Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS VISANDO A PESSOA COM AFEÇÃO CARDÍACA CRÍTICA:

Do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos

Sara Isabel Henriques Fernandes

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

Funchal,

2024

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS VISANDO A PESSOA COM AFEÇÃO CARDÍACA CRÍTICA:

Do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos

Sara Isabel Henriques Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Márcia Alves

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

Funchal,

2024

"Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância"

John F. Kennedy, s.d.

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso não seria possível sem o apoio, colaboração e carinho das pessoas que me acompanharam durante esta caminhada. Agradeço a todos aqueles que facilitaram o meu processo de crescimento pessoal e profissional, permitindo-me alcançar esta tão desejada etapa.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pela referência e excelência que é no mundo da enfermagem e pelos anos de formação em conhecimentos e valores desde o início da minha caminhada.

À Professora Márcia Alves pela orientação neste percurso, disponibilidade, preocupação e acompanhamento, agindo como agente motivador e impulsionador na minha aprendizagem.

Ao enfermeiro gestor Luís Freitas e aos colegas do Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardiotorácica pelo incentivo, compreensão e motivação durante este trajeto.

A todos os enfermeiros orientadores, Miguel Rodrigues, Gisela Teixeira, Elsa Jardim, Vanda Barandas, Ricardo Barbosa e Pedro Antunes, por todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Por serem exemplos e referências como profissionais na enfermagem e por terem sido agentes facilitadores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas amigas e companheiras desta aventura, Catarina, Lígia e Carla, pelo apoio incondicional, carinho e motivação perante todas as adversidades. Foram os meus alicerces neste percurso, tornando-o exequível.

Aos meus amigos de sempre, em especial à Tânia e Vanessa, pela amizade, paciência e apoio incondicional.

Aos meus pais e ao Rodolfo, por serem os meus maiores apoiantes e por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu não sou capaz de o fazer. Por todo o vosso amor, compreensão, carinho e presença contínua. Todos os dias, todas as horas.

A todos, o meu sincero obrigada!

RESUMO

No âmbito do VI Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, elaborei um relatório intitulado "O Desenvolvimento de Competências Especializadas visando a Pessoa com afeção cardíaca crítica: Do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos". O presente relatório, aliado à discussão pública, objetiva dar visibilidade ao percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, bem como as competências de Mestre. O mesmo assenta numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva fundamentada na evidência científica e nos referenciais da profissão.

Para a consecução dos objetivos, destaco a importância dos Ensinos Clínicos: o Ensino Clínico I realizado num Serviço de Urgência Polivalente; o Ensino clínico II e o Módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório, realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes; e o Módulo II, referente à Opção Clínica, concretizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia e Hemodinâmica, bem como numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos.

A seleção da opção clínica decorreu do interesse na prática profissional no cuidado à Pessoa com Afeção Cardíaca Cítica, visando aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a prestação segura de cuidados especializados, dada a relevância global desta problemática, atendendo aos elevados índices de mortalidade.

Estruturalmente, o relatório encontra-se organizado em três capítulos: o primeiro ilustra o enquadramento teórico da área selecionada; o segundo descreve o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica; o terceiro culmina no desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório reflete o percurso de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre, contribuindo para a consciencialização de que, na minha prática profissional, devo assumir os desafios que surgirem, moldando-a de acordo com a evidência científica, na procura pela excelência dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competência; Doença Crítica; Choque cardiogénico.

ABSTRACT

As part of the VI Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, I wrote a report entitled “The Development of Specialized Skills aimed at People with critical heart conditions: From the emergency service to the intensive care unit”. This report, allied with the public discussion, aims to give visibility to the path for acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in terms of the critically ill person, as well as the Master´s skills. It is based on a descriptive, analytical and reflective methodology based on scientific evidence and the references of the profession.

To achieve the objectives, it is important to highlight the importance of clinical practices: Clinical Practice I was carried out in a Polyvalent Emergency Room; Clinical Practice II as well as Module I of the Curricular Unit Internship with Report was carried out in an Polyvalent Intensive Care Unit; and Module II regarding the Clinical Option took place in a Cardiology Intensive Care Unit and Hemodynamic, as well as in a Cardiothoracic Intensive Care Unit.

The selection of the clinical option stemmed from the interest arising due to professional practice in caring for people with critical heart disease, aiming to deepen knowledge and develop skills for the safe provision of specialized care, given the global relevance of this issue and high mortality rates.

Structurally, this report is organized into three chapters: the first illustrates the theoretical framework of the selected area; the second describes the development of common and specific skills of specialist nurses for people in critical situations will be found; and the third will culminate in the development of Master's skills in Medical-Surgical Nursing.

This report reflects the development path of skills as a specialist nurse and master, contributing to my awareness in my professional practice. I must take on the challenges that arise, adapting it in accordance with scientific evidence, in the search for excellence in nursing care.

Keywords: Nurse Specialist; Medical-Surgical Nursing; Competence; Critical illness; Cardiogenic shock.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BIA – Balão Intra-aórtico

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LASA – *Look-Alike; Sound-Alike*

LVAD – *Left Ventricular Assist Device*

MRMI – *Medical Response do Major Incidents and Disasters*

NAS – *Nursing Actitity Scale*

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – *Richmond Agitation and Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAVI – *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

1. CUIDAR DA PESSOA COM AFEÇÃO CARDÍACA CRÍTICA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO 13

2. PERCURSO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA 26

2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica 29

2.2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 41

2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 41

2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade 48

2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados 56

2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 62

2.3. Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica visando a Pessoa em Situação Crítica 66

2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica 67

2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação 92

2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica 103

3. DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DESENVOLVIMENTO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA 109

CONCLUSÃO 116

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 119

APÊNCIDES i

APÊNDICE A – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE FORMAÇÃO DIRIGIDAS À SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO CLÍNICA PERANTE A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS ii

APÊNDICE B – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DIRIGIDA À PREVENÇÃO E REDUÇÃO DAS IACS.....iv

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo da American Heart Association para a realização de compressões torácicas na pessoa portadora de LVAD.....22
Figura 2 - Planos de sessões de formação dirigidas à segurança na comunicação clínica perante a transição de cuidados ii
Figura 3 - Plano de sessão de formação dirigida à prevenção e redução das IACS iv

INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), a noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo. A mesma fonte acrescenta que a competência é um saber agir complexo, que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação, não se limitando à execução ou reprodução de atos, mas englobando a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa.

Le Boterf (2015), por sua vez, já destacava o processo de aquisição de competências como um compromisso pessoal, que surge por meio da aliança entre os recursos próprios, como o conhecimento e a experiência, e os recursos do meio, como a rede profissional, manuais de procedimentos, entre outros.

Em consonância com a Ordem dos Enfermeiros (2018), e tendo como finalidade a melhoria dos cuidados, surgem os cuidados especializados, justificados pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados pelos serviços/unidades, resultando na capacidade do enfermeiro para atuar, de forma global, integrada e multidisciplinar, num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento.

Desta forma, e atendendo à crescente necessidade de cuidados especializados, ingressei no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, procurando percorrer um percurso formativo compatível com o desenvolvimento da excelência do exercício profissional de enfermagem.

Em conformidade com o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, inserido no seu artigo 20º determina na estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, a elaboração de "um estágio de natureza profissional objeto de relatório final." (p. 4164).

Por conseguinte, o presente relatório intitulado "O Desenvolvimento de Competências Especializadas visando a pessoa com afeção cardíaca crítica: Do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos", insere-se no quadro das atividades desenvolvidas durante a frequência do VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), orientado pela Professora Doutora Márcia Alves, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2023/2024.

Este relatório de estágio tem como objetivos demonstrar o percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, servindo como suporte para a discussão em provas públicas, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

Enquanto documento estruturante do percurso académico realizado, este relatório poderá ser visto como o reflexo da trajetória do desenvolvimento de competências, com a qual pretendo obter o grau académico de mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC.

Para a consecução dos referidos objetivos e cumprindo com o plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, conforme publicado no Despacho n.º 10960/2020, foram realizados ensinos clínicos ao longo do curso de mestrado, que decorreram entre novembro de 2023 e maio de 2024. O Ensino Clínico I foi realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Ensino clínico II, assim como o Módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório, ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes na Região Autónoma da Madeira (RAM), e o Módulo II, referente à Opção Clínica, concretizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia e Hemodinâmica num Hospital no Porto, assim como numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos noutro Hospital da mesma região.

A seleção dos campos de estágio para a opção clínica surgiu associada ao interesse decorrente da prática profissional no cuidar da Pessoa com Afeção Cardíaca Crítica, tendo sido alvo de um projeto de autoformação, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a prestação segura de cuidados de enfermagem especializados a esta população.

A metodologia adotada neste relatório de estágio será descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada na evidência científica e referenciais da profissão, com vista à concretização dos objetivos definidos e, consequentemente, à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

De forma a alcançar os objetivos apresentados, atendendo à estrutura do presente relatório, o mesmo estará organizado em três capítulos. O primeiro capítulo contemplará um enquadramento teórico sobre o cuidado especializado à pessoa acometida a afeção cardíaca crítica, com justificação do interesse no tema e pertinência neste contexto formativo. No segundo capítulo, será apresentada uma caracterização dos contextos da prática clínica nos

quais tive a oportunidade de estagiar ao longo deste trajeto. Serão descritas as experiências vivenciadas nos diversos ensinos clínicos, as quais serão analisadas e refletidas, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por fim, o terceiro capítulo culminará no desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante a elaboração deste relatório de estágio, será respeitado o sigilo profissional e a propriedade intelectual, sendo omitidos quaisquer dados que possam identificar pessoas ou instituições.

A norma que será utilizada para citações e referências bibliográficas será a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, conforme a *American Psychological Association*, na sua sétima edição.

1. CUIDAR DA PESSOA COM AFEÇÃO CARDÍACA CRÍTICA: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A necessidade de investimento nesta temática surgiu associada ao interesse decorrente da prática profissional no Cuidar da Pessoa com Afeção Cardíaca e reconhecimento da necessidade crescente de aprofundar conhecimentos e consequente desenvolvimento de competências para uma prestação segura de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com afeção cardíaca crítica, sendo esta uma problemática de cariz mundial.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2022), cerca de um terço de todas as mortes nos países desenvolvidos são causadas por doença cardiovascular. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), em 2016 cerca de 17,9 milhões de mortes no mundo foram de origem cardiovascular, representando 31% de todas as mortes ao nível global, sendo estes os dados estatísticos mais recentes a nível internacional.

Segundo o Eurostat (2024), cerca de um terço (34.7 %) de todas as mortes da população idosa da União Europeia em 2021 foram causadas por doenças do aparelho circulatório, sendo que uma em cada três destas (ou cerca de 11.2% de todas as mortes) teve como causa a doença isquémica do coração.

O Instituto Nacional de Estatística (2022) menciona que em Portugal não foi diferente, sendo que, em 2021, a doença cardiovascular manteve-se como a principal causa de morte a nível nacional, com 32 452 óbitos, ou seja 25,9% do total de óbitos, com uma quebra de 6.2% relativamente ao ano anterior, mantendo-se, no entanto, com percentagens elevadas. Por sua vez, o Instituto Nacional de Estatística destaca no grupo das causas motivadas por doença cardiovascular, a doença isquémica do coração com 6 683 óbitos.

A maior parte das mortes ocorridas no país por doenças do aparelho circulatório ocorreram, em concordância com Instituto Nacional de Estatística (2022) em pessoas com 65 e mais anos, representando 92,0% do total de óbitos por esta causa. Relativamente ao sexo, o Instituto Nacional de Estatística (2022) aponta que os indicadores em estudo revelaram que 55,6% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório foram de mulheres. Por grupo etário, a mesma entidade refere que 80,5% dos óbitos de mulheres por esta causa ocorreram em idades a partir dos 80 anos, e 78,7% a partir dos 85 anos, de forma mais intensa em idades avançadas do que no caso dos homens; estes registaram 58,2% dos óbitos por esta causa a partir dos 80 anos e 39,4% a partir dos 85 anos.

Por sua vez, no que concerne à Região Autónoma da Madeira, em concordância com o Instituto de Administração da Saúde (2020) a taxa de mortalidade associada a doenças do aparelho circulatório representou cerca de 27% do total de óbitos desta região, indo ao encontro das estatísticas nacionais e mundiais, acabando por se assumir como a principal causa de morte.

Embora a doença cardiovascular esteja a diminuir a nível nacional, a mesma continua a ser uma causa significativa de mortalidade. Nesse sentido, a *European Society of Cardiology* (2021) enfatiza a importância de intensificar as estratégias de prevenção, com foco na promoção de um estilo de vida saudável e na redução dos fatores de risco associados. Em concordância com Alves e Sampaio (2020a), os fatores de risco para os fenómenos trombóticos nas artérias coronárias podem ser classificados em: fatores não modificáveis (idade, género masculino e hereditariedade), fatores modificáveis (hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes e doença renal), fatores comportamentais (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e excesso de consumo de álcool) e fatores psicossociais (depressão, ansiedade, isolamento social e stress).

Dado este relatório encontrar-se direcionado para o desenvolvimento de competências especializadas visando a pessoa com afeção cardíaca crítica, destaquei, ao longo de todo o meu percurso, a pesquisa e investimento na pessoa em choque cardiogénico.

Segundo Leite e Carvalho (2020), o choque cardiogénico é causado pelo compromisso da eficácia da bomba cardíaca por causas intrínsecas, com a diminuição da contratilidade e, consequentemente do volume sistólico e do débito cardíaco.

De acordo com Amado et al. (2016), o choque cardiogénico é descrito como um estado de hipoperfusão tecidular, condicionado por uma diminuição do débito cardíaco, estando, apesar de um volume intravascular adequado, habitualmente presentes os seguintes parâmetros hemodinâmicos: pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg, por mais de 30 min (sem suporte inotrópico ou vasopressor), índice cardíaco baixo (inferior a1,8L/min/m2 sem assistência ou inferior a 2,2L/min/m2 com assistência) e pressões de enchimento do ventrículo esquerdo aumentadas (pressão capilar pulmonar>18mmHg).

As causas do choque cardiogénico são diversas, podendo, em conformidade com Leite e Carvalho (2020), ser divididas nos seguintes grupos:

- Cardiomiopático: doença cardíaca isquémica, cardiomiopatias dilatadas, depressão miocárdica após paragem cardiorrespiratória ou choque séptico.
- Arrítmico: arritmias auriculares ou ventriculares que comprometem o débito cardíaco;

- Alterações mecânicas do endocárdio: estenose aórtica severa, insuficiência mitral aguda, ou outros defeitos valvulares agudos ou estruturais.

Amado et al. (2016) indicam que a causa mais frequente de choque cardiogénico é o enfarte agudo do miocárdio que representa quase metade dos casos, podendo ocorrer em 5-15% dos casos.

Em consonância com Bernoche et al. (2016), o choque cardiogénico desencadeia mecanismos compensatórios, como a ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, que promovem aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição reflexa com aumento da resistência sistémica e aumento da pós-carga além de retenção de sal e água aumentando o volume intravascular e a pré-carga. Nesta condição, os mecanismos ativados tornam-se inapropriados e acarretam agravamento progressivo do desempenho ventricular.

Desta forma, segundo Araújo et al. (2023), o cuidado de enfermagem especializado à pessoa em choque cardiogénico, deve incidir na vigilância hemodinâmica, identificando eventuais focos de instabilidade e garantindo a perfusão periférica, e favorecendo a recuperação cardíaca.

Bernoche et al. (2016) recomendam que o enfermeiro deverá incluir na avaliação hemodinâmica a mensuração invasiva da pressão arterial sistémica, pressão venosa central e débito cardíaco, assim como monitorização da diurese, perfusão periférica e valores detetados por meio de gasimetrias arteriais.

Naidu et al. (2022) mencionam que a *Society for Cardiovascular Angiography and Interventions* propôs uma nova classificação para o choque cardiogénico, visando facilitar a identificação das diferentes fases de deterioração clínica e a necessidade de intensificação do tratamento.

Naidu et al. (2022) indicam que os cinco estadios desta classificação incorporam achados de hipoperfusão tecidual e sinais de disfunção orgânica, permitindo uma definição hemodinâmica simples.

Segundo os mesmos autores, o estadio A inclui a pessoa sob risco de choque cardiogénico, enquanto os estadios B a E descrevem fases progressivas do choque cardiogénico convencional. A diferença entre os estadios B e C reside na presença de hipoperfusão, que está presente a partir do estadio C. O estadio D indica que as medidas de iniciais de manuseamento do choque cardiogénico não foram suficientes para restaurar a estabilidade hemodinâmica, sendo necessário adicionar uma droga vasoativa adicional ou aumentar significativamente a dose inicial. O estadio E caracteriza casos extremos, em que

as pessoas se apresentam hemodinamicamente instáveis e frequentemente em colapso circulatório. Nos estadios D e E as pessoas apresentam maior mortalidade e podem beneficiar da transferência precoce para centros especializados, capazes de oferecer modalidades avançadas de suporte circulatório.

Araújo et al. (2023) referem que o cuidado à pessoa em choque cardiogénico é multiprofissional baseando-se no conhecimento do estadio do choque em que se encontra, das medidas de intervenção e utilização das tecnologias disponíveis. Os mesmos autores salientam que a atuação por parte da equipa de enfermagem é primordial no que consta a identificação dos sinais de deterioração clínica, perceção das fragilidades físicas e psíquicas e planeamento de intervenções terapêuticas, educativas e de autocuidado, de forma a contribuir no prognóstico, proporcionando melhor qualidade de vida, reduzindo complicações e garantindo a segurança e humanização na assistência hospitalar.

Segundo Amado et al. (2016), a terapêutica proposta para tratamento a pessoa em choque cardiogénico passa pelo recurso aos fármacos inotrópicos e vasopressores, contudo em consonância com Justino et al. (2022), nos casos mais graves é necessário recorrer a métodos de assistência circulatória.

Os fármacos inotrópicos frequentemente usados são a dobutamina e o levosimendano.

A dobutamina, de acordo com Amado et al. (2016), é um fármaco que atua no miocárdio por estimulação dos recetores β1 adrenérgicos, aumentando a sua contratilidade, e ao nível do músculo liso nos recetores β2 adrenérgicos, causando vasodilatação. Este fármaco apresenta potencial em aumentar o débito cardíaco e diminuir as pressões de enchimento ventricular esquerdo.

O levosimendan, em concordância com os autores anteriormente referidos, é o mais recente inotrópico disponível para o tratamento de insuficiência cardíaca aguda. Este fármaco aumenta a sensibilidade da troponina C do aparelho contrátil ao cálcio intracelular, apresentando propriedades inotrópicas. Tem ainda uma ação sobre os canais de potássio, promovendo relaxamento do músculo liso vascular e consequentemente, vasodilatação coronária e periférica.

Por sua vez, relativamente aos fármacos vasopressores utilizados, o mais frequente em contexto da prática clínica corresponde à noradrenalina. Este fármaco, em consonância com Amado et al. (2016), é uma catecolamina com efeito adrenérgico, sendo utilizado como um agente vasopressor com o objetivo de aumentar a pressão arterial em doentes em choque.

Em conformidade com Amado et al. (2016), os doentes em choque refratário a terapêutica médica têm um prognóstico reservado, podendo alguns beneficiar de terapêuticas de suporte circulatório mecânico.

Kim et al. (2020) expõem que os principais benefícios do suporte circulatório mecânico incluem a redução do trabalho ventricular e das pressões de enchimento intracardíaco, tal como o aumento da perfusão coronária e dos órgãos-alvo, permitindo, desta forma, condições hemodinâmicas favoráveis para que a pessoa não desenvolva falência de múltiplos órgãos, favorecendo o repouso do miocárdio, possibilitando condições de recuperação.

Telukuntla e Estep (2020) salientam que a seleção do dispositivo é orientada pela etiologia e severidade da doença, fenótipo do choque cardiogénico, grau de suporte circulatório e ventricular necessário, acesso vascular, experiência do cirurgião cardiotorácico e ainda, pelas complicações e riscos associados ao próprio dispositivo. Para tal, é necessário conhecer adequadamente cada dispositivo de suporte mecânico circulatório e respetivas indicações e consequências hemodinâmicas, de modo a otimizar o resultado pretendido.

Zeymer e Thiele (2017), por sua vez, já mencionavam que o suporte circulatório mecânico é uma alternativa para aumentar o fluxo sanguíneo sistémico, evitando a possível cardiotoxicidade e morbilidade a longo prazo associada à terapêutica inotrópica e vasopressora, sendo, muitas vezes, a única opção para alcançar estabilidade hemodinâmica no choque cardiogénico.

Em conformidade com Oliveira e Oliveira (2019) as pessoas com necessidade de suporte circulatório mecânico necessitam de uma assistência de enfermagem individualizada 24 horas por dia.

As técnicas de suporte circulatório mecânico mais frequentemente indicadas e utilizadas no choque cardiogénico são o ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*) na modalidade venoarterial e o Balão Intra-aórtico (BIA).

Justino et al. (2022) referem que a oxigenação por membrana extracorporal é um dispositivo de assistência circulatória mecânica de curta duração utilizado em pessoas com disfunção cardíaca e/ou pulmonar grave refratárias à terapêutica convencional, podendo ser utilizada em vários contextos clínicos desde a estabilização e recuperação do órgão alvo, até como ponte de decisão para transplante cardíaco ou colocação de um dispositivo de assistência circulatória mecânica de longa duração.

Os mesmos autores salientam que existem duas modalidades de oxigenação por membrana extracorporal: no ECMO venovenoso, o sangue é drenado e entregue apenas por veias, permitindo apenas o suporte pulmonar, enquanto no ECMO venoarterial, a drenagem sanguínea é efetuada através de uma veia e entregue numa artéria, garantindo o suporte cardiopulmonar.

Alves e Sampaio (2020a) salientam que a ECMO na modalidade venoarterial é a mais usada para o choque cardiogénico. Desta forma, irei conduzir o meu estudo para esta modalidade.

Justino et al. (2022) mencionam que o seu funcionamento implica a canulação de dois grandes vasos (*inflow* e *outflow*), uma bomba centrífuga e um oxigenador, sendo que, em concordância com Alves e Sampaio (2020a), é necessária a canulação de uma veia (para extração) e de uma artéria (para devolução), onde o sangue é oxigenado exteriormente ao organismo e devolvido mediante uma quantidade programada (l/min), facilitando a oxigenação e perfusão tecidular.

Por sua vez, Alves e Sampaio (2020a) enfatizam que, perante esta técnica, a segurança da pessoa é essencial, e a tentativa de redução do erro deverá ser primordial por todos os profissionais. O enfermeiro desempenha um papel fundamental, pois é o profissional mais próximo à pessoa, devendo garantir a execução de cuidados de enfermagem que promovam a segurança e a diminuição de incidentes.

Ainda de acordo com Justino et al. (2022), o enfermeiro apresenta um papel crucial na vigilância e monitorização do circuito de ECMO ao longo do dia, de forma a minimizar o risco de complicações e possibilitar a identificação precoce. As complicações mais frequentes no ECMO venoarterial, em conformidade com os autores anteriormente mencionados, são: isquemia do membro, distensão do ventrículo esquerdo e edema pulmonar, complicações relacionadas com a anticoagulação, infeciosas e hemólise.

Alves e Sampaio (2020a) recomendam inúmeros cuidados de enfermagem à pessoa com ECMO, nomeadamente: vigiar a perfusão dos tecidos; monitorizar a perda sanguínea; vigiar ritmo cardíaco e ventilação; avaliar consciência; avaliar/monitorizar dor; monitorizar o débito urinário; vigiar sinais e sintomas de infeção; vigiar cânulas (mantendo-as ao longo dos membros) e posicionar.

Marcano et al. (2020) mencionam que, o Balão Intra-aórtico (BIA) é também um dispositivo percutâneo que constitui a forma de suporte circulatório mecânico, mais simples e amplamente disponível, sendo considerado um dispositivo de assistência circulatória temporária e de curta duração, mais utilizado em pessoas com falência cardíaca e circulatória

a fim de aumentar o débito cardíaco, manter o fluxo sanguíneo das artérias coronárias e, consequentemente, a perfusão cerebral.

