas situações deve demonstrar uma atitude proactiva e dinâmica, o que vai contribuir para uma célere avaliação do cenário, no processo de triagem, na implementação de intervenções de diagnóstico e tratamento, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

De acordo com o ICN (2019), a prestação de cuidados de enfermagem perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe requer competência clínica, definindo o enfermeiro avançado ou especializado como aquele que deve demonstrar competência no domínio do planeamento de simulacros de resposta a situações de emergência nas instituições; na atribuição e definição de papéis de cada um dos membros das equipas em cada uma das fases de gestão da situação de desastre; no planeamento e gestão de sistemas adaptáveis de comunicação de emergência ou catástrofe; entre outras competências. O domínio dessas competências deve incluir, igualmente, uma gestão articulada de recursos, o que vai permitir ganhos económicos, de eficácia e eficiência. Esta definição reafirma o defendido pelo OE (2018), que afirma que é ao EEEMC, na área da enfermagem à PSC, que compete dinamizar uma resposta adequada perante situações de exceção e catástrofe, devendo essa resposta ser planeada e gerida de uma forma sistematizada e ter em consideração a eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem implementadas, sem

descurar a necessidade de preservação dos vestígios em caso de indícios de prática de crime.

Tal como referi anteriormente, as situações de exceção e catástrofe são únicas, implicando procedimentos adequados e adaptados a cada uma dessas situações. Revela-se, deste modo, fundamental, que haja uma preparação prévia, através da constituição e preparação de equipas especializadas, com capacidade para intervir, de forma eficaz e eficiente, perante situações de exceção, que surgem de forma inesperada, procurando sempre a qualidade dos cuidados especializados à PSC (ICN & WHO, 2009).

A dinamização da resposta perante uma situação de exceção e catástrofe, inclui, deste modo, o planeamento dessa mesma resposta, devendo o EEEMC, na área da PSC, demonstrar conhecimento e habilidades relativamente aos planos e princípios de atuação em situações de emergência e catástrofe, bem como reconhecer os vários tipos de catástrofe e quais as suas implicações para a saúde. Este domínio de competências inclui também a integração em equipas multidisciplinares e pluriprofissionais, colaborando na organização dos recursos humanos, de matérias e de meios técnicos de intervenção. O EE, perante estas situações, deve definir as suas prioridades de ação, o que vai permitir a sistematização das intervenções a desenvolver.

Os enfermeiros desempenham, assim, um importante papel no cuidado à PSC em situação de exceção e catástrofe, não só no local, prestando cuidados de enfermagem imediatos, mas também nos hospitais, unidades de saúde ou outras instituições e organizações de saúde, que se encontram à retaguarda. Deste modo, os hospitais devem também ter planos e procedimentos instituídos, de modo a garantir que a gestão destas situações inclua todas as fases de gestão da situação de desastre, não se devendo resumir à fase de resposta (Al Harthi et al., 2020) . A DGS (2010), nesse sentido, preconiza que todas as unidades de saúde tenham um plano de emergência, segundo o qual, exista um planeamento sistematizado e integrado de resposta à situação de exceção ou catástrofe.

O plano de emergência consiste, assim, no conjunto de orientações práticas dirigidas aos elementos responsáveis pela elaboração do plano, na unidade de saúde, reforçando a importância de uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e gestão de risco, aspetos essenciais a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição de saúde que eventualmente possa a vir ser afetada por uma situação de desastre. Conhecer o plano de emergência, bem como colaborar na

organização e gestão dos recursos humanos e materiais, sem descuidar a realização de avaliações periódicas dos recursos internos e externos existentes bem como da articulação entre os diversos intervenientes na resposta à situação de exceção e catástrofe, é essencial para assegurar uma resposta eficaz e eficiente. Deste modo, o EEEMC, na área da PSC, ao deter conhecimento sobre o plano de emergência e princípios de atuação inerentes, demonstra competências ao nível de organização e planeamento diferenciados, bem como de gestão das intervenções e do estabelecimento de prioridades. Tal pode ser comprovado, por exemplo, pela necessidade ou não de equipamento de proteção individual (EPI) específico na prestação de cuidados, dependendo do tipo de catástrofe e da avaliação dos riscos para a saúde do indivíduo e/ou comunidade, de acordo com a especificidade da situação de desastre (DGS, 2010).

Outro dos aspetos essenciais para uma resposta eficaz e adequada face à ocorrência destas situações, é o treino e preparação dos enfermeiros. Estes devem, assim, estar envolvidos na preparação e ativação do plano de emergência, o que deve incluir a sua formação em gestão de desastres, treino intensivo perante todos os cenários expetáveis antes, durante e após a ocorrência do desastre, mediante diferentes contextos, como por exemplo, desastres naturais, biológicos, químicos ou radiológicos (Al Harthi et al., 2020).

Ainda no âmbito desta competência específica do EEEMC, na área de enfermagem à PSC, o enfermeiro deve assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n. 429/2018, 2018). O aumento exponencial de situações sociais problemáticas, como o aumento da violência, conduziram a uma preocupação crescente com as vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária. De acordo com Gomes et al. (2017), é fundamental existir um complemento entre a lei e os cuidados de saúde, de modo a proporcionar o melhor resultado possível para o bem-estar com qualidade da pessoa, bem como da sua família e em última instância, da sociedade.