Thomaz et al. (2017) descrevem que o BIA consiste num cateter vascular com um balão na sua extremidade distal, que deve ser posicionado na aorta descendente, e que insufla durante a diástole e desinsufla durante a sístole.

Vahdatpour et al. (2019) referem que, dessa forma, o BIA diminui o consumo de oxigénio do miocárdio, aumenta a perfusão da artéria coronária, reduz a pós-carga e aumenta modestamente o débito cardíaco (0,8-1 L/min).

Oliveira e Oliveira (2019) indicam que o enfermeiro possui uma função indispensável no cuidado da pessoa portadora de balão intra-aórtico e na deteção precoce de possíveis complicações.

Neste sentido, Oliveira e Oliveira (2019) salientam que após a inserção do cateter, a pessoa dever ser mantida em decúbito horizontal, com manutenção da cabeceira no máximo a 45º, devendo o membro permanecer imóvel para que não haja deslocamento do balão. Os mesmos autores enfatizam ainda para a consulta dos exames laboratoriais, lembrando também a importância dos exames de imagem, como a radiografia de tórax, de forma a validar se o balão está colocado adequadamente.

Oliveira e Oliveira (2019) apontam para a importância da avaliação rigorosa dos parâmetros vitais, sinais de infeção, do débito urinário e da função neurológica, atendendo ao risco de embolia tanto da artéria renal como de embolia cerebral. Os autores supramencionados destacam que a equipa de enfermagem deve estar atenta a sinais de hemorragia no local da inserção, devido ao uso de anticoagulantes, assim como a inspeção da coloração dos membros inferiores por meio da palpação do pulso, perfusão periférica e presença de edema, comparando o membro cateterizado com o outro, com atenção a possíveis alterações que podem indicar isquemia.

Para além dos dispositivos anteriormente mencionados, tive oportunidade de estar em contacto com uma pessoa que apresentava um dispositivo de assistência ventricular esquerda, designado LVAD (*Left Ventricular Assist Device*), que se encontrava a aguardar transplante cardíaco.

O contacto com o mesmo despertou o meu interesse sobre este dispositivo, considerando essencial o investimento na pesquisa, de modo a desenvolver conhecimentos sobre o funcionamento, indicação para este dispositivo e os cuidados de enfermagem a ter.

Dantas e Castro (2019) referem que o LVAD funciona como uma bomba mecânica operada por bateria, havendo por isso a vantagem de poderem ser portáteis, onde uma cânula

é implantada no ápice do ventrículo esquerdo que dispara o sangue para a bomba implantada pré-peritonealmente e, assim, o sangue é devolvido para a circulação através de uma cânula implantada na aorta. A American Heart Association (2017) já evidenciava que a cânula de saída é anastomosada à aorta ascendente, logo acima da válvula aórtica.

Os dispositivos intracorpóreos, em harmonia com a American Heart Association (2017), são conectados a um controlador alimentado por baterias recarregáveis, com uma linha de transmissão subcutânea, geralmente no abdómen, que monitoriza e executa a função do dispositivo.

A American Heart Association (2017) menciona que os LVAD's podem ter dois mecanismos distintos de fluxo sanguíneo que são diferentes fisiologicamente, sendo os mesmos os LVAD's de fluxo pulsátil, mais antigos e raramente usados, e a geração atual de LVAD's de fluxo contínuo.

Dantas e Castro (2019) ressalvam que este dispositivo funciona como uma opção de tratamento temporário para pessoas que aguardam o transplante cardíaco ou que precisam recuperar a função cardíaca; no entanto, atualmente, também tem sido utilizado como terapia de destino para aquelas que não são candidatas a transplante, podendo ser mantido no domicílio. Deste modo, é fundamental envolver a pessoa e família/pessoa significativa nos cuidados, de forma a compreenderem o funcionamento do dispositivo, manutenção de bateria, cuidados com o local de inserção aquando dos cuidados de higiene e os sinais e sintomas de infeção.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, alguns são comuns aos já anteriormente mencionados para o ECMO e BIA, apresentando, no entanto, algumas especificidades.

Dantas e Castro (2019) recomendam que o enfermeiro, na avaliação hemodinâmica da pessoa portadora de LVAD, analise diariamente tanto o funcionamento do dispositivo como os sinais de perfusão tecidual (pressão arterial, débito urinário, perfusão dos membros, débito cardíaco), pois a mesma pode desenvolver microembolias na circulação periférica e/ou hemorragias, devido à terapia de anticoagulação.

Jezovnik et al. (2017) já haviam reconhecido anteriormente, como outra das complicação, a possibilidade das pessoas desenvolverem uma infeção, sendo que o enfermeiro desempenha um papel preponderante no planeamento de intervenções para a diminuição da ocorrência destas complicações e na deteção precoce, a fim de intervir o mais rapidamente possível.

De acordo com Dantas e Castro (2019), geralmente a pessoa não possui um pulso palpável; dado a saída de sangue ser pelo dispositivo e não coração. Por conseguinte, a pulsação e frequência cardíaca pelo eletrocardiograma não se correlacionam, originando dificuldade para identificar arritmias nas pessoas com LVAD.

Em concordância com a American Heart Association (2017) o fator que mais interfere com a pós-carga é a resistência vascular periférica, sendo a pressão arterial o parâmetro utilizado como método de mensuração. Contudo, a mesma fonte ressalva que a pressão arterial não invasiva e a saturação de oxigénio podem ser difíceis de obter, apontando que o melhor método para medir é o invasivo ou utilizando esfigmomanómetro e doppler. O ideal é manter a pressão arterial média entre 65 a 90 mmHg.

A American Heart Association (2017) descreve que o coração nativo continua a se contrair na pessoa com LVAD de fluxo contínuo, mas o enchimento e esvaziamento do dispositivo não é sincronizado com o coração. Deste modo, o pulso gerado pelo dispositivo pode ser diferente da frequência cardíaca do coração nativo obtida por elétrodos eletrocardiográficos, podendo gerar um pulso não palpável.

Desta forma, Esangbedo e Yu (2022) referem que quando ocorre descompensação circulatória, os indicadores padrão para iniciar a reanimação cardíaca que são usados nas outras pessoas, não podem ser aplicados da mesma maneira.

Mabvuure e Rodrigues (2014) já salientavam para a controvérsia relativamente às compressões torácicas em caso de paragem cardiorrespiratória, dado os fabricantes alertarem para um risco possível de deslocamento do dispositivo se o tórax for comprimido.

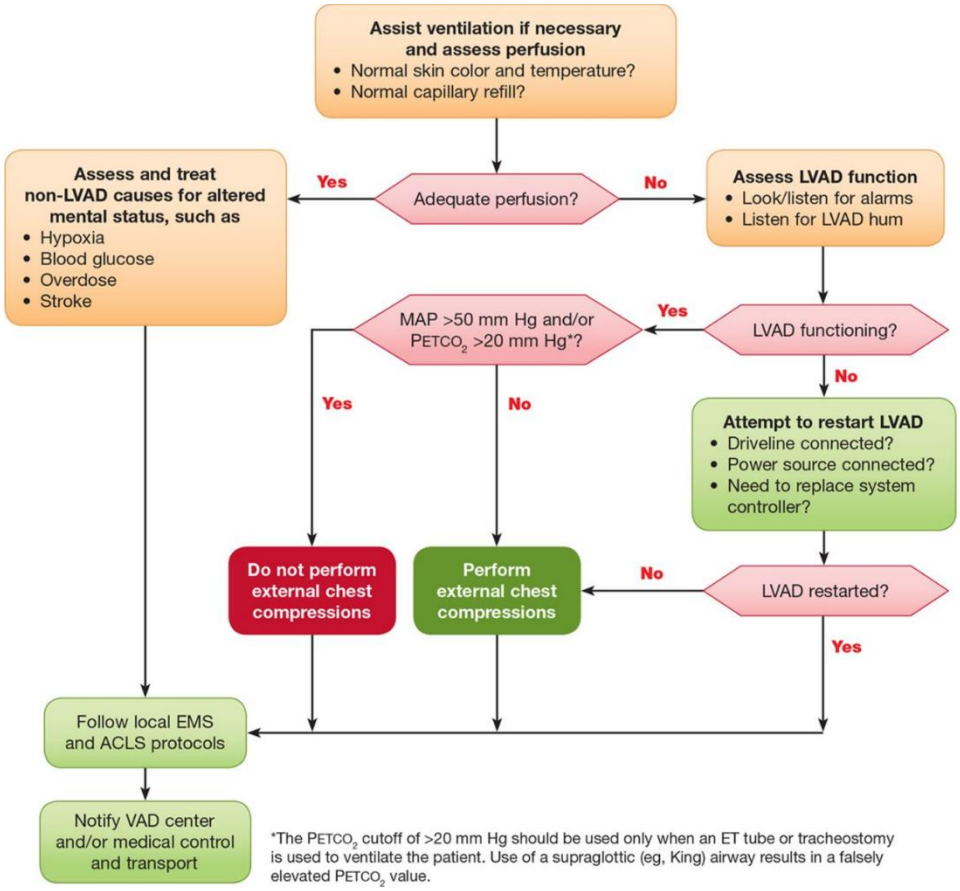
Nesta população, Esangbedo e Yu (2022) descrevem que poderá haver atraso na tomada de decisão ou no reconhecimento da necessidade de compressões torácicas, mesmo na pessoa internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e sob o cuidado de equipas experientes que realizam reanimação cardiorrespiratória regularmente.

A American Heart Association, em 2017, refletiu sobre a necessidade de recomendações padronizadas para a abordagem à pessoa em paragem cardiorrespiratória sob o suporte circulatório mecânico, nomeadamente sob LVAD, uma necessidade identificada durante uma reunião do Subcomité Científico da associação. Deste modo, a mesma fonte descreveu que foi selecionado um grupo de trabalho de catorze elementos, com o objetivo de para realizar uma revisão da literatura e elaborar um manuscrito e algoritmo, que foram revistos até que o consenso fosse alcançado. Os membros do grupo, em conformidade com a American Heart Association (2017), foram escolhidos com base na sua experiência em

suporte circulatório mecânico, reanimação cardiorrespiratória e na assistência em casos de emergência.

O algoritmo proposto pela American Heart Association pode ser consultado abaixo, na figura 1.

Figura 1 - Algoritmo da American Heart Association para a realização de compressões torácicas na pessoa portadora de LVAD



Fonte: American Heart Association (2017)

Considerando o algoritmo proposto pela American Heart Association (2017), os sinais de perfusão devem ser avaliados por meio do estado mental, respiração, cor e temperatura da pele e preenchimento capilar, sendo estes preditores razoáveis da presença de fluxo e perfusão adequados. Caso não esteja claro se a pessoa apresenta um LVAD, os cuidados devem seguir os protocolos padrão de suporte básico de vida cardiovascular e suporte avançado de vida. A respiração deve ser apoiada conforme necessário, com oxigénio suplementar, adjuvantes das vias aéreas e intubação, conforme indicado.

Perante a pessoa identificada como portadora de LVAD, deve-se considerar que a mesma pode não ter pulso palpável ou pressão arterial detetável, mas ainda assim pode apresentar perfusão adequada.

Se houver perfusão inadequada, o LVAD deve ser avaliado, garantindo que as conexões estejam seguras no controlador e que a potência seja adequada. A American Heart Association (2017) destaca que as duas causas mais comuns da falha da bomba do LVAD são a desconexão da fonte de energia e a falha do sistema de transmissão. Assim, a mesma fonte ressalta que o primeiro passo na avaliação da pessoa sem resposta, com alteração do estado mental ou hipotensa e portador de LVAD é garantir que todas as conexões estejam seguras e que uma fonte de energia adequada esteja conectada. Outras causas de fluxo inadequado da bomba incluem a disfunção do ventrículo direito, posicionamento inadequado da bomba ou comprometimento da cânula de entrada/saída.

A American Heart Association (2017) alerta que, se todos os itens acima forem verificados e o LVAD ainda não estiver funcionando, deve-se considerar a troca do controlador do sistema. Caso o LVAD continue sem funcionar após a troca do controlador, devem ser iniciadas as compressões torácicas externas e os protocolos de Suporte Avançado de Vida devem ser seguidos, com notificação imediata do médico responsável.

Por outro lado, se o LVAD estiver funcionando, a pressão arterial deve ser verificada. Se disponível, a avaliação da pressão arterial deve ser feita com recurso ao Doppler. Se a pressão arterial média obtida for de >50 mmHg, os protocolos de Suporte Avançado de Vida devem ser seguidos, com exceção das compressões torácicas, pois o LVAD provavelmente está fornecendo fluxo sanguíneo adequado. Deve ser realizada uma pesquisa detalhada de causas reversíveis, incluindo os 4 Hs (hipovolemia, hipoxia, hipo/hipercalemia/hipoglicémia/hipocalcemia/acidémia, hipotermia) e os 4 Ts (tóxicos, tamponamento, pneumotórax hipertensivo, trombose – seja enfarte agudo do miocárdio ou tromboembolismo pulmonar).

Se não houver pressão arterial detetável na pessoa corretamente intubada, a $PetCO_2$ pode ser medida.

A American Heart Association (2017) enfatiza que a capnografia em forma de onda, que mede e exibe a pressão parcial do dióxido de carbono expirado ($PetCO_2$) no ar expirado, pode ser utilizada para monitorizar a perfusão em pessoas nas quais os achados físicos mais comuns usados para avaliar a perfusão não são confiáveis. Numa pessoa saudável, com débito cardíaco e metabolismo/temperatura corporal normais e sem gradiente significativo de ventilação-perfusão, o $PetCO_2$ geralmente varia entre 35 a 40 mm Hg. Durante estados de baixo fluxo, como o choque ou paragem cardiorrespiratória, o valor de $PetCO_2$ reflete principalmente a perfusão sistémica. Com a diminuição do retorno venoso sistémico, menos CO_2 é transportado e retorna aos pulmões, resultando na diminuição da $Petco_2$. Um

$PetCO_2$ de 20 mmHg corresponde a um débito cardíaco de ≈1,5 L/min. Portanto, um $PetCO_2$ <20 mmHg numa pessoa sem resposta, corretamente intubada e sem pulso, com LVAD, é um indicador razoável de má perfusão sistémica, indicando a necessidade de iniciar compressões torácicas. Por outro lado, um $PetCO_2$ > 20mmHg numa pessoa sem resposta, corretamente intubada e sem pulso, com LVAD, sugere fortemente que a mesma não necessita de compressões torácicas, e devem ser investigadas outras causas que justifiquem o quadro.

Não obstante, a American Heart Association (2017) recomenda cautela na avaliação do $PetCO_2$ em pessoas não intubadas e quando uma via aérea supraglótica é usada para a ventilação, pois pode causar uma leitura falsamente elevada devido ao aumento do espaço morto no espaço supraglótico.

Desta forma, é uma recomendação consensual que, se um LVAD for definitivamente confirmado por um profissional treinada e não houver sinais de vida, a reanimação cardiopulmonar, incluindo compressões torácicas, é recomendada em situações de paragem cardiorrespiratória.

Alves e Sampaio (2020a) destacam que a complexidade subjacente ao tratamento e no cuidado destas pessoas exige cada vez mais conhecimento e competências relacionadas com a pessoa em situação crítica, exigindo que os enfermeiros que cuidam da pessoa com necessidade de suporte circulatório mecânico sejam comprometidos, sendo essencial a formação especializada para a abordagem adequada.

Sendo a causa mais frequente de choque cardiogénico o enfarte agudo do miocárdio, considero fundamental focar no mesmo, a fim de complementar esta fase do relatório.

De destacar que o avanço tecnológico permitiu o desenvolvimento de abordagens diferentes para a revascularização do miocárdio no enfarte agudo do miocárdio, sendo estas a revascularização por intervenção coronária percutânea e revascularização cirúrgica.

Alves e Sampaio (2020a) salientam que a escolha da técnica de reperfusão está diretamente associada ao tempo até o diagnóstico e à admissão numa unidade de intervenção devidamente operacional, uma vez que "tempo é miocárdio", ou seja, quanto menor o tempo de restabelecimento da circulação coronária, mais células do miocárdio serão preservadas, resultados em melhorias na função ventricular.

Aguiar e Aguiar (2019) sublinham que, como terapêutica preferencial para enfarte agudo do miocárdio e a reperfusão das artérias coronárias, a angioplastia coronária constitui

a primeira linha de tratamento nos enfartes agudos do miocárdio com supradesnivelamento de ST.

Em consonância com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019), quanto menor for o intervalo de tempo entre o início de sintomas e a realização da angioplastia, maior será o benefício dessa intervenção. Para minimizar este intervalo, foi criada a via verde coronária, que permite uma ligação rápida e eficiente entre o ambiente pré e o intra-hospitalar, com capacidade para a realização da angioplastia primária. O tempo ideal para a realização da angioplastia primária, de acordo com a fonte mencionada, deve ser, preferencialmente, inferior a 120min.

Destaca-se ainda a revascularização cirúrgica do miocárdio (*Coronary Artery Bypass Graft)* como opção de tratamento, dado que, segundo Melly et al. (2018), este procedimento é considerado *gold stantard* pelos centros de referência de cirurgia cardíaca. As recomendações para revascularização têm em conta o aumento da sobrevida e a melhoria no estado de saúde, com minimização dos sintomas e melhoria da qualidade de vida. Assim, a escolha da abordagem terapêutica deve refletir uma avaliação de risco ajustada ao contexto clínico.

Bernoche et al. (2019) referem que, após cirurgia cardíaca, é frequente a ocorrência de instabilidade hemodinâmica e distúrbios de ritmo devido ao baixo débito cardíaco, culminando inclusivamente em paragem cardiorrespiratória. Nestas situações de instabilidade, os mesmos autores indicam que há indicação para o uso de drogas vasoativas, cujos resultados são mais efetivos aquando associados à reposição de fluidos. Na persistência da instabilidade, Bernoche et al. (2019) ressalvam que podem ser consideradas terapias de suporte circulatório, como o Balão Intra-aórtico e o ECMO, que exigem dos enfermeiros, em concordância Asber et al. (2020), um nível elevado de diferenciação, de modo a prestarem cuidados seguros e de qualidade, garantindo a deteção precoce e atempada de possíveis complicações, como já foi anteriormente explorado.

Após esta abordagem teórica, que orientou a minha atuação segundo as boas práticas/*guidelines* no cuidado à pessoa com afeção cardíaca crítica, passarei, seguidamente, ao capítulo referente ao percurso de construção e desenvolvimento das competências de especialista em enfermagem médico cirúrgica, iniciando-se com a caraterização dos contextos de prática clínica.

2. PERCURSO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De acordo com o *International Council of Nurses* (2020), os cuidados de saúde estão a mudar rapidamente e têm vindo a tornar-se cada vez mais especializados e complexos, sendo o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, com foco na prestação de cuidados seguros e de alta qualidade, fundamental, fornecendo bases para um cuidado de excelência.

Assim sendo, de acordo com o Regulamento nº140/2019 "Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde." (p. 4744).

Atualmente, encontro-me a exercer a profissão no serviço de Cardiologia, que é caracterizado pela sua complexidade, imprevisibilidade e individualidade da pessoa com patologia cardíaca que exige uma conduta crítica e reflexiva baseada na evidência científica, de modo a garantir as tomadas de decisões fundamentadas, que permitam a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Desta forma, e tendo por base a Ordem dos Enfermeiros (2017) na Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em resposta às necessidades crescentes dos cuidados em saúde e com base na complexidade dos processos médicos e cirúrgicos que implicam a tomada de decisão, surgiu a minha necessidade pessoal de optar por este percurso académico de forma a enriquecer o meu desempenho profissional através da aquisição de competências em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Em consonância com o Regulamento nº140/2019,

> a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (p. 4745).

Benner (2001) refere que o enfermeiro especialista deverá ser detentor de conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

O Regulamento nº140/2019 descreve que o Enfermeiro Especialista é aquele a que se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados. Este refere que o desempenho dos Enfermeiros Especialistas inclui competências

> que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (p.4744).

De acordo com o Regulamento nº140/2019, "o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade" (p.4745). A mesma fonte salienta que o perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências, de forma que seja transmitido aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

Uma vez que os cuidados especializados exigem competências, as mesmas são procuradas desenvolver ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De modo a fundamentar a prática de cuidados, este percurso foi norteado no modelo concetual de Patrícia Benner no que concerne ao percurso de desenvolvimento de competências e pela teoria de médio alcance de Afaf Meleis no que se refere à abordagem da pessoa em situação crítica, sustentando o meu percurso como futura Enfermeira Especialista.

Neste sentido, Patrícia Benner (2001) adaptou à enfermagem o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, aos quais assume a escola do cuidar como base de sustentação. Benner defende que a experiência do enfermeiro, adquirida pela prática, é substancial para o desenvolvimento da perceção do que é relevante em cada situação, permitindo-lhe extrair o seu significado.

No nível um (iniciado), Benner (2001) descreve o profissional que não detém nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática, sendo os estudantes de enfermagem a maioria representativa deste nível de desenvolvimento de competências. Tem dificuldade em se integrar, ou identificar um paralelismo entre a teoria e a prática, não conseguindo estabelecer prioridades. Cumpre normas e centra-se nas regras. Não obstante, Benner (2001) integra ainda neste grupo, os enfermeiros que contactam com um serviço pela primeira vez, ainda que tenham experiência profissional.

No nível dois (iniciado avançado), Benner (2001), retrata o enfermeiro como o profissional que já foi confrontado com situações reais, das quais identifica fatores

significativos das experiências pela repetição. Na sua avaliação e intervenção têm dificuldade em estabelecer prioridades, podendo escapar dados significativos para a situação que a pessoa apresenta.

No nível três (competente), Benner (2001) pressupõe que o enfermeiro trabalhe no mesmo serviço há dois ou três anos. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. No entanto, ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem.

No nível quatro (proficiente), Benner (2001) refere que o enfermeiro perceciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos.

No nível cinco (perito), Benner (2001) reconhece no enfermeiro uma enorme experiência, sendo um profissional que compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. O mesmo apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. Articula a sua formação teórica com a sua experiência prática. É um profissional com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. O reconhecimento é visível pelos outros profissionais e pelos doentes.

Por sua vez, Afaf Meleis (2012) na teoria das transições, aponta que o enfermeiro assume um papel fundamental ao longo de todo o ciclo vital das pessoas que cuida e dos respetivos familiares, ou pessoas de referência na adaptação a contextos transacionais, sendo que com a aplicação deste modelo permitirá ajudar as pessoas a realizarem transições saudáveis, pelo que importa perceber a natureza das transições, no âmbito da teoria em estudo.

Mc Ewen e Wills (2018) referem que Meleis classificou a natureza das transições em quatro tipos: transições do desenvolvimento, transições situacionais, transições de saúde-doença e transições organizacionais.

Costa (2016) já descrevia que os tipos de transições não são mutuamente exclusivos, podendo ocorrer em simultâneo durante um determinado período. Meleis (2012) defendia que as transições podem estar ligadas ao ciclo vital, a eventos inesperados, às experiências de doença, às carreiras profissionais, entre outras, estando todas intimamente relacionadas com o ambiente onde a pessoa se insere.

Meleis (2012) concluiu que a teoria das transições permite ao enfermeiro ajudar as pessoas a alcançar resultados saudáveis perante um processo de mudança/transição.

Tendo em conta o que fora anteriormente mencionado, iniciarei a análise crítico-reflexiva das experiências ao longo do meu percurso de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica ao longo dos ensinos clínicos, as quais refletem a procura incessante pela excelência do exercício profissional.

2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica

A realização de estágios, no âmbito da aquisição de competências especializadas, representa um momento privilegiado de aprendizagem, na medida em que viabilizam a mobilização dos conhecimentos académicos, pressupondo o acompanhamento da melhor e mais recente evidência científica, para os contextos da prática clínica.

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem faz-se através de um processo dinâmico e aprofundado, com a experiência. Esta autora preconiza que, aliado ao conhecimento teórico, o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Deste modo, se compreende a importância dos estágios no percurso de desenvolvimento profissional.

O plano de estudos para o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pressupõe a realização de três ensinos clínicos em unidades diferenciadas no contexto da pessoa em situação crítica. Assim sendo, segue-se uma breve caraterização serviços que tive a oportunidade e privilégio de realizar a minha prática clínica.

Os Ensinos Clínicos foram realizados sob orientação de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que exercem funções nos serviços que percorri.