Os enfermeiros, habitualmente, são os primeiros profissionais de saúde com quem as vítimas de crime, ou os próprios agressores, se deparam e com quem têm o primeiro contato, quando se dirigem aos serviços de saúde. Tendo sempre presente o princípio básico de manter a vida e promover a saúde, dando prioridade à avaliação e tratamento de lesões que podem colocar em risco a vida da PSC, perante uma vítima ou um cenário

de possível crime, o enfermeiro deve promover a identificação e recolha de provas e vestígios, bem como realizar procedimentos de registo do local, de provas e vestígios e de todas as atividades realizadas no local, em caso de cenário de possível crime (Silva et al., 2022). Os vestígios constituem elementos essenciais para o sucesso de uma investigação, podendo a sua integridade ficar comprometida se a recolha e preservação dos mesmos não for corretamente realizada, o que conseqüentemente pode levar à sua contaminação ou destruição. Para que tal seja possível, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimento acerca dos procedimentos e do sistema legal institucional, de forma a documentar, preservar e recolher provas e evidências, tendo o dever de proporcionar apoio jurídico e consultadoria as entidades competentes. Nesse sentido, o enfermeiro assume um papel fundamental neste âmbito, devendo possuir um conjunto de competências e conhecimentos teóricos que lhe permitam cuidar da pessoa vítima de violência, tendo em consideração quais os procedimentos, inerentes à prestação de cuidados, a adotar no sentido de preservar eventuais vestígios de indícios de crimes, visando a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem às vítimas de violência e trauma (Gomes et al., 2017).

O EEEMC, na área de enfermagem à PSC deve, deste modo, ser detentor de um corpo de conhecimentos e ser capaz de mobilizar esses mesmos conhecimentos no âmbito da preservação de vestígios de indícios de prática de crime, de forma a colaborar em tempo útil e de uma forma holística com equipas multidisciplinares da investigação criminal/forense.

Pude constatar, no decorrer dos diversos EC, que ainda não existe uma sensibilização e consciencialização dos serviços para esta temática, e para a importância que deve assumir, principalmente em contexto de urgência/emergência. Ainda no decorrer deste período não se verificou nenhuma situação em que fosse necessário preservar vestígios de indícios de prática de crime, assim como prestar cuidados de enfermagem a vítimas de crime.

No decorrer do EC, em qualquer um dos contextos de prática clínica, não ocorreu nenhuma situação de exceção e catástrofe, o que não impediu a aquisição de conhecimento e a análise do plano de emergência existente nas instituições de saúde, onde decorreram os estágios. No decorrer dos EC I e II, que se realizaram na mesma instituição hospitalar, tive oportunidade de consultar o Plano de Emergência, bem como fui

questionando os enfermeiros tutores e outros colegas das equipas de enfermagem, no sentido de perceber o efetivo funcionamento, procedimentos e protocolos de atuação, nos diferentes serviços, perante situações de exceção e catástrofe. Após análise do Plano de Emergência, pude constatar que dele faz parte a avaliação dos riscos potenciais que podem levar à ativação do plano, bem como dos recursos existentes. A ativação do Plano de Emergência é constituída pelas fases de alerta, de alarme e execução, fazendo também parte a organização das áreas no SU, bem como do bloco operatório, imagiologia, farmácia, entre outros, em caso de desastre. Engloba igualmente o plano geral de formação relativamente a esta temática.

No percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da temática de situações de emergência, exceção e catástrofe, destaco a realização de um trabalho académico na UC Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, na parte teórica do mestrado. Com a realização do trabalho pretendia-se a resolução de um caso clínico com um cenário de acidente multivítimas, desde o planeamento à ação, através da análise e reflexão, e mobilização dos conhecimentos adquiridos, desenvolvendo, assim, um plano de intervenção de emergência, exceção e catástrofe com realização da triagem das vítimas, estabilização e transporte. A realização deste trabalho revelou ser uma mais-valia, não só no aprofundar, mas também na mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos e decorrentes da própria experiência profissional em contexto de pré-hospitalar, mas também na possibilidade de colocar em prática, através do planeamento de uma eventual resposta a uma situação de catástrofe. Permitiu, deste modo, aprofundar conhecimentos no âmbito dos vários Planos de Emergência da Proteção Civil, bem como sobre triagem primária e secundária, e quais os métodos de triagem mais utilizados. Simultaneamente potenciou o desenvolvimento de competências na área da conceção de planos de emergência e catástrofe, que constitui uma das unidades de competência do EEEMC, na área de enfermagem à PSC.

Das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC faz parte integrante, a **maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, tendo em conta a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.** Perante o elevado risco de infeção, dado os múltiplos contextos de prestação de cuidados, a complexidade e a diferenciação das situações associadas à prestação de cuidados à PSC,

em que existe a necessidade do recurso a técnicas e procedimentos invasivos no diagnóstico e tratamento, visando a manutenção da vida da pessoa gravemente doente, o EE deve responder de forma eficaz na prevenção e controlo da infeção, bem como na resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem, na atualidade, um dos mais graves problemas de saúde pública à escala global, estando na origem de um aumento significativo da mortalidade e morbilidade, bem como de um consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários e consequentemente aumento dos custos associados. Nos últimos anos, o impacto socioeconómico e ambiental das infeções tem afetado cada vez mais a sociedade, que tem enfrentado novas infeções como Sars-Covid 19. Paralelamente, na atualidade, quase todos os microrganismos desenvolveram alguma resistência antimicrobiana, tornando este um grave problema a nível mundial (Haque et al., 2018). O número total de doentes com IACS em hospitais europeus, entre 2011-2012, rondava cerca de 3,2 milhões, causando 37,000 mortes como consequência direta e 16 milhões de dias adicionais de internamento, com um custo aproximado de 7 mil milhões de euros (Puro et al., 2022). Um estudo desenvolvido pela WHO, demonstrou que 51% dos utentes internados em UCI desenvolveram IACS, o que aumentou o período de internamento, bem como o risco de ocorrência de novas infeções e de outras comorbilidades (Haque et al., 2018).

Em 2011, a WHO, definiu IACS como a infeção adquirida em contexto de prestação de cuidados de saúde, numa instituição de saúde, seja em ambiente hospitalar ou em outra entidade de saúde, após o momento de admissão da pessoa. São frequentemente designadas de infeções nosocomiais, ou seja, infeções adquiridas em meio hospitalar durante o internamento da pessoa, afetando principalmente, a via urinária, respiratória, local cirúrgico e corrente sanguínea (DGS, 2013b; WHO, 2011). As principais infeções associadas às IACS incluem a infeção relacionada com CVC, pneumonia associada a entubação orotraqueal, infeção do local cirúrgico, infeção urinária associada a cateter vesical, infeções da corrente sanguínea, e infeções da pele e tecidos moles associadas aos cuidados (Puro et al., 2022).

Tal como referi anteriormente, um dos problemas associados à existência de IACS e de importância crescente a nível mundial, é o aumento da resistência dos microrganismos aos Antimicrobianos. É fundamental que as diversas organizações e

instituições de saúde não ignorem as implicações das IACS e o seu impacto negativo, não só no doente, mas também nas próprias instituições de saúde, e na comunidade, traduzido pelo aumento dos índices de mortalidade e morbidade, aumento do tempo de internamento e conseqüente aumento dos custos em saúde (DGS, 2018). Nesse sentido, e procurando dar resposta a esta problemática e preocupação crescente, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Microbianos (PPCIRA), em 2013, considerado como um programa prioritário. Apresenta como principais objetivos melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde com conseqüente diminuição das IACS, melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos e ainda, diminuir a resistência a estes (Despacho n.º 2902/2013, 2013). Nesse sentido, foi implementada a Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que tem como objetivo dotar as unidades de saúde de informação padronizada e consistente sobre o cumprimento da higiene das mãos, das PBCI e do uso adequado de luvas, de modo a aplicar os dados obtidos em ações de melhoria de processos e qualidade e segurança dos cuidados. As PBCI consistem num conjunto de boas práticas, uniformizadas, que devem ser implementadas de acordo com os procedimentos clínicos e riscos inerentes, visando a prevenção da transmissão cruzada de IACS (DGS, 2018). Têm, assim, como objetivo garantir a segurança da pessoa alvo dos cuidados, dos profissionais de saúde, e de todos os que entram em contato com qualquer serviço de saúde.

Neste âmbito, a higiene das mãos, integrada no conjunto das PBCI, de modo a evitar a transmissão cruzada constitui uma das medidas mais simples, mas mais eficazes na redução da IACS, uma vez que tem impacto direto na prevenção e controlo da infeção, e de modo secundário, no controlo da resistência aos antimicrobianos (DGS, 2019). Ao longo dos diferentes EC, procurei cumprir o algoritmo dos cinco momentos para a higiene das mãos, cumprindo as medidas gerais de higienização das mãos bem como a técnica de higienização das mesmas. Constatei que, de forma generalizada, em todo o SUMC, estava presente informação sob a forma de cartazes, não só em relação aos momentos de higienização, mas também sobre a técnica correta de higienização das mãos, estando, deste modo, disponível, não só para os profissionais de saúde, e outros profissionais que trabalham na instituição, mas também para os utentes e familiares. De igual modo, no SMIP, pude constatar que estava muito presente a importância desta medida, não só entre

os profissionais de saúde, mas também entre os familiares, após a correta educação por parte dos enfermeiros nesse sentido, não só em relação aos momentos de higienização, mas também sobre a técnica correta de higienização das mãos, tal como nos EC em contexto de pediatria.

Aliada à higienização das mãos, a preocupação pela utilização adequada de equipamento de proteção individual, de acordo com o tipo de cuidados de enfermagem, e o risco de infeção existente face às vias de transmissão presentes, foi uma constante, tendo por base também os protocolos e normas existentes nos serviços relativamente à prevenção e controlo de infeção, que tive oportunidade de consultar no âmbito dos diversos EC. Pude verificar que no SMIP está sempre presente a preocupação pela prevenção da infeção cruzada associadas aos profissionais de saúde, através da adoção de medidas e estratégias, tais como, a existência de solução antisséptica alcoólica em cada unidade do doente, e cada unidade é constituída por material próprio, não havendo necessidade de estar a recorrer a outra unidade de outro doente para utilizar o material. Existe também o cuidado de utilizar EPI em cada contacto com o doente, sendo sempre retirado ao sair da unidade do doente, evitando assim o risco de contaminação cruzada. Particularizando ao SMIPed, pude verificar a utilização, por parte dos enfermeiros, de equipamento de proteção individual, no contacto com cada criança e na prestação de cuidados à mesma, bem como dos pais e/ou familiares ou pessoas significativas, que dispunham à entrada da unidade, numa sala, material de desinfeção das mãos bem como batas. Pude constatar que em todos os contextos de EC, existiam elementos de ligação à comissão de controlo e prevenção da infeção hospitalar.