O Ensino Clínico I – Serviço de Urgência, com um total de 9,5 ECTS associadas a 257 horas do trabalho do estudante, sendo destas 170 horas de contacto (154 de estágio e 16 de Orientação Tutorial) e 87 horas de trabalho individual/autónomo, com início a dois de janeiro de 2024 e término a 24 de fevereiro do mesmo ano, realizou-se no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) que dá resposta à população da Região Autónoma da Madeira (RAM), a qual segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (2023a), em 2022 foi estimada em cerca de 253 259 pessoas.

O serviço de urgência é dirigido por uma médica de medicina interna e por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). O serviço funciona durante 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Este é classificado como polivalente, pois, conforme o artigo 5.º do Despacho n.º 10319/2014 o SUP é "o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área" (p.20674), garantindo, mais especificamente, o acesso em menos de 60 minutos.

Segundo o despacho mencionado, além dos recursos relativos ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (incluindo as equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência), e das valências médicas obrigatórias (Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório em permanência, Imagiologia e Patologia Clínica), o SUP deve ainda dar resposta nas seguintes valências:

a) Neurocirurgia;
b) Imagiologia com Angiografia Digital e RMN;
c) Patologia Clínica com Toxicologia;
d) Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia;
e) Pneumologia (com endoscopia);
f) Gastrenterologia (com endoscopia);
g) Cirurgia Cardiotorácica;
h) Cirurgia Plástica e Reconstrutiva;
i) Cirurgia Maxilo -facial
j) Cirurgia Vascular;
k) Medicina Intensiva (p.20674).

Este serviço de urgência é também considerado um centro de trauma, pois, em concordância com o artigo 6.º do Despacho n.º 10319/2014, compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo da pessoa com politraumatismo grave.

Segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (2023b), o SUP da RAM registou, no ano 2022, 157 147 assistências em contexto serviço de urgência, que equivale a uma média de 430 atendimentos por dia.

No que consta à estrutura física e recursos materiais, o Artigo 20.º do Despacho n.º 10319/2014 faz referência que o SUP deve, necessariamente, incluir as seguintes áreas:

a) Área de admissão e registo;
b) Área de triagem de prioridades;
c) Área de espera;
d) Área de avaliação clínica;
e) Sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida;
f) Área de ortotraumatologia;
g) Área de curta permanência e observação;
h) Área de informação e comunicação com familiares; (p. 20677).

O artigo supracitado ressalva que no SUP deve ser garantido o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico e ao bloco operatório, sendo indicado que as áreas de circulação, nomeadamente os corredores, devem manter -se livres.

Durante a visita ao serviço, no primeiro dia de estágio, foi possível observar que o SUP, quanto ao espaço físico, dispõe, à entrada, e com acesso pelo exterior, de uma secretaria responsável pelas admissões das pessoas que recorrem a este serviço. Em seguida, encontra-se a sala de triagem, com dois postos de atendimento, onde as pessoas são encaminhadas segundo os fluxogramas da Triagem de Prioridades de *Manchester*. Esse processo está em conformidade com o Artigo 22º do Despacho n.º 10319/2014, onde refere que "em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir os doentes por gravidade clínica, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de observação" (p.20677).

À sala de espera, comum à área médica e cirúrgica, segue-se os gabinetes de atendimento, três de medicina e um de cirurgia. A sala de tratamentos é uma área transitória, onde são realizadas as primeiras intervenções, e a pessoa é posteriormente encaminhada para outra sala. Outro espaço é a denominada "sala aberta", uma área mais ampla do corredor, onde as pessoas que necessitam de menor vigilância aguardam os efeitos terapêuticos ou os resultados de exames. A sala de recuperação é destinada as pessoas que necessitam de vigilância intermédia, da área da Medicina. O SUP também dispõe de uma área de ortopedia, com um espaço para atendimento médico e outro para tratamentos de enfermagem, numa sala comum. Na área cirúrgica, há uma sala de pequena cirurgia e uma sala de cirurgia, onde permanecem as pessoas que, após a triagem, são encaminhadas para essa área e necessitam de uma vigilância intermédia.

O SUP conta com uma sala dedicada à psiquiatria, destinada ao atendimento e vigilância de pessoas que necessitem de intervenção nessa área.

Além disso, o serviço dispõe de uma área de isolamento para casos que requerem medidas específicas atendendo a possibilidade de transmissão de infeções.

De referir ainda o gabinete de apoio à família/pessoa significativa, que funciona como uma área de informação e comunicação destinada aos familiares. Este gabinete está localizado no edifício em frente ao serviço de urgência, próximo da sala onde os familiares podem aguardar e receber atualizações sobre o encaminhamento da pessoa que acompanham.

Por fim, o SUP conta com uma Sala de Observação (SO), com 13 camas, onde podem permanecer pessoas de todas as especialidades. Das 13 camas, duas são destinadas a

pessoas em situação crítica, que necessitem de vigilância intensiva e de medidas de suporte de vida.

Finalmente, a sala de emergência está localizada próxima à entrada, numa zona central, com acesso de fácil e de proximidade à imagiologia e ao elevador que dá acesso ao bloco operatório, situado no andar superior. O serviço de medicina intensiva encontra-se num edifício separado, com acesso através de elevador.

Em consonância com as diretrizes da Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS, (2019)], a sala de emergência deve ser fisicamente individualizada em relação ao restante Serviço de Urgência, localizada próxima à entrada e ao posto de triagem de prioridades, sem necessidade de passagem por outros espaços funcionais. A ACSS (2019) ressalva que a sala de emergência deve apresentar portas de correr nos acessos, oferecendo espaço amplo para a passagem de macas e de equipamentos.

A ativação da equipa de apoio à sala de emergência, de acordo com as recomendações técnicas do ACSS, deve ser realizada através de campainha/ sirene de aviso, localizada na entrada da sala. A saída da sala de emergência deve ocorrer sem contacto com outros doentes, salas de espera ou áreas públicas.

A fonte anteriormente mencionada recomenda que a sala de emergência, no SUP, seja configurada em espaço aberto, com capacidade de reanimação para, no mínimo, de três pessoas. Cada unidade da sala deve ter uma área de 20 a 25m2, com 1.50m livres de cada lado da maca, permitindo o acesso à pessoa alvo de cuidados a toda a volta (360º) e a presença em simultâneo de toda a equipa multidisciplinar necessária para a abordagem à pessoa em situação crítica.

Analisando o espaço físico e comparando com o que é preconizado pela evidência científica, é possível concluir que, de forma geral, o mesmo é adequado e cumpre as recomendações. No entanto, alguns aspetos podem ser considerados menos positivos. Um deles é a ocupação frequente dos corredores com várias pessoas sentadas em cadeiras e macas, o que, devido à grande afluência de pessoas, pode dificultar a garantia da privacidade. Para minimizar este problema, são recorridos a biombos aquando da prestação de cuidados.

Outro ponto a ser destacado é a sala de emergência, que, em desacordo com as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde, apresenta pequenas dimensões. Embora a sala teoricamente tenha capacidade para atender quatro doentes, na prática a mesma so consegue suportar apenas dois. Quando há mais de dois doentes que necessitem de cuidados de emergência, os mesmos são encaminhados para o SO, garantindo a sua assistência. No entanto, esta alternativa apresenta a desvantagem de estar mais distante

da área de imagiologia e do bloco operatório, o que pode dificultar o acesso rápido a exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas, em caso de necessidade.

O SUP conta ainda com diversas áreas de apoio essenciais para o seu funcionamento, incluindo uma área administrativa, zonas de espera e de informação, gabinetes médicos e de enfermagem, além de arrecadações, sanitários, zona de sujos, copa, rouparia, vestiários e um posto policial.

Relativamente aos recursos humanos, após a discussão com a enfermeira orientadora e responsável de turno, foi possível a elucidação de que a equipa de urgência é composta por médicos em presença física no serviço de urgência e nos próprios serviços, médicos de prevenção das diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, profissionais administrativos e auxiliares de ação médica.

Focando na equipa de enfermagem, a mesma é constituída por um total de 111 enfermeiros, incluindo um enfermeiro gestor, 13 enfermeiros especialistas em saúde mental, 19 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, três enfermeiros especialistas em saúde comunitária e um enfermeiro especialista em reabilitação.

O Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalentes, com um total de 5,5 ECTS associadas a 149 horas do trabalho do estudante, das quais 98 horas são de contacto (88 de estágio e 10 de Orientação Tutorial) e 51 horas de trabalho individual/autónomo. O estágio teve início a 13 de novembro de 2023 e término a 15 de dezembro do mesmo ano, sendo realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), que dá resposta à população da Região Autónoma da Madeira.

Segundo o parecer nº15/2018 as unidades de cuidados intensivos são locais qualificados para assumir a responsabilidade pelos doentes com disfunções orgânicas de forma integral, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

O Regulamento n.º 743/2019 estabelece que as Unidades de Cuidados Intensivos poderão ser classificadas em nível três níveis – I, II e III – com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. O regulamento recomenda, ainda, que os rácios enfermeiro/doente seja acordo com a tipologia da UCI.

Uma UCI tipo I, em conformidade com o Regulamento n.º 743/2019, "visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior" (p.144), sendo o rácio enfermeiro/doente para estas unidades de 1/3.

Por sua vez, uma UCI tipo II, atendendo ao Regulamento n.º 743/2019,

> Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico- -cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, …), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. (p.145)

O rácio enfermeiro/doente nestas unidades é de 1/2.

Por fim, uma UCI tipo III, tendo por base o Regulamento n.º 743/2019,

> Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição, UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável. (p.145)

O rácio enfermeiro/doente nestas unidades é de 1/1.

Com base no que que foi explorado anteriormente e após análise dos dados fornecidos pelo enfermeiro orientador e pelo enfermeiro gestor, foi possível identificar que esta unidade é classificada como UCI tipo III, pois dispõe de equipa médica e de enfermagem própria, equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para garantir a prática clínica segura da pessoa em situação crítica, exigindo a presença física constante de equipa médica e de enfermagem.

A admissão ocorre no seguimento do tratamento da pessoa em situação crítica, com patologia potencialmente reversível, seja de origem médica, traumatológica ou cirúrgica, recebendo pessoas provenientes de todos os serviços do hospital, assim como de todos os serviços de saúde da RAM.

Trata-se de uma unidade com funcionamento contínuo, 24h por dia, ao longo de todo o ano, com turnos de manhãs/tardes/noites, garantindo a assistência contínua à pessoa em situação crítica. Relativamente ao horário de visitas, as mesmas poderão ser realizadas entre as 16h e as 21h, sendo atendidas as famílias/pessoas significativas.

A ACSS (2024) recomenda a implementação de canais de comunicação rápidos, seguros e de fácil acesso com o serviço de urgência, nomeadamente a sala de emergência e o bloco operatório, pois são os serviços com os quais há maior interligação. Os elevadores devem ser de fácil acesso, com chave própria para transporte da PSC.

Relativamente ao que fora anteriormente mencionado, foi possível compreender que a unidade apresenta algumas lacunas, nomeadamente o facto de o SMI não ter ligação horizontal com o bloco operatório e o serviço de urgência, estando localizados em pisos diferentes. No caso do SMI, este encontra-se num bloco de edifício separado, o que dificulta

a comunicação em situações de emergência. Além disso, a unidade não dispõe de chave própria para o transporte de doentes, sendo necessário recorrer a dois elevadores.

Segundo a ACSS (2024), uma UCI deve ter no mínimo seis camas, com um intervalo ótimo entre 12 e 16 camas. A área mínima por unidade em cuidados intensivos deve ser de 20m2 a 25m2. Com base nas recomendações da ACSS (2024), a pessoa deve poder ser visualizada em todos os momentos para facilitar a deteção de alterações na situação clínica, sendo também recomendado que todos os quartos possuam uma fonte de luz natural.

No processo de construção, a fonte anteriormente mencionada orienta que devem ser previstos isolamentos, com uma proporção de um a dois isolamentos por cada seis camas de nível III. Os isolamentos devem estar equipados com uma antecâmara para lavagem das mãos, colocação dos equipamentos de proteção individual e armazenamento de material. Instruções adequadas de isolamento devem ser afixadas de forma visível à entrada de cada quarto. É recomendada a evacuação em separado do material contaminado.

No primeiro dia de estágio, após visita ao serviço e com a discussão com o enfermeiro tutor sobre a estrutura e dinâmica do mesmo, e realizando um paralelo com a evidência, foi possível compreender que a unidade está dividida em três zonas: a zona de apoio, que inclui arrecadação, posto de trabalho de enfermagem, gabinetes médicos e de enfermagem, sala de reuniões, copas, vestiários de pessoal com instalações sanitárias e duche, sala de espera para visitas, receção/secretaria e zona de material esterilizado; zona de despejos; e a zona de internamento, que dispõe de sete salas, com capacidade de 23 camas, embora atualmente apenas 19 estejam ativas devido à falta de recursos humanos. Das 19 camas ativas, três são isolamentos em quartos individuais. A unidade apresenta uma sala *open space* com capacidade de 8 camas, e as restantes salas apresentam capacidade entre duas a quatro camas.

Relativamente ao número de camas, a unidade satisfaz o preconizado para uma unidade de cuidados intensivos. As áreas destinadas aos doentes são amplas, embora nem todas apresentam a área preconizada. Todavia, é uma preocupação constante por parte dos profissionais garantir a salvaguarda da intimidade e privacidade da pessoa alvo de cuidados, com recurso ao uso de biombos para separar as unidades e mantendo sempre os princípios da proteção da superfície corporal durante a prestação dos cuidados de higiene.

Os três quartos de isolamento atendem ao que é preconizado para as unidades de cuidados intensivos, sendo individualizados e garantindo a privacidade, além de reduzir o risco de transmissão de infeções. No entanto, estes isolamentos não apresentam antecâmeras para a higiene das mãos e colocação dos equipamentos de proteção individuais. Apesar disso,

os princípios de higiene são rigorosamente seguidos, com a higienização das mãos realizada nas salas de trabalho dos enfermeiros, e os equipamentos de proteção individuais disponíveis à entrada dos isolamentos. Ao sair dos isolamentos, os equipamentos de proteção descartados em contentores apropriados.

Os isolamentos, devido à sua localização, não permitem a visualização contínua dos doentes. Contudo, na sala de trabalho, existem monitores que possibilitam a monitorização contínua, facilitando a deteção de alterações da situação clínica. Nas restantes salas, é possível a visualização contínua dos doentes, bem como o controlo dos parâmetros de monitorização. Foi possível verificar que todos os quartos possuem uma fonte de luz natural.

Este serviço é assegurado, em caráter permanente, por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais e funciona em estreita relação, nas 24 horas, com técnicos de imagiologia e técnicos de laboratório.

Através do diálogo com o enfermeiro orientador e com o enfermeiro gestor, foi possível compreender, relativamente aos recursos humanos da unidade, especialmente no que se refere ao número de enfermeiros, que a unidade conta com um total de 69 enfermeiros, dos quais 28 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa é constituída ainda por seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Destaco ainda, no funcionamento e dinâmica do serviço, a existência do funcionamento nas 24 horas por dia, 365 dias por ano, de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, constituída por um médico e um enfermeiro com competências no Suporte Avançado de Vida. Esta apresenta como critérios de ativação o compromisso da via aérea, paragem respiratória, frequência respiratória <6 ou >35 ciclos por minuto; SaO2<85% com oxigénio suplementar; paragem cardiorrespiratória; frequência cardíaca <40 ou >140 batimentos por minuto; pressão arterial sistólica <90mmHg; escala de Coma de Glasgow com diminuição superior a 2 pontos; crise convulsiva prolongada ou repetida e perda súbita de consciência. Para ativação da equipa, é contactado o número de emergência interna: *3012. A equipa transporta consigo, além do material de comunicação, adjuvantes da via aérea, material de acesso endovascular, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador. Após a reanimação, o encaminhamento para o local mais adequado deve ser assegurado pela equipa. O funcionamento desta equipa vai ao encontro do preconizado pela circular normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, referente

à criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar para todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde.

Por fim, passando à caracterização do terceiro ensino clínico (Estágio com Relatório), o mesmo representa um total de 22 ECTS, integrando o módulo I e o módulo II. O módulo I apresenta 108 horas do trabalho do estudante. Destas 108 horas, 71 horas correspondem a horas de contacto (66 de estágio e cinco de OT) e 37 horas destinadas ao trabalho individual/autónomo. O estágio foi realizado no SMI da RAM, já anteriormente caracterizado, com início a 26 de fevereiro de 2024 e término a 24 de março do mesmo ano.

Por sua vez, o módulo II tem um total de 18 ECTS, correspondendo a 486 horas totais do trabalho do estudante, das quais 321 horas de contacto (287 de estágio e 34 de Orientação Tutorial) e 165 horas de trabalho individual/autónomo. Este módulo teve início a 25 de março de 2024 e término a 24 de maio do mesmo ano, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC) e no Serviço de Hemodinâmica, ambos integrados no serviço de Cardiologia do mesmo Hospital, e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos (UCICT) de um outro Hospital no Porto, Portugal.

Todos os campos de estágio integrados no módulo II potenciaram comummente a minha ambição no desenvolvimento de competências especializadas visando a Pessoa com afeção cardíaca crítica. Deste modo, passarei de forma individualizada e mais pormenorizada a descrever atendendo à sua estrutura física, organização e dinâmica.

Relativamente à Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, onde tive oportunidade de realizar parte do meu Ensino Clínico, foi possível identificar que esta unidade, quanto à sua classificação, é uma UCI tipo II, dado ter capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, contando com uma equipa médica e de enfermagem própria, além de estabelecer articulação com outras unidades e serviços de nível superior.

Por sua vez, a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica, onde realizei a restante parte do estágio, é classificada como uma UCI tipo III.

Ambas as unidades apresentam um horário de funcionamento contínuo de 24h por dia ao longo de todo o ano, com funcionamento por turnos de manhãs/tardes/noites garantindo a assistência contínua à pessoa com afeção cardíaca crítica. Relativamente ao horário de visitas na UCIC poderá ser realizada entre as 16h e as 20h30 e na UCICT entre as 12h30-13h30; 17h30-18h30; 21h-21h30; onde são atendidas as famílias/pessoas significativas das pessoas internadas.

Foi possível compreender que a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia onde executei o estágio, apresenta algumas lacunas, particularmente no que se refere ao facto

da unidade não apresentar ligação horizontal com o bloco operatório e o serviço de urgência, uma vez que estes estão localizadas em pisos diferentes. No entanto, a unidade conta com a ligação direta com o serviço de hemodinâmica, estabelecendo uma interligação diária que dá resposta a diversas intervenções. De salientar, que o serviço dispõe de uma chave própria para transporte de doentes, o que facilita a conexão com outros serviços.

Focando na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica, foi possível verificar que a mesma está em conformidade com as recomendações da evidência científica, uma vez que se encontra localizada no mesmo corredor que o bloco operatório de cirurgia cardiotorácica, facilitando a interligação entre os serviços e diminuição do tempo de transporte entre os mesmos. O serviço está também estrategicamente localizado próximo do serviço de hemodinâmica e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, que são os serviços de maior interligação. Além disso, a unidade dispõe de uma chave própria, o que facilita o transporte dos doentes.

A Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia trata-se de uma unidade constituída por oito camas com capacidade de monitorização contínua e destina-se à admissão de pessoas com patologia cardíaca aguda grave, dispondo de equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva, de ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo. Dispõe ainda, um quarto de isolamento e possibilidade de realização de Técnica de Substituição da Função Renal, como é exemplo a *Slow Extended Dialysis*.

Foi possível identificar que esta unidade faz parte do Serviço de Cardiologia, que inclui também o internamento de Cardiologia, o Laboratório de Ecocardiografia, o Laboratório de Eletrofisiologia Invasiva e *Pacing* e o Laboratório de Hemodinâmica, todos localizados no mesmo piso.

Relativamente à UCICT, tive também a oportunidade de realizar uma visita à unidade no primeiro dia de estágio, sendo possível a realização do paralelo com o recomendado pela evidência científica. Esta unidade é composta por dez camas, das quais duas são isolamentos, com capacidade de monitorização contínua, ventilação invasiva e não invasiva, realização de hemodiálise venovenosa contínua e ainda técnicas como ECMO, Balão Intra-aortico. A unidade destina-se essencialmente à admissão da pessoa pós-cirurgia cardíaca, mas também pode incluir admissões no pré-operatório, em casos de situações críticas que exijam maior vigilância e nível elevado de cuidados.

Ambas as unidades são asseguradas, em caráter permanente, por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais e funcionam em estreita relação, nas 24 horas, com técnicos de imagiologia e técnicos de laboratório.

Relativamente ao número de camas, é possível afirmar que as unidades satisfazem o recomendado para uma unidade de cuidados intensivos. Estas unidades apresentam isolamentos individualizados, sendo que a UCIC apresentava um isolamento enquanto a UCICT apresentava dois isolamentos. As unidades possuem uma fonte de luz natural.

Na UCIC, o quarto destinado ao isolamento não apresenta antecâmera para a higiene das mãos e colocação dos equipamentos de proteção individuais. No entanto, foi possível verificar que os princípios são mantidos, com a realização da higiene das mãos nas salas de trabalho dos enfermeiros e os equipamentos de proteção individuais à entrada dos isolamentos. O isolamento, tendo em conta a sua localização física, não permite a visualização contínua da pessoa em situação crítica. Todavia, há a garantia da monitorização contínua, através de monitores na sala de trabalho.

Relativamente à UCICT, os quartos destinados aos isolamentos apresentam antecâmeras como é recomendado pela evidência científica. Para além do referido, nesta mesma antecâmera é possível a visualização contínua e direta da pessoa, facilitando a deteção e atuação precoce perante focos de instabilidade.

Nas restantes camas de ambas as unidades e dado serem unidades *open space*, é possível a visualização contínua das pessoas, assim como o controlo dos parâmetros de monitorização das mesmas.

Através do diálogo com a enfermeira orientadora da UCIC, foi possível compreender, relativamente aos recursos humanos da unidade, que a mesma conta com um total de 21 enfermeiros, dos quais dois são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa é constituída ainda por três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, sendo este último o enfermeiro gestor do serviço.

Relativamente à UCICT, a mesma dispõe de um total de 37 enfermeiros, dos quais quatro são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa inclui três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, sendo este último o enfermeiro gestor do serviço.

Ao longo do tempo de estágio na UCIC foi possível verificar que o motivo de internamento mais prevalente foi a Síndrome Coronária Aguda, seguindo-se as pessoas admitidas após intervenção cardíaca percutânea, sendo a TAVI a mais comum. É de salientar a prevalência dos internamentos por patologia arrítmica e por Insuficiência Cardíaca

descompensada, sendo que neste último grupo enquadram-se as pessoas com patologia valvular e cardiopatia congénita.

Na maioria dos casos, o internamento decorreu sem intercorrências de relevo. São, no entanto, de destacar, as complicações *major* que pude verificar atendendo a cada patologia, entre as quais pessoas com choque cardiogénico, paragem cardiorrespiratória, bloqueio auriculoventricular avançado, tempestade arrítmica, edema agudo do pulmão de origem cardiogénico. Como tratamentos preferenciais é de destacar a ventilação não invasiva, suporte inotrópico, cardioversão elétrica, *pacemaker* provisório, balão intra-aórtico, dispositivo de assistência ventricular esquerda e técnica dialítica intermitente.

Relativamente à UCICT, os motivos de internamento são essencialmente dirigidos ao pós-operatório de cirurgia cardíaca sendo as principais as cirurgias de revascularização de miocárdio, cirurgia de *Bentall*, cirurgia de *David* e substituições de válvula aórtica ou mitral por próteses biológicas ou mecânicas. As principais complicações que pude constatar foram: hemorragia no pós-operatório, sendo necessário nova ida ao bloco para revisão de hemostase; choque cardiogénico, com necessidade de recorrer a dispositivos de suporte circulatório, como ECMO na modalidade venoarterial; tempestades arrítmicas; e lesões renais agudas que necessitaram do recurso à técnica dialítica contínua.