Tendo em consideração que ao longo dos EC ainda se estava a vivenciar um contexto de pós-pandemia, foi sempre integrado, na prática diária, o cumprimento de medidas de prevenção e controlo da infeção, bem como de medidas no âmbito das PBCI, de acordo com os 10 padrões de qualidade estabelecidos pela DGS (2013b), nomeadamente, avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

No decorrer dos EC, nos diferentes contextos de prática clínica onde foram realizados, tive oportunidade de mobilizar os meus conhecimentos, anteriormente adquiridos, não só durante a parte teórica do curso de mestrado, mas também dos estágios que ia realizando. Tendo por base a realização de um trabalho no âmbito da UC Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, durante a parte teórica do curso de mestrado, sob o tema da infeção do trato urinário, em que aprofundamos o nosso conhecimento relativamente à infeção do trato urinário associada aos cuidados de saúde, e especificamente associada ao uso do cateter urinário, consegui mobilizar esses mesmos conhecimentos e aplicar na prestação direta de cuidados, em contexto de SU, no sentido da prevenção e controlo da infeção, sustentando os meus cuidados e uma análise crítico-reflexiva dos mesmos, no «Feixe de Intervenções» para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Catéter Vesical, preconizada pela DGS (2022). Pude constatar que evitar o cateterismo vesical é uma realidade cada vez mais presente no SUMC onde realizei o EC I, sendo este procedimento restrito a situações em que é necessário monitorizar o balanço hídrico na PSC, e procurando-se outras estratégias, como a realização de cateterização única para colheita de urina assética, por exemplo. O motivo clínico para a inserção do catéter urinário fica também registado na plataforma de registos de enfermagem, tendo um campo próprio para tal, como preconiza a DGS (2022). Na prestação de cuidados de enfermagem associados ao cateterismo vesical, procurei cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem, sem descuidar a higienização das mãos e o uso de luvas, bem como cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado, de modo a manter o sistema de drenagem esterilizado e continuamente fechado, realizando a higiene do meato urinário de acordo com as normas instituídas, e procurando manter o cateter vesical seguro (DGS, 2022).

Procurei, sustentar, deste modo, a minha prestação de cuidados, nos diversos contextos de EC, não só no conhecimento teórico anteriormente adquirido, mas também nos protocolos de controlo de infeção existentes nos serviços, nomeadamente nos que dizem respeito, ao feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação, prevenção da infeção da corrente sanguínea, prevenção da infeção associada ao CVC, e prevenção da infeção do trato urinário associado ao cateterismo vesical,

procurando orientar os meus cuidados à PSC no sentido de prevenir e reduzir o risco de infecção, tendo sempre em consideração o ambiente e o contexto de prestação de cuidados, não só pela complexidade das situações presentes, procedimentos invasivos, de diagnóstico e terapêutica, mas também pelo risco aumentado de infecção que isso acarreta.

Em suma, considero que todas as atividades desenvolvidas ao longo dos diversos EC, e que procurei espelhar no presente relatório, evidenciam o meu percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC, na área de especialização em enfermagem à PSC.

3. AQUISIÇÃO DA MESTRIA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

No âmbito do presente ciclo de estudos, nomeadamente curso de MEMC, pretende-se evidenciar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão em enfermagem, através da apresentação e discussão pública do presente relatório de estágio, visando a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em enfermagem à PSC.

Deste modo, neste capítulo, procuro demonstrar o percurso percorrido no desenvolvimento das competências de mestre, sustentado no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (2018). Segundo este documento, o grau de mestre pode ser concedido decorrente de uma especialidade, mediante a demonstração de determinadas competências, nomeadamente, desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos na licenciatura, de uma forma aprofundada e fundamentada que permita a sua aplicação em vários contextos, incluindo na investigação; aplicação desses mesmos conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que não estejam relacionados com a área de estudo; evidência de aptidão para completar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situação de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem das soluções ou dos juízos ou que os condicionem; capacidade de comunicar para transmitir as suas conclusões bem como os conhecimentos e raciocínios inerentes a essas mesmas conclusões, a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e não ambígua; e ainda a competência de aprendizagem e autoformação, de forma auto-orientada e autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Tendo em consideração as competências de mestre, o percurso académico delineado e desenvolvido ao longo do presente curso de MEMC foi sustentado nos conhecimentos, anteriormente adquiridos, decorrentes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, alicerce do meu projeto de construção da minha identidade profissional e pessoal. Para tal contribuiu, igualmente, a componente teórica do presente ciclo de estudos, que potenciou o aprofundar e desenvolvimento de conhecimentos na área de cuidar especializado à PSC, ao longo do seu ciclo vital. Aliado à frequência de outras formações como a recertificação do Curso SIV e SAV e outras ações de formação, no

âmbito do meu contexto profissional, e participação em congressos e jornadas, como o Congresso de Enfermagem do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, e Congresso Internacional Emergência'23, considero que todas estas atividades formativas foram essenciais para uma base de conhecimentos cruciais a uma prática de cuidados seguros e de qualidade.

Destaco, igualmente, todos os trabalhos académicos realizados no âmbito das diversas UC, que considero terem sido fundamentais pela pesquisa bibliográfica, através da qual se procurou sustentar esses mesmos trabalhos à luz da mais recente evidência científica. Por outro lado, o facto desses trabalhos serem todos apresentados aos docentes e restantes colegas da turma, favoreceu o desenvolvimento de habilidades na transmissão e comunicação das conclusões obtidas com a realização dos trabalhos académicos.