No decorrer deste ensino clínico e de forma a complementar a minha formação, tive oportunidade de desenvolver a minha prática no Centro de Cardiologia de Intervenção Estrutural que engloba o Laboratório de Hemodinâmica. O mesmo dispõe de duas salas operatórias equipadas e em funcionamento simultâneo, em dias úteis, entre as 8h e as 20h. Depois das 20h, bem como durante o fim-de-semana, o funcionamento ocorre em regime de prevenção. Apresenta disponibilidade permanente para cateterismos cardíacos emergentes, nomeadamente para intervenção coronária percutânea primária no contexto de enfarte agudo do miocárdio com supra de ST e consequente ativação da via verde coronária.

Este Centro de Cardiologia de Intervenção Estrutural inclui ainda o Laboratório de Eletrofisiologia Invasiva e *Pacing* que tive igualmente oportunidade de observar e colaborar, apresentando duas salas equipadas com sistema de fluoroscopia, uma dedicada à Eletrofisiologia e outra ao *Pacing*, uma sala de recobro e um gabinete de consulta.

Este centro atendendo aos recursos humanos apresenta o total de 22 enfermeiros, dos quais três são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Desta forma, e tendo por base todos os campos de estágio anteriormente mencionados nos quais tive a oportunidade e o privilégio de desempenhar a minha prática, foi possível o desenvolvimento de um conhecimento mais profundo do Cuidar da Pessoa

com afeção cardíaca crítica e dar continuidade ao processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Após a realização dos diferentes estágios em contexto de prática clínica, pretendo, com recurso a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na evidência científica, dar visibilidade ao meu processo de aprendizagem enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de assistência à Pessoa com afeção cardíaca Crítica.

Poderei, assim, avaliar o meu próprio desempenho e evolução durante este período, visando um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com vista à excelência do cuidar em enfermagem.

2.2. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Independentemente da área de especialidade, a Ordem dos Enfermeiros, em concordância com Regulamento nº140/2019, preconiza que os enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências comuns, "demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (p. 4745).

Focando nas competências comuns do enfermeiro especialista, fazem parte os domínios das competências, caraterizados como "esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados" (p. 4745). Os referidos domínios de competência comuns do Enfermeiro Especialista são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma, seguidamente passarei a explorar individualmente cada um dos respetivos domínios.

2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

É esperado, tendo por base o Regulamento n. º140/2019, que o Enfermeiro Especialista demonstre, um exercício seguro, profissional e ético, alicerçado em habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e que a sua prática assente no respeito pelos direitos humanos, através da análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados e gerindo as potencialmente comprometedoras para as pessoas.

Para Dantas et al. (2018) a excelência profissional e a qualidade dos cuidados no que concerne à saúde requer habilidades nas tomadas de decisões quando confrontados com problemas éticos. Assim, os autores afirmam que, apesar das leis, códigos e princípios pré-estabelecidos ampararem a Enfermagem, o profissional encontra desafios na sua prática ao lidar ou a enfrentar dilemas éticos.

No exercício profissional de Enfermagem existem referenciais que são basilares no domínio ético-deontológico e que regem a profissão, como o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e ainda o Código Deontológico do Enfermeiro, sendo estes facilitadores no processo de tomada de decisão.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, presente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o título de enfermeiro especialista, em consonância com o seu artigo 8.º, reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem.

Destaco assim, em consonância com o Decreto-Lei n. º161/96 de 4 de setembro referente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no seu artigo 8.º, que os enfermeiros, no exercício das suas funções "deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (p.2961).

Neste sentido, desenvolver uma prática profissional e ética no campo da minha intervenção, com vista a promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais foi sempre um dos focos que esteve presente durante este percurso de aprendizagem.

Ao longo do meu processo formativo, implementei um conjunto de atividades que me possibilitaram desenvolver este domínio de competências. A nível da vertente teórica do mestrado, destaco a unidade curricular de Ética e Deontologia, na qual tive oportunidade para refletir sobre diversas temáticas que foram pertinentes para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista. Das temáticas abordadas, destaco o estudo da ética e deontologia em casos de obstinação terapêutica, limitação terapêutica, confidencialidade, recusa de tratamento e na prestação de cuidados perante diretivas antecipadas da vontade, tendo estes sido exemplos em contexto das aulas teóricas nesta unidade curricular. Abordar estas temáticas em contexto sala de aula foram uma mais-valia, no sentido em que preparou-me, de forma mais realista, para possíveis situações que poderia ter contacto nos ensinos clínicos.

Saliento, no Artigo 99.º referente aos Princípios gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro que "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana" (p. 8078) e ainda, seu artigo 100.º - Dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro assume o dever de:

> a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
> b) Responsabilizar -se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega;
> c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; (p. 8078-8079)

Durante o exercício profissional de enfermagem, somos confrontados frequentemente com dilemas éticos e que quando diz em respeito ao cuidado à Pessoa em Situação Crítica assume uma maior complexidade, pelo que os ensinos clínicos possibilitaram-me consciencializar-me e vivenciar de perto estas situações, onde, nem sempre, as tomadas de decisão são fáceis de gerir.

Um dos dilemas éticos que vivenciei no decorrer da minha prática foi a obstinação terapêutica, associada à realização da medicina defensiva, atendendo à pressão exercida na equipa multidisciplinar por parte da família de uma pessoa que já não apresentava prognóstico compatível com a vida. Esta situação foi alvo de uma reflexão, segundo o ciclo de Gibbs. O mesmo encontrava-se diagnosticado com uma encefalopatia anóxico-isquémica pós paragem cardiorrespiratória, encontrando-se sob um conjunto de dispositivos invasivos, tais como ventilação mecânica invasiva. Apesar de todos os esforços por parte dos profissionais, não houvera uma evolução positiva por parte do doente, encontrando-se com Glasgow 3 sem qualquer sedoanalgesia. Todavia, e após pesquisa e consulta dos protocolos do serviço foi possível constatar que não se tratava de um doente compatível com a doação de órgãos, pois apresentava ciclos respiratórios espontâneos. Desta forma, compreendi que o prolongamento das medidas terapêuticas não estava associado a esta possibilidade, constituindo-se assim um caso em que a pessoa estaria sujeita a obstinação terapêutica.

Assim, foi possível identificar nesta situação um dilema ético, onde deveria ser considerada a suspensão das medidas terapêuticas atendendo ao estado clínico da mesma e prognóstico reservado, tendo por base as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional.

Para Deodato (2014), o profissional de saúde, perante um problema ético necessita de resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Nesta perspetiva, procura a ação mais correta para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele

eticamente correta para a pessoa em causa. Deste modo, pela decisão de ação do enfermeiro, este responde aos deveres da sua profissão, colocando em prática as competências específicas que caraterizam o Enfermeiro Especialista.

Com o desenvolvimento da ética na prática profissional, surgiu a Teoria Principalista, em que Filho et al. (2019) ressalvam que a mesma orienta a conduta nos dilemas morais relacionados com o desenvolvimento tecnológico e às questões político-sociais. A teórica principalista assenta nos seguintes princípios: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Uma ferramenta com a qual me familiarizei no contexto da unidade curricular de ética e Deontologia foi o modelo DECIDE, descrito por Thompson et al. (2004), sendo este de natureza processual, tendo como fundamento que o cuidado prestado resulta de um conjunto de etapas, partindo de um determinado problema.

De acordo com Thompson et al. (2004) o modelo DECIDE é constituído por seis etapas, que se constituem por: D- Definir o problema; E-Estudo ético; C- Considerar as opções; I- Investigar os resultados; D- Decidir sobre a ação; e E-Estimar/avaliar os resultados. As primeiras duas etapas D e E, examinam as causas e os princípios prévios que são extensíveis na situação em questão. Nas etapas C e I deverá haver uma avaliação das opções, meios e métodos existentes. E as duas últimas etapas D e E contemplam a ação intencional e a avaliação dos resultados tendo em conta os objetivos.

Os autores anteriormente mencionados ainda acrescentam que, para a elaboração destas etapas, existem questões a serem respondidas e aspetos a serem analisados, de forma a contemplar todos os aspetos da decisão, tendo em conta a situação exposta.

Desta forma, Thompson et al. (2004) referem que este processo de tomada de decisão, atendendo ao modelo DECIDE, é contínuo, havendo uma interação entre as várias fases.

Na unidade curricular de Ética e Deontologia tive a oportunidade de aplicar o modelo DECIDE com a realização de um trabalho de grupo que apresentou como objetivo principal resolver um problema/dilema ético emergente da prática dos cuidados à pessoa alvo de cuidados especializados. A situação alvo de estudo pelo grupo foi relacionada com a decisão de realizar uma transfusão sanguínea numa pessoa adulta, que era testemunha de jeová. Através da aplicação deste modelo, o grupo contactou nas diversas etapas que o caraterizam, com diferentes teorias e princípios que auxiliaram não só a desenvolver uma perspetiva ética quando confrontadas com um dilema/problema ético, como a organizar o pensamento no sentido de identificar a melhor solução para o problema.

A oportunidade de poder explorar um caso clínico, ofereceu um vislumbre dos verdadeiros dilemas éticos vivenciados pelo Enfermeiro na sua prática clínica e dos desafios com que este se depara para encontrar a melhor decisão ética.

Dando continuidade à análise crítica relativa ao desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, dou destaque ao direito dos doentes à informação assim como ao consentimento informado, livre e esclarecido, sendo que foi algo que sempre norteou a minha prática. Desta forma, antes de cada procedimento procurei sempre explicar as minhas ações e a importância de realização das mesmas, de forma a, não só ter o consentimento da pessoa, mas também ter o seu contributo no processo terapêutico.

Relativamente a este direito, é no artigo 3.º da Lei n.º 15/2014 que encontramos que o consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde "devem ser declarados de forma livre e esclarecida", sendo que "o utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento" (p.2128). A Lei n.º 95/2019, que estabelece a Lei de Bases da Saúde, reforça o que foi anteriormente referido, garantindo que todas as pessoas têm direito "a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde" (p.56).

Da mesma forma, no artigo 105º descrito na Lei nº 156/2015 referente ao Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de "informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem" (p. 8079).

O descrito no artigo 105º vai ao encontro do que é referido no artigo 7.º da Lei n.º 15/2014 do direito à informação, onde é evidenciado que

> 1 — O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.
> 2 — A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível. (p. 2128).

No entanto, em situações de emergência o consentimento pode não ser possível de acontecer, dado a pessoa estar muitas vezes incapaz de compreender e responder. Nestas situações, o consentimento está implícito, sendo presumido. De acordo com a Norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, o consentimento presumido poderá ser opção quando os acontecimentos permitem supor que a pessoa consentiria se conhecesse as circunstâncias do ato, perante risco sério para a saúde ou vida da pessoa. Na mesma norma é reforçado que

> Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir (p.5).

Foi percetível ao longo de toda a minha prática nos diversos contextos da prática que a preocupação pelo consentimento informado é uma realidade presente nos serviços, sendo exemplo aquando de procedimentos como cateterismos cardíacos, implantação de *pacemakers*, cirurgias cardíacas, sendo os referidos consentimentos, nestes casos, em formato escrito. No entanto, mesmo em procedimentos mais simples procurei sempre pedir o consentimento informado, respeitando a decisão da pessoa alvo de cuidados. Por outro lado, foi também percetível perante situações de emergência, como é exemplo em contexto de sala de emergência do SUP, a implementação do consentimento presumido, sendo prestada a informação à pessoa ou ao representante legal assim que capacitada.

Para além do já anteriormente mencionado, destaco ainda a Carta dos Direitos do Doente Internado que em concordância com a Direção-Geral da Saúde (2005), no seu ponto 13 sobressai que "o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos", atendendo aos horários estabelecidos e sempre que não haja contraindicação. Segundo a mesma fonte, as instituições e os profissionais devem facilitar e incentivar a realização das visitas das pessoas significativas, uma vez que as pessoas internadas que não têm visitas, sentem-se mais isoladas, influenciando o seu estado de saúde.

O mesmo é descrito na Lei n.º 95/2019, referente à Lei de Bases da Saúde, onde é evidenciado que todas as pessoas têm direito a ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida.

Este direito é ressalvado na Lei nº 33/2009, de 14 de julho, direcionado em particular ao serviço de urgência, sendo mencionado que "todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço" (p. 4467).

Neste sentido, o direito de acompanhamento, consagrado pela Lei nº 33/2009, não concede apenas um direito à pessoa que recorre a um serviço de urgência, mas pode ser também entendido, como um direito concedido às famílias no sentido de minorar o seu sofrimento.

No decorrer dos ensinos clínicos, foi possível verificar que sempre que possível eram facilitados os momentos de realização de visitas. No entanto, em contexto da prática clínica do SU, presenciei uma situação em que as mesmas não foram autorizadas, atendendo à grande afluência de forma a ser possível a organização do serviço. Com esta situação, foi

possível observar o impacto negativo da proibição da realização das visitas tanto na pessoa, como nos familiares que contactavam telefonicamente de forma preocupada para a possível obtenção de informações. Foi possível verificar que no decorrer deste turno, aquando das chamadas telefónicas de familiares para obtenção de informações, as informações não eram negadas e desta forma, era possível a prestação de algum suporte emocional aos familiares, embora não fosse possível o contacto entre os mesmos.

No Artigo 106.º, enfatizo ainda o dever do sigilo inserido no Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015, assumindo o enfermeiro o dever de:

> a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
> b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos (p. 8079).

Nesta linha de pensamento, o dever do sigilo foi algo que tive sempre presente na minha prática, garantindo a proteção de dados e confidencialidade das informações relativas à pessoa alvo de cuidados, desde a sua situação clínica, diagnóstico, procedimentos realizados e tratamento.

No decorrer deste percurso, tive ainda o cuidado permanente no respeito pela intimidade, destacado no Artigo 107.º da Deontologia Profissional do Enfermeiro, onde o enfermeiro assume o dever de:

> "a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
> b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa" (p.8080).

Ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, por vezes surgiram dificuldades no cumprimento dos deveres supramencionados, no artigo 107.º, o que me levou a refletir sobre o mesmo. No SU, as reduzidas condições físicas face ao número elevado de pessoas a necessitar de assistência, onde permanecem excessivas horas, dificultam severamente a que estes usufruam do seu direito à privacidade e sigilo e, consequentemente, dificultam o respeito pela intimidade. Deste modo, foi frequente observar pessoas a serem avaliadas e cuidadas com pouca privacidade e, por este motivo, abordei esta problemática com a equipa de enfermagem e reconheci que constituía uma preocupação comum, sendo colocadas em prática estratégias alternativas como o recurso a biombos para a avaliação e prestação de cuidados.

Desta forma, e considerando o que fora mencionado anteriormente, procurei adotar uma prática, considerando os princípios éticos, assim como os referenciais que são basilares no domínio ético-deontológico e que regem a profissão, constituindo a consulta destes, atividades que me propus a explorar para a realização o desenvolvimento da competência em análise. Assim, foi possível uma maior reflexão sobre as tomadas de decisão implementadas, visando sempre o benefício da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar uma situação crítica.

2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Ao longo de todo o meu percurso, foi possível compreender que a garantia da qualidade na prestação de cuidados de saúde é considerada uma prioridade, assumindo os enfermeiros um papel fundamental pelo desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro com vista ao alcance da excelência dos cuidados.

Segundo o Regulamento 140/2019, é esperado que o enfermeiro especialista colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, assim como reconheça a importância da avaliação das práticas de forma a ser possível a revisão e implementação de programas de melhoria contínua. Neste domínio é ainda destacada a pertinência da gestão do ambiente centrado na pessoa como condição para a efetividade e prevenção de incidentes, atuando, proativamente, de forma a permitir o bem-estar e gestão do risco.

Em conformidade com o Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, a qualidade em saúde é definida como

> a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. (p.13551)

A preocupação pela garantia da qualidade poderá ser identificada no Artigo 97.º referente aos Deveres em geral, do Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, quando refere que os membros efetivos da Ordem estão obrigados a

> Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (p.8101).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 é esperado que o enfermeiro especialista, nas suas competências comuns, desenvolva uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em

programas de melhoria da qualidade dos cuidados, garantindo um ambiente terapêutico seguro.

Reveladores desta preocupação, a Ordem dos Enfermeiros (2017) já destacava os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, devendo estes servir como referenciais na procura da excelência do exercício profissional, onde os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), os referidos padrões da qualidade passam pela satisfação do doente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

No mesmo sentido, e sendo a segurança e a qualidade dos cuidados indissociáveis, surge Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, tendo por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, em ambientes cada vez mais complexos. Este plano, segundo o Despacho supramencionado, encontra-se estruturado em cinco pilares que estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança, sendo estes: a cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

Dos cinco pilares mencionados anteriormente, foram definidos catorze objetivos estratégicos, segundo o Despacho n.º 9390/2021. Destes, destaco os seguintes:

> Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados;
> Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA;
> Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados, relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes e segurança da medicação;
> Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e resistência aos antimicrobianos (p.99-103).

Desta forma, durante a minha prática clínica, optei por discutir com os enfermeiros orientadores e enfermeiros gestores dos serviços onde tive oportunidade de implementar os estágios, sobre os programas de melhoria da qualidade implementados nos serviços e os parâmetros avaliados em auditorias, indo ao encontro das atividades e estratégias planeadas anteriormente e deste modo, colaborar nestas atividades.

Com a realização das entrevistas informais e com a pesquisa foi possível compreender que o SUP no qual desenvolvi o Ensino Clínico I, assim como a UCIC na qual realizei parte do estágio relativo à opção clínica não se encontram ainda acreditados, apesar de haver um empenho dos profissionais de saúde em busca da melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados.

Embora estes serviços não sejam acreditados, são realizados esforços, por parte dos profissionais, por ir ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. No SUP são realizadas auditorias internas e externas à triagem e à infeção hospitalar, no cumprimento dos feixes de intervenção para a prevenção das infeções. Por sua vez na UCIC foi possível compreender que são realizadas auditorias internas e externas relativas à identificação inequívoca dos doentes, úlceras por pressão e quedas.

Relativamente ao SMI, onde implementei a prática clínica no Ensino Clínico II, constatei que se trata de uma unidade acreditada pelo Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português.

Estes processos de acreditação, segundo o Serviço Nacional de Saúde (2017) são conduzidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e visam promover a confiança da população e, por outro lado, o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, contribuindo para incrementar a eficiência dos serviços. O SMI obteve pela primeira vez a Acreditação de Qualidade de Nível Bom em 2017, pela Direção-Geral da Saúde, baseado no Modelo ACSA, reconhecida com o nível de acreditação internacional.

Esta acreditação, segundo a Direção-Geral da Saúde (2023), foi renovada no dia 17/08/2023, obtendo novamente a Acreditação de Qualidade de Nível Bom. Esta certificação de qualidade apresenta validade de cinco anos, sendo a data de fim a 17/08/2028.

Foi possível identificar os indicadores de qualidade do serviço, avaliados pelo Modelo ACSA, sendo estes a formação em serviço que vai desde a concretização dos planos de formação interna, à colaboração com o ensino de estudantes e integração de profissionais; o risco clínico que inclui: a identificação inequívoca de doentes, a monitorização da dor, do delírio e de ocorrências adversas, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) na prevenção e controlo das IACS, a implementação do projeto *STOP* infeção, a atividade da emergência médica intra-hospitalar, as quedas e as feridas, incluindo as úlceras por pressão; o risco não clínico que inclui: a

classificação de doentes, com recurso à escala *Nursing Activity Score* (NAS) e ainda realização de auditorias aos processos de enfermagem.

Deste modo, compreendi que estes indicadores de qualidade avaliados respondem aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assim como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, como forma de certificar a qualidade.

Relativamente ao Centro de Cardiologia de Intervenção Estrutural no qual tive oportunidade de realizar uma pequena parte do módulo II do Estágio com Relatório referente à Opção Clínica, é desde 2016 Centro de Referência de Cardiologia de Intervenção Estrutural, cobrindo as necessidades de uma grande parte da região norte do país.

No que concerne à Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos na qual implementei a minha prática clínica, foi possível perceber que esta é uma unidade acreditada pelo Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português.

Foi possível constatar que a unidade se encontra atualmente em novo processo de acreditação, tendo por base o novo manual de *standards* de Unidades de Gestão Clínica da autoria do Departamento da Qualidade na Saúde, o qual tive oportunidade de consultar.

Segundo o Departamento da Qualidade em Saúde (2023), os *standards* incluídos no manual estão agrupados em três blocos e seis critérios, que evidenciam aspetos cruciais na prestação dos serviços de saúde, como por exemplo: a gestão da unidade, mediante a liderança, a forma como se organiza, os profissionais e a gestão por processos; a atenção centrada no doente, incluindo normas relacionadas com os direitos do doente, a continuidade assistencial e a qualidade técnico-científica; e a cultura da segurança, com aspetos como as boas práticas, a gestão proativa e reativa dos riscos e a gestão de um ambiente seguro na unidade.

Desta forma, foi percetível que a enfermeira gestora e a equipa de enfermagem da unidade encontram-se empenhadas de forma a promover a melhoria contínua da qualidade, procurando dar resposta aos critérios recomendados pelo modelo ACSA.

Para além da acreditação da unidade, o Hospital apresenta ainda acreditação pela *Caspe Healthcare Knowledge Systems*.

Em concordância com a *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (2017), este programa de acreditação constitui uma ferramenta de garantia de qualidade, ao definir uma estrutura de normas implementadas que garantem a prestação de serviços de qualidade. As normas, em consonância com a *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (2017), estão

estruturadas em sete seções: gestão e liderança da organização; risco e segurança; cuidados de saúde centrados no doente; serviços locais e de hotelaria; governação de serviços; serviços clínicos e de especialidade; serviços de apoio e reabilitação.

Esta acreditação significa que os processos e padrões do hospital obedecem às melhores práticas, legislação e requisitos regulatórios reconhecidos internacionalmente.

Ao longo da minha passagem pelos diversos campos de estágio, e dado nem todos os serviços serem acreditados, refleti sobre as diferenças entre uma unidade acreditada e outra não. De acordo com Oliveira et al. (2016), a acreditação além de influenciar os resultados com os doentes, influencia também com os profissionais, dado através desta serem avaliadas as condições de trabalho e sobrecarga dos mesmos. Os mesmos autores mencionam que a avaliação da qualidade é um indicador fundamental para alicerçar a prática do enfermeiro, salientando que o líder da equipa necessita ter o conhecimento dos pilares que organizam sua prática, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada.

Deste modo, foi possível compreender que as unidades que são submetidas a processos de acreditação reconhecem quais os seus pontos fortes e fracos, possibilitando a revisão dos métodos de trabalho, promovendo a melhoria da qualidade e otimização de resultados.

Para além do referido, as unidades acreditadas são unidades com um ambiente mais seguro tanto para as pessoas alvo de cuidados, como os profissionais, gerando confiança e reconhecimento externo, encontrando-se os profissionais com uma maior motivação e compromisso para estes processos de melhoria dos cuidados prestados.

Ao longo da minha prática, conhecendo os programas de melhoria contínua da qualidade, procurei atuar atendendo aos mesmos, com intuito da promoção das boas práticas.

Uma vez que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, é importante atender aos riscos a que a pessoa alvo de cuidados está sujeito nos vários contextos da prática. Desta forma destaco a importância da comunicação na equipa multidisciplinar, dando especial atenção aos momentos de passagens de turno, dado ser este um momento deveras importante para garantir a continuidade de cuidados e do tratamento adequado, diminuindo eventuais riscos, promovendo uma prática segura e de qualidade.

Ao longo de toda a minha prática aquando da passagem de turno, procurei transmitir as informações relativas ao estado de saúde dos doentes de forma precisa e detalhada.

Na norma 001/2017 da Direção Geral da Saúde é definida transmissão de informação como a "comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente,

sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados" (p. 4); é definido ainda que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde "se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor" (p. 4).

Considero assim, esta temática fundamental na segurança do doente, não podendo ser negligenciada.

Na norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde, é exposto que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde (cerca de 70%) a nível internacional, estando relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Esta problemática é tão relevante que, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro é destacada como um dos seus pilares, onde salienta que

> A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. (p.186)

A Direção-Geral da Saúde na norma 001/2017, recomenda para uma comunicação efetiva aquando dos momentos de transição de cuidados, o recurso à técnica ISBAR, que se define como uma "ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados" (p. 4).

A mnemónica ISBAR, em concordância com a norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde é uma

> auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações. (p.4)

Deste modo, e com base nas recomendações anteriormente apresentadas pela Direção-Geral da Saúde, ao longo dos ensinos clínicos tive em atenção a mnemónica ISBAR aquando das passagens de turno, de forma a transmitir a informação de forma o mais objetiva e completa possível, minimizando a possibilidade de ocorrência de eventos adversos por falhas na comunicação.

Para além do referido, tive ainda oportunidade de realizar formações na UCIC e UCICT com o principal objetivo de fornecer estratégias para a prevenção de eventos adversos e garantir a segurança na comunicação clínica na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica, recorrendo à mnemónica ISBAR. A mesma foi dirigida aos enfermeiros

dos serviços que demonstraram interesse em participar, proporcionando um momento para reflexão e discussão em equipa. Posteriormente, foi disponibilizado a todos os participantes um documento de apoio alusivo à formação para consulta de forma a dar reposta à possível necessidade de revisão e estudo dos tópicos apresentados e facultados. A metodologia utilizada foi expositiva e reflexiva, com a exposição do tema e *brainstorming* através da discussão/debate em grupo, com vista à concretização dos objetivos delineados.

O plano de formação foi validado pela docente orientadora, encontrando-se em Apêndices no presente documento (Apêndice A).

Ademais, ao longo do meu percurso no decorrer dos ensinos clínicos, em alguns momentos, tive a oportunidade de discutir com os enfermeiros orientadores, sobre os mecanismos formais para a participação de incidentes disponíveis no serviço, de maneira a averiguar as suas causas e efetuar uma avaliação das consequências, como está previsto no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, publicado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, onde refere que a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomenda aos estados Membros "o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador." (p.101). Foi possível constatar que em todos os serviços esta participação de acidentes é realizada no sistema informático através da plataforma NOTIFICA, sendo este sistema o recomendado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

Saliento que durante a minha prática procurei colaborar nos cuidados preventivos, na gestão do risco, nomeadamente na avaliação de riscos das úlceras por pressão e das quedas (escala de Braden e Morse).

No que concerne à prevenção do erro na medicação, é de especial atenção, segundo a Norma n.º 014/2015 da Direção-Geral da Saúde, de 6 de agosto de 2015, os medicamentos de alerta máxima ou de alto risco, que são "medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização" (p.4), sendo fundamental em concordância com a mesma fonte, a concretização de atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar associados ao uso de fármacos.

Dos medicamentos de alerta máximo, é de realçar os medicamentos LASA que a norma n.º 020/2014 emanada pela Direção-Geral da Saúde a 30 de dezembro de 2014, descreve como

> medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
> i. Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante - medicamentos look-alike;
> ii. Medicamentos com nome foneticamente semelhante - medicamentos sound-alike. (p.3)

Uma das estratégias para a diminuição de erros associados aos medicamentos LASA, passa segundo o autor supramencionado, pela adoção do método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*), com recurso à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação, sendo este método recomendado pela Direção-Geral da Saúde.

Perante este tipo de medicamentos, o sistema informático da RAM possui etiquetas identificando os medicamentos "*look-alike*" e "*sound-alike*" (LASA), ou seja, aqueles que podem ser confundidos, originando possíveis erros. Em termos práticos, verifiquei que os enfermeiros de todos os serviços estão despertos para estes aspetos, preparando e administrando terapêuticas com os devidos cuidados, validando com outro colega quando necessário.

Na minha conduta diária, adotei medidas de prevenção, cumprindo com a utilização segura do medicamento, tendo em atenção à sinalética adotada pelo sistema informático, alertando para os medicamentos LASA e, observei o armazenamento dos medicamentos LASA, sendo possível identificar que esses mesmos se encontram separados fisicamente, e sinalizados através de cores, negrito ou grafismo diferentes, apresentando letras maiúsculas no meio, indo ao encontro do que é preconizado pela Direção-Geral da Saúde na adoção do método *Tall Man Lettering*.

Tive ainda em consideração, a verificação, antes da administração do medicamento, da identificação do doente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração, da validade, garantindo uma assepsia adequada, verificando posteriormente a avaliação e monitorização do seu efeito com registo à *posteriori*, tal como é preconizado pela Orientação n.º 014/2015 de 17 de dezembro de 2015.

É importante destacar que todas as pessoas nos serviços onde tive a oportunidade de estagiar, encontravam-se devidamente identificadas com pulseiras de identificação. Os dados eram sempre verificados, sendo confirmada com a pessoa a sua identidade antes da execução de qualquer procedimento e/ou tratamento.

Ressalvo ainda o projeto "STOP Infeção Hospitalar!" implementado nos hospitais e respetivos serviços, que se baseia num processo de melhoria contínua que visa a adoção de boas práticas baseadas na melhor evidência técnico-científica disponível, estando definidos vários feixes de intervenções que têm como objetivo reduzir as Infeções

Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) associadas à intubação endotraqueal, cateter central, cateter vesical e ferida cirúrgica. Neste sentido, no decorrer do Ensino Clínico II colaborei na realização de uma formação em serviço neste âmbito. O plano e a formação apresentada foram validados pela docente orientadora, bem como pelo elo responsável pela formação e pela prevenção e controlo de infeção hospitalar, indo ao encontro de uma necessidade do serviço. O referido plano encontra-se em Apêndices no presente documento (Apêndice B).

Gostaria de destacar que em ambos os hospitais no Porto nos quais desenvolvi os meus estágios, algo que me despertou a atenção foi o número para a ativação da equipa de emergência intra-hospitalar, sendo este de acordo com o preconizado pelo Despacho n.º 9639/2018 de 15 de outubro. O número foi standardizado para o 2222, dado o mesmo ser fácil de memorizar e de digitar, ser frequente os números terem quatro dígitos e este ser já o número mais usado para este efeito na Europa. Com a utilização deste número é possível reduzir-se o erro, constituindo uma medida de segurança do doente.

Por sua vez, no Hospital da RAM o mesmo não acontece sendo diferente do preconizado. O facto de não ser usado o número preconizado está relacionado com problemas informáticos do hospital, dado haver telefones dos serviços que não estão preparados para a sua utilização. No entanto, o número para ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar encontra-se identificado em todos os serviços, de forma que não haja atrasos no contacto perante situações de emergência.

Deste modo, tendo por base tudo o que fora anteriormente analisado, é possível aferir que norteei a minha prática de acordo com as competências do enfermeiro especialista, prestando cuidados especializados que visam a melhoria contínua da qualidade.

2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento nº140/2019, no domínio da gestão dos cuidados, é esperado que o enfermeiro especialista realize a gestão dos cuidados de enfermagem e recursos, otimizando as respostas, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos.

Em conformidade com Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), o enfermeiro especialista apresenta um papel fundamental ao contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com o Regulamento nº 101/2015 do perfil de competências do enfermeiro gestor, este é

> o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros; (p. 5949)

Deste modo, o Regulamento nº 101/2015 salienta que o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância sendo os mesmos promotores do desenvolvimento profissional, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática clínica e qualidade do exercício profissional.

Neste sentido, durante os ensinos clínicos procurei acompanhar o papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, desenvolvendo competências nesta área.

Nos vários serviços onde tive a oportunidade de implementar a minha prática clínica ao longo deste percurso, denotei que os responsáveis de equipa são Enfermeiros Especialistas e estes realizam um conjunto de tarefas específicas, como por exemplo a distribuição dos doentes do serviço atendendo ao número de enfermeiros por turno, gestão de materiais, gestão de doentes, assim como a promoção de momentos de aprendizagem e reflexão.

No SUP os enfermeiros que estão direcionados para a prestação de cuidados são divididos em cinco equipas (A, B, C, D, E), cada uma com um responsável de equipa e pelo menos três a quatro enfermeiros especialistas em EMC.

O plano de distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é realizado pelo enfermeiro responsável de equipa. Este também é responsável pela mobilização dos elementos da equipa ao longo do turno, sempre que necessário, de modo a fazer face às necessidades dos doentes e garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à distribuição dos enfermeiros atendendo à sua formação, em conformidade com o Regulamento n.º 743/2019 referente ao Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, é esperado que o posto de triagem deva ser assegurado por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. No caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, é recomendado, segundo a mesma fonte, que este posto seja assegurado, preferencialmente, por um enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Comparando o recomendado com o contexto onde foi realizada a minha prática clínica, foi possível verificar que os enfermeiros afetos ao posto de triagem apresentam

formação específica no Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, no entanto na maior parte das vezes, o mesmo não é assegurado por um enfermeiro especialista em EMC. O mesmo deve-se ao facto de haver poucos enfermeiros especialistas e deste modo, os mesmos são alocados em outros postos que apresentam, à partida, uma maior necessidade de intervenção especializada, como a sala de observação e a sala de emergência.

O Regulamento n.º 743/2019 recomenda ainda que "os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica" (p. 144).

Relativamente ao exposto anteriormente, foi possível verificar que a equipa que fica destacada para a sala de emergência em cada turno inclui nos seus três elementos (designados por A, B e C), um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sendo este o elemento A, responsável pela coordenação da equipa, com estabelecimento de prioridades e ainda responsável pela ventilação e monitorização. Os outros elementos (B e C) são por norma enfermeiros de cuidados gerais e ficam responsáveis por procedimentos técnicos como punção e preparação de terapêutica.

O enfermeiro responsável de turno, nas diferentes equipas não é enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como recomendado, sendo de forma geral especialistas em saúde mental. Através do diálogo com o enfermeiro gestor do serviço, o mesmo tem opinião que os mesmos são uma boa escolha por serem fundamentais na gestão de pessoas, personalidades e podendo eles mesmos estarem atentos para o suporte emocional da equipa de enfermagem.

Relativamente aos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos serviços de urgência é recomendado, tendo por base o Regulamento n.º 743/2019 que "50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas." (p. 144)

Através dos cálculos, e sendo a equipa constituída por 111 enfermeiros no total, dos quais 19 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, é possível verificar que a sua percentagem no serviço é de 11,7%, estando ainda muito abaixo do que é recomendado, constituindo um aspeto a ser melhorado, dado a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, serem, segundo o Regulamento n.º 743/2019 em análise,

> aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. (p. 128)

No SUP nas áreas onde o Enfermeiro Especialista em EMC presta cuidados, incidindo essencialmente no SO, o método de trabalhado de enfermeiro responsável, onde há a atribuição de um número de doentes alocados a uma área do SU, assegurando todos os cuidados a realizar e suas necessidades enquanto ele se mantém nessa área durante o turno, fomentando a personalização e individualização dos cuidados.

Uma vez que o meu estágio foi realizado inteiramente com Enfermeiros Especialistas, estes detinham responsabilidades acrescidas, pelo que me foi permitido acompanhar e colaborar nas várias tarefas que estavam afetas a estes. Para além da distribuição dos Enfermeiros, colaborei na validação do *stock* existente, no sentido de prevenir as faltas, procedendo à reposição do material. Para além do referido, é ainda sua função a gestão do tempo de pausas para refeições dos enfermeiros e ainda por pedidos de terapêutica à farmácia. Na sala de emergência, o enfermeiro responsável de equipa testa a operacionalidade do desfibrilhador e organização da mesma, procurando que esteja operacional para a próxima ocorrência.

Foi possível também identificar o papel do enfermeiro responsável de equipa na supervisão da prestação de cuidados, promovendo momentos de reflexão sobre determinada situação clínica mais complexa.

Relativamente ao SMI, ao abordar os recursos humanos, achei pertinente a consulta e consequente reflexão sobre Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, presente no Regulamento n. º743/2019 de 25 de setembro de 2019.

Atendendo, deste modo, às dotações seguras nas Unidades de Cuidados Intensivos, é recomendado, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, que na constituição das equipas 50% sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

Relacionando a evidência com o que é a realidade do SMI que realizei o ensino clínico, foi possível compreender que a percentagem de enfermeiros especialistas em EMC ainda se encontra abaixo do preconizado, dado que a mesma dispõe de um total de 69 enfermeiros, dos quais 28 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentando um total de 41%.

Por sua vez, na UCIC, através do diálogo com a enfermeira orientadora, foi possível compreender, relativamente aos recursos humanos da unidade, com foco no número de enfermeiros, que a mesma dispõe de um total de 21 enfermeiros, dos quais dois são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituindo 9,5% do total de enfermeiros.

Relativamente à UCICT, a mesma dispõe de um total de 37 enfermeiros, entre os quais quatro são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituindo 10,8% do total de enfermeiros.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem nestas unidades de cuidados intensivos é a de enfermeiro responsável, no rácio de um enfermeiro para um ou dois doentes. Ponce (2015) explica que o rácio deve ser gerido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas apropriadas para o efeito.

Esta distribuição decorre da avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros. Desta forma, considerei pertinente a identificação e exploração de qual o instrumento utilizado para a classificação de doentes e possível avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros.

Através da discussão com o elo de ligação da equipa do SMI, responsável por esta ferramenta de avaliação, foi possível identificar que para a avaliação destes parâmetros é recorrido ao *Nursing Activity Scale* (NAS), sendo que anteriormente era usado o *Therapeutic Intervention Scoring System* – 28 (TISS 28) mas que por este último apresentar uma fiabilidade mais reduzida, comparativamente ao NAS, o mesmo foi abondando.

Na perspetiva de Macedo et al. (2021), as ferramentas que quantificam a carga de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos, possibilitam a avaliação adequada da complexidade da PSC, fundamentando informação vital para a previsão e a provisão de recursos materiais e humanos, nomeadamente, o tempo necessário à prestação de cuidados de enfermagem, o número de enfermeiros necessários por turno, bem como os recursos materiais necessários à prestação de cuidados de excelência nas UCI, aliando qualidade de cuidados, otimização de recursos e redução de custos.

Macedo et al. (2021) salientam que em Portugal, após validação do NAS (2017), o TISS 28 deixa de ser a única ferramenta validada para o efeito, mensurando apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em Unidade de Cuidados Intensivos.

Macedo (2017) destaca que no NAS, para além das intervenções terapêuticas que constituem o TISS 28, os autores destes instrumentos sentiram necessidade de o reformular, visando ajustar o índice de modo a avaliar mais fielmente a carga de trabalho. O NAS, atendendo ao mesmo autor, contempla a prestação de cuidados diretos à pessoa e família, como por exemplo procedimentos de higiene, de mobilização e posicionamentos, de apoio e cuidados aos familiares e doentes, a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão. Macedo (2017) ressalva que não está dependente da gravidade do doente, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas atividades de enfermagem autónomas e interdependentes, apresentando uma melhor adequação para estimar a necessidade de recursos humanos, em relação ao TISS 28, sendo por isso visto como um instrumento promissor no cálculo da carga de trabalho de enfermagem em UCI.

Na UCIC e na UCICT, onde desempenhei a minha prática clínica durante o estágio de opção, foi possível compreender que a distribuição dos doentes em ambas as unidades, decorre da avaliação do enfermeiro responsável de equipa, com base na carga de trabalho dos enfermeiros. No entanto, não são recorridos a instrumentos de classificação de doentes, o que impossibilita uma avaliação objetiva da carga de trabalho dos enfermeiros. Considero que este é um ponto a se melhorado. Durante a minha prática nos referidos serviços, tive a oportunidade de discutir com os enfermeiros orientadores e gestores dos serviços sobre esta questão, sugerindo o recurso à ferramenta de avaliação NAS.

Na discussão com os enfermeiros orientadores e gestores dos serviços, verifiquei que a distribuição dos doentes pelos enfermeiros afetos à prestação de cuidados em cada turno era estimada, subjetivamente, tendo por base o estado de consciência da PSC, assim como os métodos de apoio ventilatório, circulatório, terapêutica e algum outro cuidado que requeresse maior atenção e tempo. Foi possível depreender que esta distribuição, dado não ser possível mensurar e ser subjetiva, por vezes não era tão assertiva, gerando discrepâncias entre os colegas. Por outro lado, e com o recurso ao NAS no SMI, a distribuição de doentes era realizada de forma mais objetiva e congruente, atendendo à carga de trabalho que irá ser gerada a cada enfermeiro.

Em cada turno, visualizei que é da responsabilidade do enfermeiro responsável de equipa preencher ficheiros relativamente ao controlo de estupefacientes, onde é realizada a sua contagem, confirmação e registo no documento a que se destina, testar o desfibrilhador portátil assim como todo o material presente no carro de emergência e confirmar e registar a temperatura adequada do frigorífico para acondicionamento da medicação. Para além destas responsabilidades, acresce sempre a função de ser um elemento que promove a

reflexão sobre a prestação de cuidados, incentivando para a melhoria das práticas implementadas, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Tendo por base tudo o referido, destaco o papel da gestão dos cuidados direcionados à pessoa em situação crítica, atendendo ao facto de estes exigirem respostas atempadas, onde a priorização dos cuidados torna-se imprescindível para um exercício de excelência. Atendendo às competências inerentes ao enfermeiro especialista, o mesmo detém conhecimento e a capacidade de antecipar eventuais complicações, assumindo um papel importante na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados.

2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Em consonância com o Regulamento nº140/2019, é esperado que o enfermeiro especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento e alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem.

O enfermeiro especialista surge como um elemento de referência na equipa de enfermagem, pelas competências humanas e científicas que detém, reunindo conhecimentos de si enquanto pessoa e enfermeiro, desenvolvendo todo o seu percurso com base no seu autoconhecimento, permitindo-lhe uma intervenção o mais adequada possível junto da pessoa, família/pessoa significativa e equipa multidisciplinar.

A este respeito, é pertinente abordar o autoconceito profissional, sendo este segundo Farhadi et al. (2021), um conceito multidimensional, que se refere à cognição e compreensão dos indivíduos de si mesmos como profissionais, afetando a sua maneira de pensar, desenvolvimento de papéis, bem como comportamento e desempenho profissional. Neste sentido, Farhadi et al. (2021) acrescentam que o autoconceito profissional positivo pode aumentar as habilidades dos enfermeiros na resolução de problemas e na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Desta forma, através do meu autoconhecimento e reconhecimento como enfermeira, identifiquei a necessidade de adquirir novas aprendizagens e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, tendo optado pela realização deste mestrado, que contribuiu para a construção do meu percurso profissional e pessoal.

No decorrer da minha prática clínica, procurei desenvolver o autoconhecimento, de modo a reconhecer as minhas emoções e medos com a finalidade de estabelecer limites, particularmente em situações de maior pressão com a pessoa/família alvo dos meus

cuidados. Ao longo dos ensinos clínicos, procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem para desenvolver as minhas competências, mantendo uma postura proativa e assertiva.

Neste processo de autoconhecimento é de destacar o meu trabalho individual de caráter reflexivo através da elaboração de reflexões segundo o Ciclo de Gibbs, estudo de caso, projeto de autoformação, planos dos estágios e respetivos relatórios. Com estes, ao refletir sobre a minha prática e tendo por base a evidência científica, identifiquei pontos a melhorar com o possível desenvolvimento de conhecimentos.

Saliento, a importância da reflexão e pensamento crítico ao longo de toda a minha prática, que incorpora desde a observação à prestação de cuidados de enfermagem atendendo ao Regulamento nº 429/2018 de 16 de junho da Ordem dos Enfermeiros.

A prática reflexiva em enfermagem, de acordo com Peixoto e Peixoto (2016) inicia-se quando os enfermeiros problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga, podendo atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar. Esta prática permite não só apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas, mas igualmente a superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem, expandindo o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática.

Em harmonia com Riegel et al. (2021), associada à prática reflexiva, surge o pensamento crítico, permitindo que o enfermeiro considere como os problemas são enquadrados, a qualidade das evidências, a adequação dos métodos, a razoabilidade dos critérios de tratamento e a aplicabilidade das teorias e princípios. Desta forma, em vez de reagir a situações clínicas espontaneamente, os enfermeiros com fortes habilidades de pensamento crítico considerarão uma ampla variedade de fatores. O estímulo ao pensamento crítico prepara para enfrentar os novos desafios impostos pelo mundo globalizado no que se refere à atenção integral à saúde, incluindo momentos de incerteza e adversidades.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com foco na formação e consequente prática baseada na evidência, passa pela competência comum que me centrei de forma mais aprofundada durante a minha prática, uma vez que acredito que o desenvolvimento de conhecimentos aumenta consideravelmente a aptidão para o melhor cuidar, aprofundando conhecimentos e consequentemente, capacitando o enfermeiro para a atuação especializada perante as diversas situações que possam surgir.

É de salientar que a prática baseada na evidência científica é fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, permitindo ao enfermeiro promover a sua

autoformação, visando o aperfeiçoamento profissional pois só assim ocorrerá uma atualização dos seus conhecimentos e naturalmente, a implementação da melhor prática de cuidados adequados às diversas situações da pessoa e família.

A necessidade de procura pela informação surgiu diariamente ao longo dos ensinos clínicos, consoante as situações que iam surgindo. Denotei, deste modo, algumas lacunas no meu conhecimento prévio e procurei tirar o máximo proveito desses momentos, que se revelaram oportunidades de pesquisa e aprendizagem, promovendo o desenvolvimento do meu conhecimento, nomeadamente em áreas como a ventilação mecânica invasiva e dispositivos de assistência circulatória, com os quais não tenho contacto na minha prática diária. Todavia, com o investimento na pesquisa de evidência científica e a orientação dos enfermeiros tutores, posso afirmar que desenvolvi conhecimento nestas áreas, o que me conferiu maior confiança para a prestação de cuidados de forma segura.

Segundo Lima et al. (2021), o panorama atual da saúde tem reforçado substancialmente o uso de evidência científica na prática clínica, como forma de oferecer a melhor decisão. Os mesmos autores evidenciam que a enfermagem, enquanto profissão essencialmente voltada para responder às necessidades do ser humano em diferentes situações de saúde, utiliza o conceito da prática baseada na evidência para fundamentar a sua prática clínica e desta forma, prestar assistência de qualidade.

A preocupação pela prática baseada na evidência poderá ser identificada ao nível do Artigo 100.º dos deveres deontológicos em geral, do Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, onde refere que o enfermeiro assume o dever de "assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ação de qualificação profissional" (p. 8102).

Ainda no Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 109º (Da excelência do exercício) exibe a importância desta prática atendendo à evidência científica, afirmando que o enfermeiro, em todo o ato profissional, deve procurar a excelência dos cuidados assumindo o dever de "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas" (p. 8103).

É esperado, tendo por base o Regulamento n. º140/2019, que o Enfermeiro Especialista alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Durante a minha prática e de forma a promover a minha autonomia e desenvolvimento profissional, perante a diversidade de procedimentos e técnicas altamente complexas, senti necessidade de consultar os protocolos e procedimentos dos serviços, assim como de efetuar pesquisa bibliográfica e revisões de conteúdos lecionados ao longo das aulas teóricas. Deste modo, procurei incorporar na minha prática clínica esses conhecimentos de forma a suportar uma tomada de decisão assertiva e ir ao encontro das necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família/pessoa significativa, visando uma prestação de cuidados responsável, segura e de qualidade.

No decorrer dos ensinos clínicos e como forma a satisfazer na plenitude as desejadas competências de enfermeiro especialista, realizei formações dirigidas aos enfermeiros, atendendo às necessidades identificadas nos serviços em matéria de formação.

Uma das necessidades identificadas foi na melhoria contínua da qualidade dos serviços, com o intuito de fornecer estratégias para a prevenção de eventos adversos e garantir a segurança na comunicação clínica na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica, recorrendo à mnemónica ISBAR. Estas formações foram desenvolvidas ao longo do módulo II do Estágio com Relatório, nos serviços que constaram na Opção Clínica. Outra necessidade em matéria de formação passou pela realização de formação atendendo às atualizações dos feixes de intervenção na prevenção das infeções, incluídas na PPCIRA. A referida formação foi implementada no Ensino Clínico II e proposta por um enfermeiro com funções na área da gestão do serviço, perante as atualizações dos feixes de intervenção e dado ainda não terem tido oportunidade de reflexão e interpretação sobre as mesmas em equipa. A formação obteve um bom *feedback* por parte dos participantes, pois permitiu à equipa um momento de reflexão sobre as práticas implementadas, com vista à melhoria dos cuidados.

Na perspetiva de Pinho (2020a), a formação na área de Cuidados Intensivos abrange aspetos do processo saúde-doença, ético-legais, sociais e humanitários, constituindo uma construção fundamental à prática do enfermeiro. Este processo educacional, em conformidade com o autor supramencionado, visa a construção de profissionais mais reflexivos, com maior capacidade de observação, análise crítica, autonomia e perspicácia, ampliando os seus horizontes, tornando-se conscientes do seu papel na equipa multidisciplinar.