Ressalvo também, a realização de um estudo de caso, no âmbito do EC III – Cuidados Intensivos, em que, à luz do processo de enfermagem, realizei a avaliação da PSC e família/pessoas significativas, identificando quais os focos de atenção e necessidades da pessoa alvo dos meus cuidados. Mediante essa avaliação inicial, foi possível enunciar diagnósticos de enfermagem, e planear e implementar as intervenções de enfermagem mais adequadas de modo a responder às necessidades da PSC e da sua família/pessoas significativas e a alcançar os resultados esperados. Fundamentando o processo de enfermagem na melhor evidência científica, através de pesquisa bibliográfica em fontes fidedignas, e aliado à reflexão crítica, suporrei a minha tomada de decisão e a minha prática clínica. Também nesta situação foi apresentado aos docentes orientadores bem como aos restantes colegas, o resultado de todo o trabalho realizado, dando, deste modo, resposta às competências de mestre de comunicar as minhas conclusões a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades. Esta competência também pôde ser evidenciada, ao longo dos diversos EC, nas passagens de turno e transferência de doentes para outros serviços, em que foi necessário transmitir informação acerca dos mesmos, aos colegas. A apresentação e defesa do presente relatório será mais um momento que colocará em evidência esta competência, que considero que não culminará com o término deste ciclo de estudos.

Todo este conhecimento científico adquirido no 1º ciclo de estudos e aprofundado e desenvolvido na componente teórica do 2º ciclo de estudos, possibilitou, através da mobilização de conhecimentos, um corpo de saberes teóricos e práticos que sustentaram

a minha capacidade de dar resposta a situações desafiantes e complexas que foram surgindo ao longo dos EC, nos diferentes contextos de prática clínica onde realizei estágio, visando uma prática de cuidados segura, diferenciadora e de qualidade, capacitando-me assim para a resolução problemas nestas situações novas e familiares, que constituíram os EC. A realização do EC - Opção Clínica, em contexto de pediatria, dado o pouco contato que tenho com a criança em situação crítica, pela baixa pouca casuística das situações de emergência, no âmbito da minha experiência profissional, em contexto de extra-hospitalar, revelou ser uma mais valia no desenvolvimento de competências, pelas oportunidades de aprendizagem e prestação de cuidados especializadas à criança em situação crítica, com base em pesquisa bibliográfica da mais recente evidência científica e momentos de reflexão com os enfermeiros tutores, contribuindo para a minha evolução enquanto futura EEEMC, na área de enfermagem à PSC.

Considero que os diversos EC contribuíram, assim, para o desenvolvimento de competências no âmbito da tomada de decisão e reflexão. A consciencialização das minhas necessidades de conhecimento e formação, em determinadas áreas temáticas nos diferentes EC, particularmente em contexto de cuidados intensivos e pediatria, foi o propulsor para a realização de pesquisa bibliográfica pela evidência científica mais recente, de modo a fundamentar o meu processo de tomada de decisão no cuidar da PSC, ao longo do ciclo vital, com particular enfoque na criança em situação crítica, e consequentemente prestar cuidados de enfermagem mais seguros e de qualidade. De igual modo, essa necessidade de pesquisa bibliográfica, traduziu-se, em diversos momentos, em reflexões críticas de determinadas situações em contexto de EC, segundo o modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs. Ter consciência das minhas necessidades formativas considero que contribuiu igualmente para o desenvolvimento da competência de autoaprendizagem e autoformação, uma vez que foi o ponto de partida para a escolha da área de opção, nomeadamente, a pediatria, traduzida no Projeto de Autoformação e concretizada no EC – Opção Clínica.

Relativamente à competência de mestre de autoaprendizagem e autoformação, considero que todas as atividades formativas desenvolvidas, ao longo do percurso formativo e académico, tais como os trabalhos académicos, planeamentos dos EC com a definição de objetivos a alcançar, projeto de autoformação, e respetivos relatórios,

contribuíram para o desenvolvimento de competências que conseqüentemente conduziram a um desenvolvimento autónomo de autoformação e autoaprendizagem ao longo do presente mestrado.

CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio, intitulado “Desenvolvimento de Competências no Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica ao longo do ciclo vital” representa a última etapa do meu percurso académico e formativo desenvolvido ao longo do 1º Curso de MEMC, na área de especialização em enfermagem à PSC, da ESSSM em parceria com a Escola Superior São José de Cluny, culminando com a apresentação e discussão pública do mesmo, visando a obtenção de Grau de Mestre. A realização do presente trabalho permitiu, assim, uma análise crítico-reflexivo relativamente ao meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem comuns, específicas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da PSC, bem como relativamente ao que este percurso me proporcionou e representou para mim enquanto futura EEEMC e mestre na área de especialização em enfermagem à PSC.

A elaboração do Relatório de Estágio pretendeu evidenciar, através da descrição e reflexão crítica, as experiências e momentos vivenciados ao longo dos EC desenvolvidos, bem como as atividades desenvolvidas, nos diferentes contextos de prática clínica, de acordo com o Plano de Estudos do presente curso de MEEMC, destacando igualmente a importância da componente teórica do mesmo. Os conteúdos desenvolvidos nas UC, teóricas e práticas, bem como a metodologia crítico-reflexiva, fomentaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas, assim como de mestre, alicerçando a prática clínica dos EC, através da mobilização desses mesmos conhecimentos anteriormente adquiridos. Por sua vez, os EC revelaram ser excelentes contextos de aprendizagem pertinentes pela diversidade de oportunidades e especificidade de cada um dos campos de estágio, proporcionando várias experiências e conhecimentos fundamentais à aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências, requeridas ao EEEMC, bem como ao enfermeiro mestre.