Desta forma, posso concluir que no decorrer deste percurso procurei desenvolver o meu autoconhecimento e, desse modo permitindo-me atuar de forma assertiva, alicerçando os processos de tomada de decisão e as minhas intervenções baseadas na mais recente

evidência, prestando cuidados de enfermagem especializados de qualidade e seguros, direcionados à pessoa e família alvo dos meus cuidados.

Assim sendo, tendo em consideração todo o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, considero que foi possível o desenvolvimento das mesmas com sucesso, através das experiências ao longo dos ensinos clínicos à luz da evidência científica.

2.3. Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica visando a Pessoa em Situação Crítica

Como competências específicas, a Ordem dos Enfermeiros em conformidade com Regulamento nº140/2019, entende que são aquelas que "decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (p.4745).

Em concordância com o Regulamento n.º 429/2018, referente ao Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, "Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (p.19362).

Desta forma, os cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica, visando a pessoa em situação crítica, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018,

> exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. (p.19360)

De acordo com Benner et al. (2011) o cuidar da pessoa com afeção crítica exige enfermeiros qualificados e experientes para lidar com situações clínicas inesperadas que se caracterizam pela sua instabilidade, com condições clínicas que exigem monitorização e intervenções constantes, devido à sua rápida evolução.

Em consonância com Amaral e Coimbra (2016), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação e monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente focos de instabilidade, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Consciente da necessidade de diferenciação dos Enfermeiros que cuidam da PSC e família, a OE reuniu um conjunto de competências específicas através do Regulamento n.º 429/2018, no qual se encontram as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na PSC. Com base neste regulamento, as competências específicas são:

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

Nos subcapítulos seguintes realizarei uma análise crítico-reflexiva e fundamentada de cada uma destas competências específicas, através da descrição das experiências mais determinantes que contribuíram para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

O Regulamento anteriormente referido, destaca que os cuidados de enfermagem na pessoa, família/pessoa significativa em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/pessoa significativa requer assim, enfermeiros dotados de conhecimentos e competências de forma a responder as suas necessidades em tempo útil e de forma holística.

Desta forma, saliento para a importância do desenvolvimento desta competência, a qual atendendo à sua vasta complexidade fez com que houvesse a necessidade de decompor a mesma em diversas unidades de competência, de modo a facilitar na compreensão do que é esperado do Enfermeiro Especialista em EMC.

Ao longo da minha prática clínica procurei implementar um conjunto de intervenções especializadas, que vão ao encontro das referidas unidades de competência, e assim desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC em contexto de serviço de urgência e sala de emergência, assim como nas diferentes unidades de cuidados intensivos que tive o privilégio de desenvolver os ensinos clínicos. Estas intervenções dizem respeito à prestação de cuidados de alta complexidade à pessoa em situação emergente e na antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica; administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e família; gestão da comunicação interpessoal essencial na relação terapêutica; estabelecimento da relação terapêutica com a PSC, família/cuidador, agindo como agente facilitador na transição de processo saúde/doença e na assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais como resposta da situação crítica e/ou falência orgânica.

No decorrer dos turnos nos diferentes campos de estágios surgiram diversas oportunidades e experiências que me permitiram consolidar os conhecimentos teóricos com a prática clínica, através da revisão de conteúdos e pesquisa, nomeadamente sobre o diagnóstico médico, meios complementares de diagnóstico assim como o tratamento efetuado, mobilizando esses mesmos conhecimentos para a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de competências, enquanto futura enfermeira especialista.

No primeiro turno da prática clínica no SUP, tive oportunidade de observar e colaborar no acolhimento e triagem de doentes, dando resposta a um leque de situações complexas, algumas delas sem que fosse possível a colaboração da pessoa e/ou familiares. Isto exige experiência clínica e capacidade diferenciada de avaliação das situações para realizar uma correta triagem e, se necessário, acionar a sala de emergência.

Denota-se a importância da intervenção do enfermeiro especialista em EMC no momento de acolhimento e triagem dos doentes, na medida em que é capaz de tomar decisões baseadas no conhecimento e experiência profissional, e na identificação de focos de instabilidade, com o correto encaminhamento do mesmo para a respetiva área de cuidados.

De acordo com a Norma 002/2018, emitida pela Direção-Geral da Saúde a 9 de janeiro de 2018, a triagem em contexto de serviço de urgência, permite identificar

precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo, permitido ainda facilitar a ativação das vias verdes.

Foi possível perceber que o protocolo de triagem utilizado é o Protocolo de Triagem de Manchester, implementado em vários países europeus, nomeadamente, em Portugal desde o ano 2000. Este protocolo serve como instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de serviço de urgência, permitindo identificar uma prioridade clínica e, posteriormente, alocar a pessoa na área de atendimento mais adequada.

A Direção-Geral da Saúde através da Norma 002/2018 esclarece que a triagem de Manchester tem como objetivo definir a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Este protocolo apresenta um fluxograma de decisão, com um total de 52 parâmetros que podem abranger as situações clínicas possíveis. A utilização deste sistema classifica a pessoa numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min).

Perante a chegada da pessoa em situação emergente ao serviço de urgência é ativada a sala de emergência, através de um sinal sonoro contínuo, e os profissionais destacados, enfermeiros e médicos, dirigem-se para a mesma. Entre estes elementos existe sempre um enfermeiro especialista em EMC que assume a liderança da ocorrência e realiza uma avaliação sequencial e integrada da pessoa em situação crítica, em colaboração com a restante equipa.

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2012a), a avaliação da pessoa divide-se em duas partes: avaliação primária e avaliação secundária. Segundo a mesma fonte, inicialmente é realizada a avaliação primária que deve demorar apenas 60-90 segundos a ser realizada.

Em conformidade com INEM (2012a) as cinco etapas que constituem a avaliação inicial ou primária, são as seguintes: A. *Airway*: Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical; B. *Breathing*: Ventilação e Oxigenação; C. *Circulation*: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; D. *Disability*: Disfunção Neurológica; E. *Expose/Environment*: Exposição com controlo de Temperatura.

Por sua vez, perante uma pessoa vítima de trauma, a abordagem a ser seguida é a XABCDE, onde o X refere-se à hemorragia exsanguinante, apresentando, segundo o INEM (2023), prioridade sobre todos os outros componentes da abordagem, dado a hemorragia

pós-traumática e a coagulopatia secundária continuarem a ser as principais causas de morte em vítimas de trauma.

O INEM (2012a) salienta que a avaliação secundária só deve iniciar-se após conclusão da avaliação primária, em pessoas estáveis. Devem ser (re)avaliados os parâmetros vitais. A dor deve ser igualmente (re)avaliada utilizando escalas visuais e analógicas (numérica ou de faces). É fundamental que a monitorização seja realizada de forma organizada, sistematizada e periódica (pelo menos de cinco em cinco minutos para uma vítima crítica).

O INEM (2012a) ressalva que na pessoa consciente, orientada e colaborante, poderá ser dada continuidade ao inquérito para o esclarecimento das queixas principais, procurando caraterizar melhor a sintomatologia referida e esclarecer aspetos menos claros, recolhendo informações relevantes. Algumas informações pertinentes podem ser lembradas pela referência CHAMU: C: Circunstâncias do acidente; H: História anterior de doenças e/ou Gravidez; A: Alergias; M: Medicação habitual; U: Última refeição.

Por fim, na avaliação secundária, segundo INEM (2012a), deve ser incluído um exame objetivo, feito por segmentos corporais, cefalo-caudal, inspecionando, palpando, auscultando e percutindo sempre que possível, na seguinte sequência: cabeça e pescoço; tórax; abdómen; bacia e períneo; membros superiores e inferiores; dorso e superfícies posteriores.

Foi possível colocar em prática estas avaliações – primária e secundária, em diversos contextos de sala de emergência, sendo exemplo na ativação das Vias Verdes.

Este serviço de urgência tem implementadas quatro Vias Verdes, especificamente a Via Verde da Sépsis, a Via Verde Coronária, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e a Via Verde do Trauma.

Em concordância com Marques e Lino (2021), as vias verdes constituem uma estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e o tratamento de situações mais frequentes e/ou graves nas fases pré, intra e inter-hospitalares, com a finalidade de sistematizar procedimentos cuja abordagem estruturada e precoce tem impacto na morbimortalidade.

Segundo o artigo 13.º do Despacho n.º 10319/2014, a implementação das vias verdes deve ser continuada e intensificada, sendo recomendado que o processo de encaminhamento seja iniciado no local do evento, devendo os sistemas hospitalares garantir a continuidade e a integração dos cuidados.

A prática direta de cuidados no serviço de urgência proporcionou-me diversas oportunidades de colaboração, nomeadamente na ativação das vias verdes para o acidente vascular cerebral, trauma e coronária. A que mais me despertou interesse foi a via verde coronária, pois está diretamente relacionada com a minha prática de enfermagem diária, dado que atualmente desempenho funções como enfermeira de cuidados gerais numa unidade de cardiologia. Com a ativação desta via verde, observei e colaborei em todo o percurso assistencial, desde a avaliação inicial, em que a pessoa foi triada pelo fluxograma – dor torácica, com o discriminador "dor pré-cordial". Em seguida, foi realizado uma eletrocardiograma de 12 derivações, colheita de sangue para deteção de marcadores cardíacos e a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos. No caso de confirmação de enfarte agudo do miocárdio com supra de ST, a pessoa é observada pelo cardiologista de serviço, assina o consentimento livre e esclarecido e, em seguida é realizada toda a preparação e transferência para o Laboratório de Hemodinâmica para concretização de cateterismo cardíaco. Se durante o procedimento for detetada obstrução nas artérias coronárias, é executada angioplastia com colocação de *stents.*

Relativamente à Via Verde da Sépsis, após discussão com a enfermeira orientadora, foi possível compreender que esta não é frequentemente ativada, pois é mais difícil de ser identificada, e os casos de sépsis são mais frequentes no intra-hospitalar.

Em contexto de sala de emergência, tive a oportunidade de manusear, com apoio da enfermeira orientadora, o sistema de compressão torácica LUCAS, utilizado frequentemente em situações de paragens cardiorrespiratórias. À *posteriori* e de forma a desenvolver habilidades no manuseamento deste equipamento, frequentei o curso *online* com obtenção de certificação no mesmo.

Ao longo da minha prática clínica neste contexto de estágio, os locais que se proporcionou a maior incidência de turnos, foi na sala de observação e na sala de cirurgia, tendo sido a sala de observação a prevalente.

Os turnos iniciavam-se sempre com a passagem de turno, onde era de forma breve e coordenada, com recurso à mnemónica ISBAR, providenciada a informação relevante para a continuidade dos cuidados.

Terminando o momento da passagem de turno e, se não houvesse necessidade de priorizar cuidados em resposta aos focos de instabilidade, procurava através da consulta do processo clínico informatizado, conhecer de forma mais pormenorizada a situação clínica da pessoa a quem iria prestar cuidados.

Com estes momentos de pesquisa e consulta no processo clínico, conseguia aperceber-me do historial clínico da pessoa alvo de cuidados, identificando o motivo de admissão, os antecedentes pessoais, os fatores de risco associados, as alergias, os diagnósticos médicos e de enfermagem, as intervenções planeadas e executadas, meios complementares de diagnóstico, entre outros aspetos que fossem ser relevantes para a organização do turno.

Posteriormente, procurei na minha abordagem observar a pessoa no seu todo, realizando uma abordagem sistematizada da metodologia de prioridades "ABCDE", permitindo-me atuar de forma sistemática e com prontidão, identificando de forma antecipatória focos de instabilidade.

Com esta prática, permitiu-me planear e cumprir o processo de enfermagem, desde a apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados, indo ao encontro do que é preconizado pelo modelo de Nancy Roper.

Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), o modelo das atividades propostos por Nancy Roper propõe 12 Atividades de Vida Diárias, que descrevem a vida da pessoa, tendo como objetivo auxiliar os enfermeiros a planear uma abordagem personalizada de intervenções, que ao serem implementadas, tenham o intuito de capacitar a pessoa para enfrentar os problemas que provocam dependência, procurando alcançar a independência em qualquer atividade de vida diária que esteja afetada.

Relativamente às diferentes unidades de cuidados intensivos que desenvolvi a minha prática foi possível compreender que o cuidar da PSC é seguro e sistematizado.

Os turnos iniciavam-se sempre com a passagem de turno, onde era de forma breve e coordenada, providenciada a informação relevante para a continuidade dos cuidados aos doentes.

No que concerne à passagem de turno no SMI e na UCICT, foi possível identificar uma metodologia diferente de outros serviços. Divide-se em dois momentos: num primeiro momento, o turno é passado a toda a equipa, para que qualquer elemento possa intervir na ausência do enfermeiro responsável ou em situações de agravamento; num segundo momento, as informações são transmitidas enfermeiro a enfermeiro, junto da PSC, permitindo ao enfermeiro que recebe o turno confrontar as informações que obtém com aquilo que observa. Contudo, foi percetível a preocupação dos enfermeiros em seguir a metodologia ISBAR nestes momentos de passagem de informação.

Perante o exposto em passagem de turno e passando à intervenção de enfermagem, após conhecimento do nome, idade, antecedentes clínicos, motivo de internamento e

respetiva duração, observava a Pessoa em Situação Crítica num todo, procedendo à avaliação por sistemas orgânicos sequenciais, começando pelo sistema neurológico, passando pelo sistema respiratório, cardiovascular, termorregulador, gastrointestinal, geniturinário, tegumentar, até ao sistema músculo-esquelético, registando no processo clínico o avaliado. Tinha em atenção ainda, a verificação dos intervalos dos alarmes nos equipamentos, garantindo os parâmetros normais, monitorizando continuamente as funções vitais, com vigilância contínua de sinais e/ou sintomas.

Após esta avaliação, e tendo em conta os diagnósticos de enfermagem identificados e as intervenções planeadas, revia e adequava o processo de enfermagem ao contexto clínico da pessoa, intervindo de forma adequada e eficaz, priorizando as intervenções vitais e procurando a individualidade de cada cuidado. A metodologia científica usada neste serviço é a do processo de enfermagem a qual procurei ter sempre presente na organização de pensamento, assim como ao longo dos registos de enfermagem, cumprindo com a atividade programada a este nível no plano de ensino clínico.

Aquando da prestação de cuidados, em toda a minha prática procurei mobilizar os conhecimentos, sobre a patologia/intervenção cirúrgica da pessoa alvo dos cuidados, o tratamento, e ao mesmo tempo a definir os focos de atenção prioritários, sendo possível a antecipação de possíveis focos de instabilidade.

Exemplos de antecipação de possíveis focos de instabilidade foram essencialmente relacionados com a monitorização hemodinâmica da PSC, como a avaliação de traçados de eletrocardiogramas, alterações ao nível da diurese (seja poliúria ou oligúria), alterações dos parâmetros gasimétricos que pudessem gerar alterações do estado hemodinâmico. Com a identificação de alguns desses focos foi possível a implementação na prática dos protocolos do serviço como é exemplo o protocolo de insulina, da reposição de potássio, entre outros, com intuito de prevenir a instabilidade clínica.

Com este método, foi possível o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo assim, uma prática de cuidados especializados mais seguros e autónomos.

Procurei, ao longo de toda a prática, validar conhecimentos com os enfermeiros tutores, e sempre que confrontada com questões que revelassem lacunas de conhecimento, investi na procura pela evidência científica. Isso permitiu-me refletir sobre a prática, além de adquirir e consolidar conhecimentos, constituindo este um impulso para o meu desenvolvimento profissional.

Relativamente aos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, sejam autónomos ou interdependentes, os mesmos são diversificados e complexos, exigindo o conhecimento de uma panóplia de procedimentos, materiais e competência na programação, otimização e interpretação de parâmetros de equipamentos e dispositivos.

As oportunidades ao longo dos estágios foram diversificadas, permitindo-me adquirir conhecimentos e competências na execução autónoma e interdependente de procedimentos técnicos complexos. Esta aquisição de competências técnicas exigiu estudo e pesquisa, incluindo a consulta bibliográfica e em bases de dados, a análise de protocolos e procedimentos específicos, além da orientação e partilha de ideias e conhecimentos com os enfermeiros tutores, pois foram agentes facilitadores neste processo.

Desta forma, foi possível o desenvolvimento de competência científica e técnica ao nível da monitorização hemodinâmica da Pessoa em Situação Crítica ao nível da programação, otimização e interpretação dos dados provenientes dos equipamentos e de dispositivos invasivos e não invasivos das unidades.

Designadamente, desenvolvi competências na monitorização não invasiva como é exemplo a interpretação de eletrocardiografia, tensão arterial, temperatura auricular/axilar/cutânea/retal, oximetria, capnografia, frequência respiratória e avaliação das pupilas; por sua vez, na monitorização invasiva, como é exemplo a pressão arterial através de linha arterial, pressão venosa central e do débito cardíaco através do PICCO.

Em colaboração com a equipa multidisciplinar nos diferentes estágios, tive oportunidade de preparar o material e cooperar na execução de técnicas complexas, sendo algumas destas técnicas, meios para a monitorização invasiva da PSC. Exemplos destas técnicas são a colocação: de cateter venoso central, linha arterial, pressão venosa central e sistema de PICCO para avaliação do débito cardíaco.

Na ótica de Alves e Sampaio (2020b), a monitorização da pessoa em situação crítica apresenta benefícios dado a mesma produzir informação fiável que permite a prevenção do sofrimento dos órgãos por hipoperfusão, através de decisões apropriadas que reduzem complicações. No entanto, os mesmos autores salientam que a fiabilidade dos dados colhidos através da monitorização estará sempre dependente da perícia dos profissionais perante a manutenção e técnica escolhida, permitindo a deteção, leitura e interpretação dos dados de forma objetiva.

Todavia, Alves e Sampaio (2020b) reforçam que é essencial referir que as decisões não devem ser exclusivamente baseadas nos dados colhidos através da tecnologia de monitorização, devendo ser realçada toda uma avaliação interdisciplinar centrada na pessoa.

A monitorização adequada e fidedigna, para Alves e Sampaio (2020b) constitui a garantia de terapias seguras, eficazes e promotoras da qualidade dos cuidados prestados, sendo imperativo que os profissionais sejam competentes e peritos no manuseamento dos equipamentos e interpretação dos valores mensurados.

Desta forma, reconheço a importância da monitorização invasiva e não invasiva da PSC, pois, por meio desta intervenção, é possível a deteção precoce de focos de instabilidade, permitindo uma resposta pronta e antecipatória.

Foi possível ao longo da minha prática clínica em contexto de UCI, o reforço e desenvolvimento de conhecimentos, na otimização da ventilação mecânica invasiva, com correta interpretação dos dados e compreensão perante os diferentes modos ventilatório e ajuste dos seus parâmetros realizados pela equipa médica, atendendo aos valores de gasometria arterial e a resposta da pessoa em situação crítica.

Considero que o desenvolvimento destas atividades foi, sem dúvida, um grande desafio. No entanto, o investimento na pesquisa contínua e validação com os enfermeiros tutores permitiram-me desenvolver confiança, autonomia e segurança, resultando na aquisição de competências nesta área.

Miguel e Mendes (2020) referem que a ventilação mecânica invasiva tem a função primordial de substituir e/ou assistir a mecânica ventilatória do doente, por incapacidade do mesmo manter esta função vital, assumindo por si só, uma área de conhecimento fundamental em ambiente de Cuidados Intensivos. Os autores anteriormente referenciados mencionam que são várias as indicações para o início da ventilação mecânica invasiva, sendo a falência respiratória, quer seja da função ventilatória do pulmão e das vias aéreas, quer da função respiratória propriamente dita (difusão das trocas gasosas), a indicação primordial.

Miguel e Mendes (2020) acrescentam que o sucesso de uma boa adaptação do doente ao ventilador está intrinsecamente ligado à redução do trabalho respiratório e consequentemente, ao aumento do seu conforto.

Foi possível compreender a existência de diversos modos ventilatórios, sendo que os que tive maior contacto foram: *Continuous Mandatory Ventilation*; *Adaptive Suport Ventilation*; Pressão de Suporte. Compreendi que estes modos eram ajustados de acordo com o objetivo terapêutico para a pessoa em situação crítica e com a resposta da mesma à ventilação, sendo os parâmetros e modos ventilatórios ajustados ao longo do tempo, com o

intuito de realizar o desmame ventilatório o mais precocemente possível. Ao longo de toda a minha prática, investi na evidência científica de forma a ir compreendendo as decisões tomadas em relação à ventilação, além de manter uma vigilância atenta a eventuais sinais de desadaptação da pessoa à ventilação.

Perante a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, procurei atender a vários cuidados de enfermagem fundamentais para o sucesso deste tratamento, entre os quais destaco: manter da pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 20-30mmHg; realizar higiene oral pelo menos três vezes ao dia; manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30º e evitar a posição supina; aspirar secreções brônquicas, sempre que necessário e antes de baixar a cabeceira; examinar a cavidade oral e nasal e vigiar a presença de lesões; aplicar lubrificante/hidratante nos lábios; substituir a cada 24h o filtro hidrostático e o cachimbo; manter circuitos ventiltórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos; trocar diariamente aquando dos cuidados de higiene, o fixador do tubo endotraqueal.

No desenrolar dos ensinos clínico destaco a oportunidade na prestação de cuidados à pessoa que se encontrava sob técnica de substituição renal contínua.

Pinheiro e Madureira (2020) descrevem que a insuficiência renal aguda na pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos, está geralmente associada a uma disfunção multiorgânica e sépsis, em que uma vez instalada, tem tendência a progredir, fazendo com que estes necessitem de uma técnica de substituição renal.

A técnica de substituição renal contínua que tive oportunidade de manusear e adquirir conhecimento foi a hemodiafiltração venovenosa contínua, sendo a montagem e manutenção da mesma, da responsabilidade do enfermeiro que presta cuidados na unidade, preferencialmente por enfermeiros especialistas em EMC. Perante a montagem, foi possível a melhor compreensão do seu circuito, sendo possível verificar ao longo dos turnos e perante a avaliação dos dados analíticos, o efeito desta técnica a pessoa em situação crítica.

Um exemplo que pude constatar foi o de uma pessoa que se encontrava em choque sético e desenvolveu insuficiência renal devido à diminuição da perfusão renal. Com a hemodiálise contínua, foi possível observara um maior equilíbrio eletrolítico, com estabilização imediata da creatinina e do potássio. Com o tempo, e ao longo do internamento, foi possível o retorno à sua função renal.

A hemodiafiltração venovenosa contínua, segundo Pinheiro e Madureira (2020), trata-se de uma técnica que recorre ao mecanismo da difusão e da convecção de forma contínua (24 horas/dia), utilizando dialisante em contracorrente, onde poderá ser usada a ultrafiltração para controlo de volume. Esta técnica, para os mesmos autores, provoca uma

maior estabilidade hemodinâmica, com alterações hidroeletrolíticas mais graduais e uma pressão de perfusão cerebral mais estável, sendo usada preferencialmente em doentes mais graves e mais instáveis hemodinamicamente. Os autores salientam em contrapartida que esta técnica exige uma maior imobilidade, obrigando à interrupção da técnica para realização de exames complementares de diagnóstico; apresenta ainda elevados custos, para além de necessitar de uma hipocoagulação elevada e contínua.

Em conformidade com Pinheiro e Madureira (2020), a técnica de substituição renal contínua constitui num sistema de circulação extracorpórea que deve permanecer sem coágulos de sangue e permeável para atingir um desempenho adequado, resultando num ótimo controlo da homeostasia. De acordo com os mesmos autores, esta técnica pode ser realizada com citrato contínuo, necessitando de aporte de cálcio contínuo e vigilância desses valores de forma regular.

Pinheiro e Madureira (2020) salientam que o citrato é um anticoagulante que age quelando o cálcio sanguíneo, bloqueando algumas etapas da cascata de coagulação que dependem desse mesmo ião de cálcio. Na técnica de substituição renal contínua, o sangue que retorna à pessoa em situação crítica contém complexos de citrato-cálcio iónico, que serão metabolizados principalmente pelo fígado, convertendo cada molécula de citrato em três de bicarbonato.

Desta forma e perante esta técnica de substituição renal, tive sempre em atenção os seus parâmetros, sendo realizadas gasimetrias de seis em seis horas para controlo dos mesmos com atenção a necessidade de possível ajuste, nomeadamente dos valores de cálcio e citrato. Como foco de atenção tive ainda em consideração as cânulas, mantendo-as ao longo do corpo e cuidados aquando dos posicionamentos, assim como a execução de penso no local de inserção de dois em dois dias.

Para além de todas as oportunidades anteriormente mencionadas, tive ainda a possibilidade de cuidar de doentes com dispositivos de suporte hemodinâmico como o Balão Intra-aórtico e ECMO na modalidade venoarterial, ambos como atitudes terapêuticas direcionadas ao choque cardiogénico.

Durante o ensino clínico e perante doentes que estivessem sob dispositivos de suporte hemodinâmico, tive em atenção vários cuidados de enfermagem fundamentais, com intuito de minimizar os riscos associados e maximizar a possibilidade de sucesso do tratamento.

Exemplos dos referidos cuidados de enfermagem mencionados, ao longo da minha prática, vigiei continuamente a perfusão dos tecidos da PSC, assim como monitorizei as

perdas sanguíneas. Além disso, tive em atenção a ventilação e estado hemodinâmico, monitorizando e identificando possíveis focos de instabilidade associados. Como intervenções de enfermagem, é importante considerar os cuidados à ferida cirúrgica, assim como a prevenção e o controlo da infeção. Uma vez que se trata de um dispositivo invasivo, é essencial a monitorização e controlo da dor e da consciência, sendo essas preocupações constantes. Relativamente às cânulas, tive sempre em atenção às conexões, assim como a manutenção das linhas ao longo dos membros, com cuidado aquando dos posicionamentos para evitar descanulações acidentais.

Assim sendo, com base nos cuidados referidos, foi possível uma prática segura e eficaz, com a minimização dos riscos que associados, que devem ser constantemente considerados pelo enfermeiro especialista.

Além dos dispositivos mencionados anteriormente, tive também oportunidade de contactar com uma pessoa que apresentava um dispositivo de assistência ventricular esquerda, designado LVAD. Recordo que o mesmo se encontrava a aguardar transplante cardíaco. Este contacto foi muito satisfatório, pois permitiu-me desenvolver conhecimentos sobre o funcionamento, a indicação para este dispositivo e os cuidados de enfermagem a ter. Pude ainda refletir sobre as particularidades deste equipamento, especificamente no que se refere à realização de compressões torácicas em caso de paragem cardiorrespiratória, uma vez que o dispositivo está implantado na pessoa. De facto, ao estudar a evidência científica, compreendi que os fabricantes do LVAD alertam para essa questão. Contudo, a American Heart Association, em resposta a essa dúvida, criou um algoritmo para uniformizar a atuação dos profissionais. Esse algoritmo orienta que, caso a pessoa não apresenta sinais de vida, devem ser realizadas compressões torácicas. O estudo sobre as particularidades deste dispositivo, está explorado de forma mais detalhada no primeiro capítulo do presente documento.

No decorrer dos ensinos clínicos, e passando à descrição de outras experiências, surgiu oportunidades em que foi necessário realizar transportes intra-hospitalares da pessoa em situação crítica, o que me permitiu compreender e aplicar os cuidados de enfermagem no procedimento de transporte.

Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), as pessoas em situação crítica são frequentemente transportadas dentro do hospital, a fim de serem submetidas a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. O período de transporte pode originar grande instabilidade podendo agravar o seu estado clínico e originar eventos adversos que deverão ser antecipados.

Os autores supramencionados referem que é fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente.

O transporte de doentes críticos, em consonância com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) envolve as seguintes fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A decisão de transportar uma pessoa em situação crítica, de acordo com os mesmos autores, é um ato médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas, também, do responsável de equipa e do diretor de serviço, sendo imputável a responsabilidade do transporte à equipa médica do serviço de destino, nomeadamente na aceitação da transferência do doente.

Relativamente ao planeamento, atendendo às recomendações da Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), o mesmo é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço e deverá incluir: escolha e contacto com o serviço de destino com avaliação da distância a percorrer e o tempo de trajeto estimado; escolha da equipa de transporte; escolha do meio de transporte; seleção dos meios adequados de monitorização; recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; seleção adequada de equipamento e terapêutica; antecipação dos possíveis eventos adversos.

A efetivação do transporte, por sua vez e em concordância com os mesmos autores, fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da passagem do doente à equipa assistencial do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (no caso de deslocação para a realização de exames complementares ou atos terapêuticos).

Durante as situações de transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica que tive oportunidade de colaborar, a sua execução foi pautada por uma conduta preventiva e antecipatória. Procurou-se adotar e promover medidas apropriadas, atendendo às recomendações da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Ponderou-se os riscos inerentes ao processo de transporte; foi estabelecida a comunicação com a unidade destinatária a realização do transporte e o tempo previsto para tal, bem como a aprovação da mesma para a sua realização; recorreu-se aos meios de monitorização, medicamentos e outros equipamentos necessários para garantir a segurança da pessoa a ser transportado. Os transportes efetuaram-se sem intercorrências, garantindo que os cuidados prestados durante os mesmos não foram descurados, sendo mantidos os princípios e a mesma qualidade relativamente ao serviço de origem.

No decurso do estágio de opção, tive oportunidade de observar e compreender o funcionamento de um Centro de Cardiologia de Intervenção Estrutural, abrangendo a observação direta de procedimentos como angioplastias coronárias, implantes de válvula aórtica percutânea, *pacemakers,* estudos eletrofisiológicos e ablações. Pude identificar as indicações, contraindicações, equipamentos e técnicas de execução utlizadas, além de compreender os riscos envolvidos, os cuidados para minimizá-los e as principais complicações. Tive a possibilidade de colaborar na preparação antes dos procedimentos, assim como a prestação de cuidados no recobro e encaminhamento para a alta.

Transitando a minha análise para a garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos, destaco para a importância da gestão de terapêutica na pessoa em situação crítica, dado que esta constitui uma componente fundamental na intervenção do enfermeiro especialista, especialmente na identificação de possíveis focos de instabilidade.

Em concordância com Correia e Martins (2022), a terapêutica farmacológica assume uma relevância vital na pessoa em situação crítica na estabilização e recuperação do estado clínico, encontrando-se a pessoa em situação crítica particularmente vulnerável à exposição a incidentes relacionados com medicação, devido à elevada complexidade de cuidados.

Assim, na ótica dos mesmos autores, os cuidados de enfermagem centram-se num conjunto de intervenções específicas, com um grau de complexidade elevado e requerem competências exímias, sendo possível deste modo, atuar de forma segura e com qualidade, tendo por base o cuidado de caráter holístico.

Perante o desafio da gestão terapêutica, procurei desenvolver conhecimentos, através do estudo da evidência científica da terapêutica mais comummente administrada em Unidades de Cuidados Intensivos, principalmente a que exigia maior gestão pelo enfermeiro, nomeadamente, aminas, sedativos, anestésicos, analgésicos e curarizantes.

Ao mobilizar os conhecimentos adquiridos, permitiu-me desenvolver competências na preparação, administração e gestão da terapêutica segura e ajustada à condição da Pessoa em Situação Crítica, atendendo à estabilidade hemodinâmica da mesma.

Saliento ainda, na gestão de protocolos terapêuticos complexos, os procedimentos e protocolos instituídos nos serviços onde tive oportunidade de desempenhar a minha prática clínica. Exemplo destes protocolos incluem a monitorização e reposição de potássio, a monitorização da glicemia e administração de insulina, a administração de amiodarona, a administração da noradrenalina e dobutamina.

Segundo Vieira et al. (2020) os protocolos terapêuticos são considerados um alicerce para a conduta profissional, construídos com base nas melhores evidências disponíveis e com a experiência dos profissionais. Estes visam a prestação de cuidados adequados, de maneira eficiente, assegurando efetividade para a situação clínica, para além de facilitarem a tomada de decisão, trazendo uma maior segurança à equipa, reduzindo a variabilidade das ações e erros.

Com a aplicação destes protocolos foi possível prevenir complicações e atuar na antecipação de situações de instabilidade clínica, com segurança.

Dos protocolos terapêuticos complexos, gostaria de destacar a nutrição entérica. Embora também tenha tido contacto com nutrição parentérica, foi a nutrição entérica a que tive uma maior convivência no SMI e UCICT, o que me permitiu compreender a importância da nutrição como parte integrante do tratamento da PSC.

Para Rocha e Passos (2020), em unidade de cuidados intensivos, a nutrição deve ser encarada como parte integrante do plano de tratamento da pessoa em situação crítica, dado a mesma encontrar-se em situações de *stress* catabólico, apresentando uma resposta inflamatória sistémica que agrava o estado nutricional, originando resultados negativos que originam inúmeras complicações.

Comparativamente à nutrição parentérica, Rocha e Passos (2020) destacam a nutrição entérica como sendo mais fisiológica, prática, barata e com menos complicações, colaborando na prevenção da atrofia da mucosa intestinal, na preservação da integridade da flora intestinal, na preservação da imunocompetência e na redução do *stress* oxidativo. Está contraindicada em casos de diarreia grave, hemorragia gastrointestinal, vómitos incoercíveis, obstrução mecânica; disfunção do trato gastrointestinal e enterocolite grave.

Ao longo do ensino clínico, segui o protocolo do serviço da nutrição entérica, monitorizando o volume residual gástrico, tanto na progressão da dieta até atingir o valor alvo prescrito, quanto na sua manutenção após alcançado. Além disso, implementei as seguintes intervenções: confirmar a posição da sonda nasogástrica em todos os turnos; elevar a cabeceira a 30-45º; cumprir com a higiene oral uma vez por turno e trocar, aquando da prestação dos cuidados de higiene, o adesivo de fixação da sonda nasogástrica.

Durante a minha prática clínica, tanto no SMI e na UCICT, refleti sobre situações em que recorri ao ciclo de Gibbs para auxílio do processo reflexivo, em que me questionei sobre a possibilidade de ser uma pessoa em morte cerebral e possibilidade de doação de órgãos associada, o que me levou a pesquisar mais sobre o tema.

Desta forma, de acordo com o Despacho Normativo n. º713/94, referente aos Critérios de morte cerebral, esta é definida quando há a cessação das funções do tronco cerebral e a sua irreversibilidade. Para o estabelecimento deste diagnóstico médico, o despacho mencionado preconiza que é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

> 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
> 2) Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
> 3) Ausência de respiração espontânea;
> 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.
> (…)
> a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:
> a) Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
> b) Reflexos oculocefálicos;
> c) Reflexos oculovestibulares;
> d) Reflexos corneopalpebrais;
> e) Reflexo faríngeo. (p.6160)

Com a curiosidade sobre esta temática, foi possível compreender as condições, os testes realizados e o que é implementado nos serviços para estas situações, indo o mesmo ao encontro do Despacho Normativo n. º713/94. Com análise do referido, foi possível a exclusão dos doentes de morte cerebral, numa das situações devido ao mesmo apresentar respiração espontânea e no outro caso por apresentar reflexo faríngeo.

Assim sendo, tendo por base todas as estratégias e atividades mencionadas, foi possível alcançar com sucesso a unidade de competência em análise.

Passando à análise da unidade de competência que se refere à gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e família, é fundamental compreender a definição de dor, que a *International Association for the Study of Pain*, numa revisão narrativa de literatura realizada por Raja et al. (2020), descreve a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.

É de salientar que a avaliação e gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica são áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem e, embora considerada o quinto sinal vital, a dor, pela subjetividade que a caracteriza, nem sempre é avaliada de forma correta, nem o tratamento é o mais eficaz.

Compreendo, que carece por parte do enfermeiro, uma avaliação precisa e adaptada ao estado de consciência da pessoa e que este intervenha com medidas farmacológicas e não farmacológicas ajustadas no controlo da dor.

Desta forma, efetuei uma pesquisa sobre as diversas escalas de avaliação da dor, atendendo ao estado clínico da pessoa, de forma que a minha intervenção fosse o mais adequada possível.

A Direção-Geral da Saúde (2003), no uso das suas competências técnico-normativas, através da Comissão de Acompanhamento do "Plano Nacional de Luta Contra a Dor" na sua Circular Normativa N.º 09/DGCG, instituiu a "Dor" como o 5º sinal vital, sendo considerada essencial a prática da sua avaliação nos cuidados de saúde e aplicação do registo sistemático da intensidade da dor, recorrendo a utilização de uma escala de mensuração da dor que seja validada de forma internacional, e a inclusão de um espaço próprio para o registo da intensidade da dor em folha de registo de sinais vitais.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012) através do seu Plano Nacional de Avaliação da Dor, o enfermeiro deve ter em atenção diversos critérios aquando da avaliação da dor, tais como o seu nível, de acordo com o relatado pela pessoa alvo de cuidados. A escala numérica da dor, em conformidade com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012) é considerada o *gold standard*, no entanto a mesma não é indicada para a pessoa em situação crítica, que se encontra submetida a ventilação mecânica e sedação.

Na ótica da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), a dor na pessoa que não pode comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos. Uma escala que apresenta um bom grau de fiabilidade e validade, segundo os mesmos autores, é a *Behavioural Pain Scale*, que inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória).

Nos diferentes ensinos clínicos tive oportunidade de cuidar de pessoas conscientes e orientadas que através da comunicação verbal conseguiam exprimir a sua dor, através do recurso à escala numérica da dor. Por outro lado, experienciei a complexidade de monitorizar a dor, quando a Pessoa em Situação Crítica se encontrava com alterações de consciência e da comunicação verbal, habitualmente por presença de tubo orotraqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua, sendo, neste caso, recorrida à *Behavioural Pain Scale*. Realço para a importância da equipa recorrer à mesma escala na mesma pessoa, pois só assim os dados poderão ser comparados, identificando o surgimento de dor ou se as técnicas para alívio da mesma foram eficazes.

Deste modo, saliento para a pertinência do recurso a escalas para a avaliação da consciência e da sedação da Pessoa em Situação Crítica, uma vez que fornece dados

imprescindíveis que influenciam na gestão da dor, tanto na identificação da mesma, como na avaliação da eficácia da terapêutica farmacológica e não farmacológica instituída.

Para avaliação do estado neurológico as escalas utilizadas, ao longo da prática clínica, foram a Escala de Coma de *Glasgow* e a *Richmond Agitation and Sedation Scale* (RASS), sendo esta última de acordo com Monte (2020), uma escala validada para avaliar a qualidade e a profundidade da sedação.

Na ótica da Ordem dos Enfermeiros (2008) é de salientar, no seu guia orientador de boa prática, que o

> controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. (p.17)

Relativamente à abordagem da dor, ao longo da minha prática clínica, compreendi que o tratamento da dor prevê a colaboração da equipa multidisciplinar com partilha de responsabilidades. Os enfermeiros por serem aqueles que detêm maior proximidade com os doentes, são elementos fulcrais na deteção e avaliação da dor e implementação de intervenções para a gestão da mesma.

As minhas intervenções para o controlo da dor passaram por medidas farmacológicas e não farmacológicas da dor. Relativamente às medidas farmacológicas, intervenções interdependentes, passaram pela administração e avaliação do efeito de terapêutica analgésica. Por sua vez, relativamente às medidas não farmacológicas as mesmas passaram pelo posicionamento, massagem corporal, controlo sonoro da unidade assim como da luminosidade e a presença de familiares, promovendo um ambiente de conforto para a PSC.

Com a implementação das estratégias e atividades mencionadas, foi possível alcançar com sucesso a unidade de competência em análise, dando continuidade ao desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Focando na análise das unidades de competências referentes à gestão da comunicação interpessoal essencial e no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador, constituindo o enfermeiro especialista um agente facilitador na transição de processo saúde/doença, saliento que a comunicação assume um papel de destaque no quotidiano do enfermeiro. De acordo com Phaneuf (2005) a comunicação é uma condição para a qualidade dos cuidados, bem como a principal ferramenta terapêutica à disposição do enfermeiro. Comunicar e cuidar encontram-se, na visão da mesma autora,

inevitavelmente ligados, sendo essencial ter em consideração que a comunicação deverá ser terapêutica e eficaz através do cuidar das pessoas e da compreensão da situação que elas enfrentam, sendo possível a promoção de uma relação terapêutica de confiança.

Segundo Sequeira (2016) uma relação terapêutica consiste no recurso ao conhecimento sobre a comunicação, usando-a de forma intencional com o doente, de forma efetiva, com o intuito de ajudá-lo a enfrentar os seus problemas.

Para Phaneuf (2005) a comunicação dá-se através da comunicação verbal e não verbal, sendo que a sua eficácia depende da compreensão da receção da mensagem.

Sequeira (2016) salienta que no processo de comunicação, apenas uma percentagem de 7% é feita de forma verbal, 38% é feita por sinais paralinguísticos e 55% pela comunicação cinestésica, sendo possível compreender que os componentes verbais dizem respeito a uma pequena porção, comparativamente com os restantes componentes.

Viana (2014) sobressai que a comunicação não-verbal se processa através dos gestos, das posturas, das expressões faciais (comunicação cinestésica), das utilizações da voz e do silêncio (comunicação paralinguística), do vestuário, dos objetos de que nos fazemos cercar, da relação que estabelecemos, quer com esses objetos, quer entre nós (comunicação proxémica). Todas estas formas de comunicação, em conformidade com a mesma autora, exprimem e comunicam ideias, sentimentos e emoções e chegam a substituir a linguagem verbal, conferindo uma vivência mais profunda e autêntica à comunicação.

Deste modo, conhecendo a importância da comunicação verbal e não verbal no estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com a pessoa e família, ao longo da minha prática recorri aos conhecimentos sobre a comunicação abordados anteriormente, usando-a de forma intencional, reconhecendo os benefícios da mesma, com possível obtenção de ganhos em saúde.

Atendendo à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tive de adaptar a comunicação, recorrendo a estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com "barreiras à comunicação", nomeadamente nos doentes sob ventilação não invasiva e ainda os doentes ventilados mecanicamente que pela sua condição, apresentavam dificuldades acrescidas na comunicação.

Nestes casos, recorri à Comunicação Alternativa e Aumentativa, evidenciando as minhas competências comunicacionais. As estratégias consistiram em usar gestos, aos quais os doentes respondiam por mimica facial. Foi possível ainda, identificar no SMI um quadro legendado com "sim" e "não", direcionados para estes doentes, verificando-se assim a

preocupação pela gestão da comunicação, sendo implementadas técnicas de comunicação facilitadoras de uma relação terapêutica com a Pessoa em Situação Crítica.

Pina et al. (2020) destacam a Comunicação Alternativa e Aumentativa, como uma ferramenta e/ou estratégia para ultrapassar as barreiras à comunicação, quando a verbal está impedida e/ou prejudicada, podendo ser um recurso perante a ventilação mecânica invasiva.

Pina et al. (2020) reforçam que as necessidades da mesma pessoa podem variar ao longo do internamento, pelo que um mesmo instrumento pode ser indicado inicialmente e já não o ser mais tarde, considerando, por exemplo, o nível de sedação a que a pessoa está sujeita.

Reveladores da preocupação associada à comunicação terapêutica na PSC, a Ordem dos Enfermeiros (2017) destaca os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, onde o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deverá ter em atenção na sua prática:

> A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença critica e ou falência orgânica;
> A implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica. (p.12)

Comunicar, só por si, é complexo, mas a situação torna-se mais difícil ainda quando a informação que se pretende transmitir é uma má notícia. Gomides et al. (2019) referem que as más noticias em saúde podem ser compreendidas como a revelação de uma informação que impacta negativamente a perspetiva de vida da pessoa em relação ao futuro e a ele próprio.

Gomides et al. (2019) mencionam que indubitavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde enfrentam nas atividades diárias é a comunicação de más notícias, sendo desta forma fundamental o investimento no treino para a sua realização.

Neto et al. (2017) revelam que na tentativa de facilitar a transmissão de más notícias, em 1992 Buckman criou um protocolo a fim de auxiliar os profissionais de saúde nessa transmissão de forma didática, designado por protocolo *SPIKES.*

Cruz e Riera (2016) relatam que o protocolo *SPIKES* trata-se de um modelo atual de comunicação com seis etapas que proporcionam maior segurança aos profissionais, que visa compreender o que a pessoa alvo de cuidados e seus familiares sabem da situação, fornecer informações de acordo com o que estão preparados e por fim, responder às diversas emoções, além de apresentar um plano terapêutico dentro das possibilidades de cada indivíduo.

Cruz e Riera (2016) fazem referência que este inclui: Preparação e escolha do ambiente (*Setting*) – as más notícias deverão ser dadas pessoalmente e num local privado e confortável, devendo ser abolido os locais onde possam provocar distrações e interrupções; Descobrir o que a pessoa já sabe (*Perception*) – determinar o que a pessoa sabe sobre a situação, o que quer saber, obtendo um convite à transmissão da informação (*Invitation*) – compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado; Fornecer informação (*Knowledge*) – deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo à pessoa para a assimilar; Responder às emoções com empatia (*Emotions*) – pressupõe a identificação e validação de emoções. Deverá ser dado espaço à pessoa, assim como respeitar o silêncio da mesma, a fim de poder integrar o que lhe foi dito; realizar uma síntese estratégica (*Summary*) – nesta fase é feita uma revisão da informação dada.

De salientar que de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, no ponto três do artigo 21º, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento (médicos e enfermeiros) no Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e/ou SUP, devem ter de acordo com o capítulo V "Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stresse e de conflitos, Comunicação do risco e "transmissão de más notícias" (p. 20677), fazendo ainda parte das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem da pessoa em situação crítica.

Atendendo ao que foi explanado anteriormente, Camargo et al. (2019) salientam que se torna essencial que os profissionais de saúde, possuam competências comunicacionais e tenham ao seu dispor estratégias que os ajudem a comunicar más notícias à pessoa e familiares, respondendo às emoções que estão associadas.

Ao longo dos diferentes ensinos clínicos, tive a necessidade de comunicar más notícias aos doentes e familiares, pelo que recorri ao protocolo de *Buckman*, como ferramenta de comunicação facilitadora da transmissão de más notícias.

Atendendo as estratégias e atividades mencionadas, foi possível corroborar o desenvolvimento das unidades de competência que se encontram a ser analisadas.

Transitando para a análise da unidade de competência referente à assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais como resposta da situação crítica e/ou falência orgânica, foi possível aferir que a pessoa em situação crítica no contexto da prestação de cuidados de saúde não pode ser considerada isoladamente, uma vez que a mesma integra uma dinâmica familiar, e quando um membro da mesma é afetado por uma situação de doença, todo o equilíbrio do sistema familiar vai sofrer alterações, impactando

todos os seus membros. A situação pode desencadear respostas positivas ou negativas, sendo da responsabilidade do enfermeiro apoiar a família a encontrar estratégias de adaptação.

Deste modo, segundo o *International Council of Nurses* (2019a), família é descrita como o todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.

Na perspetiva de Shajani e Snell (2019), a mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família. Deste modo, em consonância com o referido anteriormente, Sá e Velez (2021) acrescentam que a situação de doença crítica de um elemento familiar impõe desafios significativos à família, sobretudo pela vivência da finitude da vida, incerteza do prognóstico e o ambiente tecnologicamente desconhecido, provocando quadros psicológicos em que emerge a ansiedade e depressão.

Tal acontecimento, na perspetiva de Sá et al. (2015) imprime na família uma das situações mais stressantes experienciadas, exigindo-lhe a melhor capacitação através da mobilização de competências e recursos internos

Neste sentido destaco no Artigo 110.º da humanização dos cuidados, referente ao Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro que o enfermeiro assume o dever de: "Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (p.8080).

O Serviço de Urgência, de acordo com Sá e Velez (2021), é um contexto altamente diferenciado e tecnologicamente desafiante, no qual o processo de tomada de decisão em enfermagem é complexo, por isso os enfermeiros necessitam frequentemente de dar prioridade ao cuidado à pessoa, colocando as necessidades da família para segundo plano, carecendo, no entanto, de atenção por parte da equipa multidisciplinar.