Ressalvo neste percurso académico, a realização do EC, na área da pediatria, em contexto de urgência/emergência e de cuidados intensivos, tendo sido uma mais-valia, não só no âmbito da aquisição de competências comuns e específicas do EEEMC, mas também futuramente, no meu contexto profissional, em meio extra-hospitalar, contribuindo para uma prestação de cuidados à criança em situação crítica, com maior

confiança e segurança, sustentada na melhor evidência científica, o que se irá traduzir numa melhoria dos cuidados prestados e na promoção da segurança da criança.

Deste modo, após a reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas, sustentadas na melhor evidência científica, posso concluir que a frequência do presente mestrado, quer na sua vertente teórica quer prática, permitiu alcançar os objetivos a que me propus no início deste percurso académico, uma vez que considero que, neste momento, possuo um corpo de saberes teóricos e competências que me permitem uma abordagem à PSC, ao longo do seu ciclo vital, especializada, holística, fundamentada nos mais recentes conhecimentos científicos, visando cuidados seguros de qualidade.

Assim, foram desenvolvidas competências comuns de EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados prestados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De igual modo, desenvolvi competências específicas do EEEMC, na área de enfermagem à PSC no que concerne ao cuidar da PSC/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

Desenvolvi ainda competências de mestre, nomeadamente, na aquisição de conhecimentos e na capacidade de compreensão dos mesmos e da sua integração na resolução de problemas, através de um processo de tomada de decisão, e na capacidade de apresentar e comunicar soluções e conhecimentos adquiridos, de forma clara, em contextos multidisciplinares. Procurei, também, ao longo deste percurso académico, desenvolver competências no âmbito da aprendizagem contínua, autónoma, visando o crescimento pessoal e profissional.

Considero que o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE na área da PSC, foi um processo gradual e contínuo, no decorrer do qual, senti algumas limitações e dificuldades na gestão de cuidados e adaptação a diferentes métodos de trabalho e dinâmicas em relação ao meu contexto profissional, em ambiente pré-hospitalar, funções que desempenho enquanto enfermeira, nesse âmbito, há cerca de 10 anos, limitações e dificuldades essas acrescidas num contexto tão particular e específico como, por exemplo, a pediatria. No entanto, considero que também foi possível mobilizar

conhecimento e habilidades específicas do meu contexto profissional e transpor para os EC e para o percurso acadêmico.

A gestão da conciliação entre vida profissional, pessoal e acadêmica, foi igualmente uma dificuldade com que me fui deparando e adaptando ao longo do percurso acadêmico. No entanto, considero que foi uma limitação superada.

Enquanto futura EEMC, na área de enfermagem à PSC, considero que todo o percurso desenvolvido ao longo deste ciclo de estudos, irá contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, fundamentados na melhor evidência científica, à PSC, ao longo do seu ciclo vital, no que concerne à sua qualidade e segurança.

Importa ressaltar que o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências específicas e especializadas, é um processo dinâmico e contínuo, que continuará a ser desenvolvido mesmo após o término do mestrado, mobilizando-o no meu contexto e prática diária de cuidados. Posso concluir que todo este processo foi determinante na construção da minha identidade profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Formasau.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. [Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf)

Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>

Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., & Almalki, M. (2020). Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 13, 2627–2634. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279513>

Associação Portuguesa de Segurança Infantil. (2022). *Relatório de Avaliação - 30 anos de Segurança Infantil em Portugal 2022*. https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf

Batalha, L. M. C. (2016). *Criança em situação de emergência: reanimação - Manual de estudo - Versão 1*. ESEnfC.

Bazzan, J., Marten, V., Gabatz, R., Klumb, M., & Schwartz, E. (2021). Comunicação com a equipa de saúde intensivista: perspetiva da família de crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (N.º 7). <https://doi.org/10.12707/RV21010>

Beatriz, G.-C., María José, O., Inés, J.-L., Yolanda, H. G., Concha, Á.-D.-V., Javier, T.-S., & Cecilia M, F.-L. (2023). Medication errors in children visiting pediatric emergency departments. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.03.006>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Quarteto Editora.

Braganza, M. A., Glossop, A. J., & Vora, V. A. (2017). Treatment withdrawal and end-of-life care in the intensive care unit. *BJA Education*, 17(12), 396–400. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkx031>

Burgess, A., Van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(S2), 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

Cintra, D. C. E., Dias, P. L. M., & Cunha, M. L. da R. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1–10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44267>

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. [cnt-rel-crrneu-pdf.aspx \(dgs.pt\)](http://cnt-rel-crrneu-pdf.aspx(dgs.pt))

Cottrell, E. K., O'Brien, K., Curry, M., Meckler, G. D., Engle, P. P., Jui, J., Summers, C., Lambert, W., & Guise, J.-M. (2014). Understanding Safety in Prehospital Emergency Medical Services for Children. *Prehospital Emergency Care*, 18(3), 350–358. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.869640>

Coyer, F., Labeau, S., & Blot, S. (2022). Preventing pressure injuries among patients in the intensive care unit: insights gained. *Intensive Care Medicine*, 48(12), 1787–1789. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06838-3>

Decreto-Lei n.º 65/2018, Diário da República: I série, n.º 157 (16 agosto).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

D'Errico, S., Zanon, M., Radaelli, D., Padovano, M., Santurro, A., Scopetti, M., Frati, P., & Fineschi, V. (2022). Medication Errors in Pediatrics: Proposals to Improve the Quality and Safety of Care Through Clinical Risk Management. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.814100>

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 28 (10 fevereiro). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho n.º 2902/2013 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 38 (22 fevereiro). [0717907180.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/02/029020001/0000200010.pdf)

Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, II série: n.º 187 (24 setembro). [0009600103.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/093900001/0000200010.pdf)

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 153 (11 agosto). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/103190000/2067320678.pdf>

Dias, A. L., Ferreira, J. A., Preto, C., Próspero, F., Gaspar, E., & Calvino, J. (2015). Assistência Pediátrica de uma viatura médica de emergência e reanimação no interior do país. *NASCER E CRESCER - Revista de Pediatria Do Centro Hospitalar Do Porto*, 24(4), 155–159. [04_NascerE Crescer_24-4_AO-2.pdf \(chporto.pt\)](https://files.chporto.pt/2015/04/04_NascerE Crescer_24-4_AO-2.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2003a). Circular Normativa n.º 09 - A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2003b). Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013a). Norma 015/2013 - Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. www.cnpd.pt

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx (dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2013c). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf (min-saude.pt)

Direção-Geral da Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2020). Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-saude_aprovado-a-26_11_2020_v2-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 «Feixe de Intervenções» para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. [Norma 2 \(novo design\)_SPMS_V2](http://Norma%20(novo%20design)_SPMS_V2) (min-saude.pt)

Diz, A. B. M., & Lucas, P. R. M. B. (2022). Hospital patient safety at the emergency department - a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1803–1812. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021en>

Donaldson, L., Ricciardi, W., Sheridan, S., & Tartaglia, R. (2021). *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia, Eds.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>

Elbaih, A., & Safi, M. (2021). Approach to critical ill child. *Medicine Science / International Medical Journal*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.5455/medscience.2020.08.176>

Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (Nº 1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>

Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. do. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2712. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>

Fonseca, E. (2015). Formação: Uma Narrativa para a prestação de cuidados enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1(7).

Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer - Revista de Pediatria Do Centro Hospitalar Do Porto*, 25(3), 136–140. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.chporto.pt:10400.16/1999>

Gomes, C., Corte-Real, F., & Chaves, M. (2017). Questionário sobre preservação de vestígios na assistência à vítima por Enfermeiros (QPVAVE) do Serviço de Urgência e/ou Emergência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 18(2). <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE18.pdf>

Granata, C., Guasconi, M., Ambrosi, F., Anderle, L., Marone, B., Dimonte, D., Tumbiolo, F., Bassi, M. C., Anderson, G., Sarli, L., Artioli, G., & Bonacaro, A. (2023). Evaluation of pain in the paediatric patient admitted to sub-intensive care: a scoping review protocol. *Acta Biomedica*, 94(1). <https://doi.org/10.23750/abm.v94i1.14159>

Hannawa, A. F., Wu, A. W., Kolyada, A., Potemkina, A., & Donaldson, L. J. (2022). The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 105(6), 1561–1570. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.016>

Haque, M., Sartelli, M., McKimm, J., & Abu Bakar, M. Bin. (2018). Health care-associated infections - an overview. *Infection and Drug Resistance*, Volume 11, 2321–2333. <https://doi.org/10.2147/IDR.S177247>

Harada, M. de J., Chanes, D., Kusahara, D., & Pedreira, M. (2012). Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 639–642.

Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A.-M., Kaučič, B. M., Filej, B., Riklikiene, O., Flores Vizcaya-Moreno, M., Perez-Cañaveras, R. M., De Raeve, P., & Mikkonen, K. (2019). Assessment of nursing students' competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 100, 103414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103414>

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico* (1ª Edição).

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde 2021*. <https://www.ine.pt>

International Council of Nurses. (2019). Core Competencies In Disaster Nursing Version 2.0. [Core competencies in disaster nursing: Version 2.0 | ICN - International Council of Nurses](https://www.icn-nurses.org/core-competencies-in-disaster-nursing-version-2.0)

International Council of Nurses (2023). (2023, August 12). *Nursing Definitions*. <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>

International Council of Nurses, & World Health Organization. (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies ICN 2009.

<http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>

Jain, P. N., Choi, J., & Katyal, C. (2019). Pediatric Care in the Nonpediatric Emergency Department: Provider Perspectives. *Hospital Pediatrics*, 9(3), 216–219.

<https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0133>

Jansson, J., Josse Eklund, A., Larsson, M., & Nilsson, J. (2020). Prehospital care nurses' self reported competence: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 52, 100896. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100896>

Joseph, M. M., Mahajan, P., Snow, S. K., Ku, B. C., & Saidinejad, M. (2022). Optimizing Pediatric Patient Safety in the Emergency Care Setting. *American academy of pediatrics*, 150(5), 1–23.

http://publications.aap.org/pediatrics/articlepdf/150/5/e2022059673/1389675/peds_2022059673.pdf

Kaufmann, J., & Laschat, M. (2020). Challenges of Being Prepared for Pediatric Emergencies. *Prehospital Emergency Care*, 24(2), 303–304.

<https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1626957>

Le Boterf, G. (2018). *Construindo competências coletivas: Cooperar de forma eficaz em empresas, organizações e redes profissionais*. Eyrolles.

Lei n.º 15/2014, Diário da República: I série, n.º 57 (21 março). [0212702131.pdf](#) ([diariodarepublica.pt](#))

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º 181 (16 setembro). [0805908105.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/0805908105.pdf)

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. [estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf\(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.inesctecabril2018.pt/ordemenfermeiros.pdf)

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578.

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lukmanulhakim, L., Suryani, S., & Anna, A. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5456–5462.

<https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20164228>

Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação Transcultural e Validação para a População Portuguesa. *Servir*, 2(1), 19–30. <https://doi.org/DOI:10.48492/servir0201.23763>

Mark, K. (2021). Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 20–36. <https://doi.org/10.1111/scs.12829>

Marques, S. R. C. (2019). *As Intervenções Especializadas de Enfermagem à Criança e Família em Situação de Emergência* [Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

McAlvin, S. S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 477–484. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014922>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 21(1). <https://doi.org/10.1542/p>

Meyburg, J., Bernhard, M., Hoffmann, G. F., & Motsch, J. (2009). Principles of Pediatric Emergency Care. *In Deutsches Arzteblatt*, 106 (45).
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0739>

Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2, 147–152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>

Mueller, B. U., Neuspiel, D. R., Fisher, E. R. S., Franklin, W., Adirim, T., Bundy, D. G., Ferguson, L. E., Gleeson, S. P., Leu, M., Quinonez, R. A., Rinke, M. L., Shiffman, R. N., Saarel, E. V., Tieder, J. S., Yin, H. S., Phillips, S. C., Quinonez, R., Brown, J. M., Walsh, K. M., ... Hsu, B. (2019). Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*, 143(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3649>

Nicolì, S., Benevento, M., Ferorelli, D., Mandarelli, G., & Solarino, B. (2022). Little patients, large risks: An overview on patient safety management in pediatrics settings. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.919710>

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 1–24. divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. [ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer Conjunto n.º 01/2017 Atribuição de Responsável de Turno.

[ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno .pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). Parecer n.º 10/2017 Diferenciação das Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. [Microsoft Word - Parecer MCEEMC n.º 10-2017 Diferenciação das intervenções de Enfermagem do EEMC em relação ao EG num serviço d \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 14/2018 Retificado - Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação - Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. [Microsoft Word - Parecer MCEEMC n.º 14-2018 Postos de trabalho nos serviços de urgência anonimizado.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer do conselho de enfermagem n.º 07/2020 - Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica. [Microsoft Word - Parecer n.º 07_CE_27.02.2020 Transporte secundário de pessoas em situação crítica EDOC_2020_1368.docx \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Médicos. (2022). Formação em cuidados intensivos pediátricos. [Documento Orientador para a Formação em Cuidados Intensivos Pediátricos – Ordem dos Médicos \(ordemosmedicos.pt\)](#)

Owusu-Ansah, S., Moore, B., & Shah, M. I. (2020). Pediatric Readiness in Emergency Medical Services Systems. *Pediatrics*, 145(1). [Pediatric Readiness in Emergency Medical Services Systems | Pediatrics | American Academy of Pediatrics \(aap.org\)](#)

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - *Medicina Intensiva*. [Microsoft Word - RNEHR Medicina Intensiva - Aprovada 10 agosto 2017 \(sns.gov.pt\)](#)

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Puro, V., Coppola, N., Frasca, A., Gentile, I., Luzzaro, F., Peghetti, A., & Sganga, G. (2022). Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: an Italian expert opinion statement. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01125-8>

Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República: II série, n.º 123 (26 junho). [sep_Regulamento_Padrees_Qualidade_Cuidados_Especializados_em_Enfermagem_Pessoa_Estado_Critico.pdf](#)

Regulamento n.º 76/2018: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Diário da República: II série, n.º 21 (30 janeiro). [0347803487.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Regulamento n.º 226/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, Diário da República: II série, n.º 74 (16 abril). [1075810764.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, Diário da República: II série, n.º 135 (16 julho). [1935919370.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro). [0474404750.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República: II série, n.º 184 (25 de setembro). [files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf](#)

Regulamento n.º 464/2022 Regulamenta a admissão e funcionamento aos cursos de 2º ciclo, conferentes do grau de mestre, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Diário da República: II série, n.º 93 (13 maio). [0052800535.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, Diário da República: I série A, n.º 2 (3 janeiro). [00140036.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

Ribeiro, P. (2013). Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações? *Nursing*, 288, 35 – 37.

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2018). Facing the Future: Standards for children in emergency care settings. www.rcpch.ac.uk/facingthefuture.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. <https://www.researchgate.net/publication/302914687>

Salim, A., Arulappan, J., Matua, G., Al-Ghafri, S., Al-Sarakhi, S., Al-Rahbi, K., & Jayapal, S. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy. *SAGE Open Nursing*, 7, 1–9. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>

Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15–23.

Siebert, J. N., Bloudeau, L., Combescure, C., Haddad, K., Hugon, F., Suppan, L., Rodieux, F., Lovis, C., Gervaix, A., Ehrler, F., Manzano, S., Saillant, M., Grandjean, R., Leuenberger, A., Donnet, P., Hauck, P., Pappalardo, S., Nidegger, P., Neel, D., ... Berger, C. (2021). Effect of a Mobile App on Prehospital Medication Errors During Simulated Pediatric Resuscitation. *JAMA Network Open*, 4(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.23007>

Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 30, 103–119. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

Silva, E., Mendes, A., & Antunes, S. (2021). *Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura* (pp. 353–361). <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>

Silva, R., Ferreira, C., Sá, G., Souto, R., Barros, L., & Galindo-Neto, N. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

Unicef. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: Clean Care is Safer Care. www.who.int

World Health Organization. (2016). GUIDELINE: updates on paediatric emergency triage, assessment and treatment: Care of critically ill children. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization, & OECD. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. www.healthobservatory.eu

Yock-Corrales, A., & Soto-Martínez, M. (2012). The Critically Ill Child. *Observer*. <https://www.researchgate.net/publication/277133019>

Zani, A. V., Marcon, S. S., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. de L. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 139–149. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144036>