No decorrer deste percurso foi percetível que o cuidar da família no serviço de urgência constitui um desafio para a enfermagem pelas particularidades e desafios do contexto, no entanto, não deve ser descurado pela equipa de enfermagem, dado apresentarem um vasto leque de necessidades atendendo às repercussões da doença na dinâmica familiar. Foram percetíveis os benefícios atribuídos à presença da família no SU, constituindo este um direito do doente fundamental descrito na lei, como fora exposto anteriormente e evidenciado na Deontologia profissional do Enfermeiro.

Destaco a existência do Gabinete de Apoio à Família, interligado ao SU, que facilita esta ligação da pessoa que recorre ao SU à família. Este gabinete é constituído por técnicos

administrativos que recebem as chamadas dos familiares e realizam a interligação com os serviços para a possibilidade de os profissionais de saúde fornecerem informações sobre o estado de saúde dos doentes e desta forma, atenuarem os medos/ansiedade e dúvidas associadas ao internamento dos seus familiares. Considero deveras importante a existência deste gabinete para a diminuição da ansiedade dos familiares, no entanto, considero que seria mais pertinente esta equipa ser constituída por profissionais de saúde, ao invés de técnicos administrativos, sendo assim possível a transmissão de informações de forma mais assertiva e a promoção de suporte e apoio emocional aos familiares, que se encontram igualmente sob uma situação geradora de stress, medo e ansiedade.

Todavia, considero fundamental abordar a importância de manter a proteção de dados na transmissão de informações, uma vez que pode ocorrer uma violação de dados pessoais. De acordo com a Lei n.º 59/2019, tal violação é definida como "uma violação da segurança que provoque, de modo acidental ou ilícito, a destruição, a perda, a alteração, a divulgação não autorizada de dados pessoais transmitidos, conservados ou tratados de outro modo, ou o acesso não autorizado a esses dados" (p.42).

Desta forma é importante compreender junto da pessoa alvo de cuidados o que a mesma quer que seja transmitido relativamente à sua saúde e a quem poderão ser facultados esses mesmos dados.

A Lei n.º 59/2019 descreve como dados relativos à saúde, os "dados pessoais relativos à saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde" (p.42).

Pinho (2020b) salienta que o internamento em contexto de Cuidados Intensivos ocorre, geralmente, de forma inesperada, constituindo um momento de stress para a família, o que predispõe para um desequilíbrio nos papéis familiares e sociais, com alterações temporárias ou definitivas no desempenho normal da família, manifestando-se por dificuldades em reconhecer e mobilizar os recursos internos e redes externas de apoio, tendo aqui o enfermeiro um papel fundamental no apoio à família.

Neste sentido, Lima et al. (2022), indicam que o enfermeiro, pela proximidade ao doente e família, assume um papel fundamental neste processo, podendo ser um elemento facilitador de medidas promotoras de conforto e bem-estar, quer para a pessoa, quer para os seus familiares.

Ao longo do meu percurso nos diferentes estágios em unidades de cuidados intensivos foi possível verificar que existe uma particular atenção com as famílias, sendo

atendidas um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas para o acolhimento da família/pessoa significativa, para o seu acompanhamento e apoio.

Deste modo, foi possível constatar que logo na admissão da pessoa em situação crítica, após a estabilização da mesma, o enfermeiro contacta telefonicamente o familiar de referência a informar sobre o internamento e esclarece dúvidas, sendo fornecido o horário de visitas, havendo alguma flexibilidade de acordo com o contexto.

Aquando do momento da visita, e sendo um primeiro contacto com o familiar/pessoa significativa após o internamento, existe a preocupação do enfermeiro em ir ao seu encontro à entrada do serviço, realizando uma conversa com o mesmo. Posteriormente, o enfermeiro opta por questionar sobre o que o familiar/pessoa significativa já sabe, assim como compreender o que o mesmo pretende saber, passando à informação sobre o estado de saúde e ambiente físico onde se encontra o seu familiar. Há um ajuste do discurso, com possibilidade de esclarecimento de dúvidas e espaço para a família expressar as suas emoções, sendo providenciado assim, apoio emocional. Posteriormente, e após uma esta conversa, o enfermeiro acompanha a família até junto do doente, mantendo a privacidade, assim como a disponibilidade.

Com esta atenção para com a família/pessoa significativa, verifiquei que favorecia o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com os mesmos, constituindo uma mais-valia no ambiente dos cuidados.

No decorrer dos ensinos clínicos, foi possível verificar que sempre que possível eram facilitados os momentos de realização de visitas, havendo a preocupação de inclusão e fornecimento de informações aos familiares assim como o cuidar da família dado apresentarem um vasto leque de necessidades atendendo às repercussões da doença na dinâmica familiar.

Ao longo da prática clínica, tive diversas oportunidades de interação com as famílias. Algumas das estratégias utilizadas no contacto com as mesmas passaram pela disponibilização de tempo à família/cuidador para a expressão dos seus medos e dúvidas, a transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas e a procura por compreender o processamento da informação da família/ cuidador.

Após a alta do SMI, a atenção à pessoa e familiares não cessa, continuando por meio da consulta de *follow-up* que é realizada por uma equipa de médicos e enfermeiros. Pinho (2020) sobressai que essa consulta é crucial, pois permite aos doentes e familiares atribuírem significado à experiência vivida na UCI e otimiza o prognóstico e o resultado do tratamento a longo prazo. A avaliação é efetuada em sete momentos distintos após a alta

(48h, 8 dias, 1 mês, 6 meses, 1 ano, 2 anos e 3 anos), com os objetivos de detetar precocemente complicações, monitorizar a evolução clínica, identificar problemas como síndrome depressiva ou stress pós-traumático e avaliar sobrevida e *status* funcional.

De referir que tive situações em que a pessoa teve como desfecho, a morte.

Recordo-me de uma situação no SU com uma doente de 85 anos, consciente e orientada, diagnosticada com isquemia do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, resultando em hipoperfusão do intestino delgado e cólon transverso. Dada a gravidade, a intervenção cirúrgica urgente foi indicada. Contudo, após a exposição dos riscos e benefícios, a mesma recusou a cirurgia, consciente de que isso levaria ao fim da sua vida.

Em consonância com a sua decisão e o prognóstico desfavorável, optou-se por cessar as medidas invasivas e priorizar cuidados de conforto. A doente foi transferida estrategicamente para o espaço da sala que permitia uma maior privacidade, onde, com a permissão da mesma, foram permitidas visitas da família, que permaneceram com a mesma até ao momento da morte.

Embora o desfecho tenha sido a morte, considero que todas as medidas foram tomadas para garantir o conforto e dignidade, com o envolvimento da família e o apoio da equipa multidisciplinar. Num serviço onde a filosofia passa por tratar e salvar, permitir que a pessoa seja decisora no seu tratamento foi para mim um aspeto a enaltecer.

A morte ao ser considerada como um processo de transição, segundo Meleis (2012), impõe os desafios de adaptação mais ou menos dolorosos para a família, enquanto sistema, bem como a todos os seus membros, refletindo-se em diferentes relações que se conjugam entre si.

Desta forma, incluir os familiares no processo de fim de vida constitui uma forma facilitadora de adaptação nesta fase de transição.

Destaco o artigo 108.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, referente ao respeito pela pessoa em situação de fim de vida. De acordo com este artigo, o enfermeiro assume o dever de:

> a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;
> b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
> c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (p.8080).

Deste modo, baseando-me nas estratégias e atividades supramencionadas, foi possível verificar a minha preocupação pela satisfação da unidade de competência em análise, onde se evidenciou no decorrer da prática clínica a mobilização de conhecimentos e

habilidades, rumo às necessidades evidenciadas pelas pessoas/famílias, respondendo eficazmente e em tempo útil.

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

Segundo o Regulamento nº 429/2018, os cuidados à pessoa em situação crítica podem ser originados por uma situação de emergência, exceção e catástrofe colocando a pessoa em risco de vida, sendo esperado que o enfermeiro especialista em EMC atue, concebendo, planeando e gerindo a sua resposta, de forma pronta e sistematizada, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Uma situação de emergência, em concordância com o Regulamento nº 429/2018,

> resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata. (p. 19362)

Por sua vez, uma situação de exceção, em conformidade com a mesma fonte, "consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis" (p. 19362).

Do ponto de vista legislativo, em 2015 na Lei nº 80/2015, foi republicada a Lei n. º27/2006 de três de julho da Lei de Bases da Proteção Civil. No seu ponto dois do Artigo 3º é definida catástrofe como:

> o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. (p.5316)

Na perspetiva de Lax e Prior (2018), um *major incident* trata-se de uma situação rara que exige uma carga extraordinária dos recursos de saúde, como consequência do número ou tipologia de vítimas envolvidas num incidente, que não pode ser suprimida com os recursos normalmente disponíveis.

Lennquist (2012) salienta que estas situações não dependem necessariamente de um número específico de vítimas, da sua gravidade ou de qualquer nível específico de recursos, mas sim do equilíbrio entre os recursos e as necessidades.

Deste modo, Lax e Prior (2018) e Lennquist (2012) entram em concordância quando classificam estes *major incidents* em três categorias: origem natural ou artificial; simples ou composto; compensado ou não compensado.

Lennquist (2012) define os acidentes artificiais também como "tecnológicos" e subdivide-os em diversas categorias: incidentes com transportes (no ar, no mar, nos trilhos e estradas); incidentes envolvendo matérias perigosas (com produção, transporte e utilização de substâncias inflamáveis, explosivas, químicas, tóxicas ou radioativas); incêndios em edifícios, indústrias e sistemas de transporte; incidentes em eventos de *mass gathering* (como eventos desportivos, festivais, reuniões políticas ou manifestações); colapso de infraestruturas e ainda incidentes técnicos, envolvendo tecnologia informática e telecomunicações.

Lennquist (2012) ressalva ainda que os *major incidents* podem assumir três níveis, atendendo à sua categoria. Deste modo, o nível um constitui incidentes em que é possível manter a gestão e organização dos recursos, tendo capacidade de dar resposta a todas as vítimas. É nesta categoria que se inserem os incidentes ou acidentes graves, emergências e incidentes compensados. O nível dois comporta incidentes com vítimas em massa, desastres e incidentes não compensados, nas quais os recursos não suprimem as necessidades. Por fim, o nível três, apesar de ser semelhante ao nível dois, é adicionada a destruição de uma infraestrutura numa região ou país. Integram este nível incidentes compostos.

Atendendo a complexidade de gestão das situações que envolvem multivítimas é essencial um profissional dotado de competências específicas para desempenhar funções de comando num cenário que envolve diversas entidades e onde se exige uma atualização constante de dados acerca do desenrolar do cenário.

O *International Council of Nurses* (2019a) releva que os enfermeiros são os intervenientes chave em situações de catástrofe e de crise, atendendo às suas habilidades de prestação de cuidados, criatividade de adaptabilidade e liderança. No entanto, a prestação de cuidados de saúde em situações de catástrofe só é bem-sucedida quando os enfermeiros têm competências desenvolvidas para a execução do mesmo. Os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes exigem que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada.

Para Ferreira (2019), pressupõe-se que o enfermeiro especialista é o profissional que reúne as caraterísticas e competências que, apesar de o integrarem na equipa de saúde, diferenciam-no pela capacidade de observação, avaliação e previsão de complicações, enquanto lidera e coordena intervenções adequadas para a resolução de problemas. E em consonância com o Regulamento nº429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na competência "dinamiza a resposta em

situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação", podendo assumir o papel de MIC, e assegurar o comando e gestão dos cenários de multivítimas.

De forma que seja possível uma resposta mais eficaz perante estas situações, é de destacar a importância do treino por meio da simulação. Nesta perspetiva, Primeau e Benton (2021) destacam a simulação em situações de catástrofe como uma forma eficaz de preparar os profissionais envolvidos para aquisição de competências, experiências e aprendizagens na resposta a estas situações em contexto real.

Atendendo ao anteriormente referido, durante a unidade curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe participei numa simulação na sede da proteção civil, onde hipoteticamente houve uma explosão do depósito de combustível do helicóptero lá sediado, resultando em várias vítimas. Nesta simulação, participei como profissional de saúde que estaria a realizar uma triagem secundária no Posto Médico Avançado. Esta atividade proporcionou-me momentos fora da zona de conforto, consciencializando-me para a pertinência de investir no treino e simulacros perante situações de catástrofe.

Também nesta unidade curricular desenvolvi um trabalho académico que visava dar resposta a uma situação de catástrofe. O desafio foi criar um plano de resposta à catástrofe na ilha do Faial (Açores) consequente a um despiste de um automóvel que desencadeou um acidente em cadeia, envolvendo três carros e uma família que se encontrava a assistir um concerto de Rock junto ao pavilhão desportivo da Horta, resultoando em várias vítimas. Neste trabalho de grupo, procuramos dinamizar a resposta atendendo aos recursos limitados que a ilha possui, quer em termos materiais e estruturais, quer em termos humanos. Com o desenvolvimento deste trabalho, foi possível desenvolver conhecimentos na área da gestão de situações de catástrofe e exceção, através da aplicação da metodologia MRMI (*Medical Response do Major Incidents and Disasters)*, sendo esta uma metodologia de aplicação universal, razão pela qual há benefícios em ser implementada nos diferentes países, no sentido de uniformizar o socorro em diferentes contextos, onde a língua, a cultura e a geografia constituem já limitações ao socorro.

O desenvolvimento deste trabalho representou uma oportunidade para desenvolver competências na área da conceção de planos de emergência e catástrofe, que constitui uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em EMC na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Lennquist e Dobson (2012) aconselham, na metodologia do MRMI a aplicação de um cartão de ação que permita gerir o cenário da melhor forma. De uma forma geral, este

cartão de ação contempla uma série de passos que devem ser tidos em conta aquando do desenrolar do socorro e do evento. Trata-se de um conceito desenvolvido por Lennquist que engloba as fases de Comando, Segurança, Comunicação, Avaliação, Triagem, Tratamento e Transporte, traduzindo-se na mnemónica CSCATT.

No que concerne a primeira fase deste conceito – Comando e Controlo – Lennquist e Dobson (2012) ressalvam a importância da atribuição de diferentes papeis no teatro de operações, nomeadamente o de *Medical Incident Commander*, *Police Incident Commander* e *Rescue Incident Commander*. O *Medical Incident Commander* trata-se de um profissional com competências na área clínica e com melhor aptidão para gerir uma catástrofe. Nesta fase, Lennquist e Dobson (2012) salientam a importância do *Medical Incident Commander* estabelecer contacto com o *Rescue Incident Commander*, o responsável pelas operações de resgate, que geralmente é atribuído ao oficial responsável pela primeira corporação de bombeiros a chegar ao teatro de operações, assim como estabelecer contacto com a primeira unidade policial, em que o oficial encarregado fica com a responsabilidade de *Police Incident Commander.*

Na segunda fase – Segurança – de acordo com Lennquist e Dobson (2012) é da responsabilidade do *Medical Incident Commander* a comunicação com o *Rescue Incident Commander* com o intuito de identificar riscos na área e acionar profissionais de saúde para o cenário.

Na terceira fase – Comunicação – Lennquist e Dobson (2012) salientam que o *Medical Incident Commander* deve estabelecer uma comunicação contínua com o Comando Regional de Operações e Socorro, a fim de solicitar informações sobre a capacidade do hospital para o qual as vítimas serão encaminhadas, pedir suporte adicional no cenário, se necessário e reportar o número de vítimas no local, bem como os transportes que foram encaminhados para o hospital.

De acordo com Lennquist e Dobson (2012), a rede de rádio é o método de comunicação mais seguro, apesar das suas limitações de cobertura.

Passando à quarta fase – Avaliação – O Lennquist e Dobson (2012) realça a importância da realização de um rápido reconhecimento do cenário, de forma a obter uma visão geral da cena, com o intuito de identificar os cuidados emergentes e da necessidade das equipas de desencarceramento das vítimas.

Passando à quinta e sexta fases (Triagem Primária e Tratamento, respetivamente) é importante destacar a relevância da triagem. Segundo o INEM (2012b), a triagem é um sistema utilizado em emergências para racionalizar recursos limitados quando o número de

vítimas que necessitam de apoio excede a capacidade de atendimento disponível. A mesma fonte ressalva que os principais objetivos da triagem incluem: assistência precoce, aplicação de manobras "*life-saving*", determinação do nível de urgência, utilização criteriosa de recursos críticos, documentação das vítimas, controlo do fluxo de vítimas, definição de áreas de cuidados/vigilância, distribuição dos profissionais por áreas de assistência e inicio das medidas terapêuticas.

O INEM (2012b) destaca que a triagem se baseia em dois momentos distintos: a triagem primária e a triagem secundária.

O INEM (2012b) recomenda, durante a triagem primária em situações de exceção/catástrofe, o recurso ao método *Simple Triage and Rapid Treatment* (START). Neste método, o INEM (2012b) evidencia que são utilizados parâmetros fisiológicos como a respiração e circulação, além da capacidade da vítima andar fundamentando-se no grau de gravidade apresentado pelas lesões. A triagem é baseada em questões como: "A vítima anda?", "Respira?", "Qual é a frequência respiratória?", "Qual é a frequência cardíaca?". Este processo segue um fluxograma que garante uma triagem uniforme e ordena a prestação de cuidados às vítimas. Assim, as vítimas são divididas em quatro categorias: Prioridade um (vítima emergente), Prioridade dois (vítima grave), Prioridade três (vítima não grave), Prioridade quatro (morto).

Em concordância com o INEM (2012b), ao abordar a fase do tratamento, é fundamental realizar a triagem secundária, uma vez que este processo contínuo visa triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas. No que diz respeito à triagem secundária o método mais utilizado, segundo o INEM (2012b) é o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, estado de consciência (com utilização da Escala de Coma de Glasgow) e pressão arterial sistólica, sendo a pontuação a soma destas variáveis.

Por fim, a última fase diz respeito ao transporte. O INEM (2012) refere que o mesmo consta a análise pelo melhor meio de transporte disponível.

O INEM (2012b) menciona que um aspeto importante no transporte, para além do tipo de meio, é o nível de acompanhamento das vítimas. Este deverá ser também analisado, estando dependente do nível de gravidade das vítimas a transportar *versus* o número de equipas diferenciadas disponíveis. Ideal será o acompanhamento de todas as pessoas em situação crítica por uma equipa médica.

No decorrer da minha prática clínica, não se verificou nenhuma ocorrência com multivítimas ou catástrofe. No entanto, para o desenvolvimento desta competência, procurei

recorrer a estratégias que me permitissem conhecer o plano de emergência dos hospitais onde tive a oportunidade de realizar a minha prática e compreender os princípios de atuação em situações de catástrofe.

Desta forma, foi-me proporcionada a oportunidade de conhecer em cada um dos hospitais os Planos de Emergência Externa Hospitalar.

Relativamente às práticas clínicas desenvolvidas na RAM (Ensino Clínico I e II) estas partilham do mesmo plano de catástrofe, uma vez que se encontra implementado a nível institucional.

Considerando que o Hospital onde realizei o Ensino Clínico I e II é o único hospital na RAM com SUP e centro de trauma, é o local que recebe as vítimas de uma catástrofe, sendo por isso, recomendado a definição de um Plano de Emergência, que possibilite a intervenção rápida e eficiente em situação de catástrofe, tal como é descrito no artigo 22.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto de 2014, onde refere que

> i. Cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde;
> ii. Este plano deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo Serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica. (p. 20677-20678).

Foi-me concedida a oportunidade de conhecer o Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, documentado no manual de serviço elaborado em 2008 e revisto em 2013. Este plano foi elaborado por um grupo de trabalho composto por profissionais com formação, treino e experiência, de acordo com as normas de socorro em catástrofe. Atualmente, o mesmo está em processo de nova revisão, dado o mesmo não se encontrar de acordo as recomendações emanadas pelo *Medical Response do Major Incidents and Disasters* (MRMI).

O referido plano de emergência deve ser do conhecimento de todos os profissionais, sendo ativado de acordo com a gravidade da situação, por níveis, de forma gradual e sequencial. A primeira fase, segundo o plano consultado, é a fase do alerta. O alerta de ocorrência de catástrofe externa deverá chegar ao serviço de urgência através de comunicação via rádio ou telefone de emergência da Proteção Civil, Bombeiros ou Forças de Segurança, contudo, poderá ocorrer apenas aquando da chegada das primeiras vítimas ao serviço de urgência.

Na fase do alarme, o enfermeiro responsável de turno começa por contactar de imediato os vários intervenientes do gabinete de crise. Por fim, a fase de execução deverá ser definida de acordo com o tipo de catástrofe ocorrida.

Na sala de emergência do serviço de urgência, foi possível visualizar que estão organizados de forma a dar resposta aos diferentes níveis de emergência, *kits* de triagem em situação de catástrofe e que foram alvo da minha avaliação e discussão com a enfermeira orientadora. Estes *kits* são constituídos por pulseiras de identificação de cores, requisição de análises numeradas, tubos para colheita de sangue, requisições de meios complementares de diagnóstico numeradas e folha de catástrofe numerada, de modo a dar resposta a uma situação desta natureza.

Para o desenvolvimento desta competência, procurei conhecer o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM, aprovado em fevereiro de 2022. Segundo o Serviço Regional de Proteção Civil (2022), este plano é de âmbito geral e foi elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem para o âmbito territorial e administrativo da região e que necessitem de uma estrutura operacional que garanta a unidade de direção e o controlo permanente da situação, visando a definição de regras orientadoras para as ações de prevenção e resposta operacional, bem como uma articulação e coordenação adequadas dos Agentes de Proteção Civil face a acidentes graves ou catástrofes que possam afetar populações, património edificado, meio ambiente e atividades socioeconómicas, nomeadamente em decorrência de riscos naturais, tecnológicos e mistos.

Com a discussão realizada com a enfermeira orientadora e enfermeiro responsável de equipa, foi possível compreender que há uma preocupação em seguir as recomendações emanadas pelo *Medical Response do Major Incidents and Disasters* (MRMI), que são orientações internacionais para a gestão de catástrofes. O grupo de crise e catástrofe do hospital está, assim, a guiar-se por essas recomendações na elaboração da atualização do plano de emergência e catástrofe do hospital.

Relativamente ao SMI, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, compreendi que é realizada a transferência de doentes para outros serviços com o intuito de preparar a unidade para receber possíveis vítimas do incidente. Permanecem na unidade os doentes críticos com necessidade de suporte ventilatório invasivo e os outros doentes são transferidos para os serviços mais adequados às suas necessidades.

Por sua vez, o Plano de Emergência Externa do Hospital onde realizei a minha prática em contexto de UCIC e hemodinâmica foi elaborado em 2023, com o objetivo de estabelecer uma resposta coordenada em caso de um cenário com um elevado número de vítimas no Serviço de Urgência, que, pela sua dimensão ou ritmo, ultrapasse a capacidade instalada, obrigando a uma reformulação de processos, recrutamento de recursos adicionais (humanos e logísticos) e a utilização de novas áreas.

Este plano deverá ser do conhecimento de todos os profissionais e ativado de acordo com o tipo de gravidade da situação, por níveis, de forma gradual e sequencial.

O plano começa com a distinção dos cenários, sendo evidenciado no plano que a cenarização é fundamental para definir a tipologia de vítimas mais prevalente e, por isso, permitir o estabelecimento de uma estratégia orientada para as necessidades. A causa, a dimensão e o local do acidente ou da ocorrência do foro médico são relevantes para estabelecer, nomeadamente, a tipologia do cenário, o perfil e número das vítimas, o *timing* da resposta a estabelecer, o ritmo previsível de chegada das vítimas, os principais interlocutores operacionais e as necessidades sociais associadas.

Após os cenários, o plano inclui o comando e controlo, definindo quem irá liderar as operações em caso de ativação do Plano de Emergência Externa. Esse responsável será o Coordenador de Emergência, que é definido com base na sua presença no hospital, podendo ser o responsável de equipa de urgência, o diretor do SU, ou o Presidente do Conselho de Administração.

Em outro capítulo do Plano de Emergência Externa, são abordadas as comunicações, indicando que a comunicação operacional deve ser, preferencialmente, via rádio. Como alternativa, é recomendado o uso de telemóveis e telefones fixos.

Seguidamente, encontra-se é identificada a fase de alerta/ativação e desativação do plano. A situação de alerta é declarada pelo Coordenador de Emergência se presente no Hospital, após a recolha de informação e confirmação da existência de uma ocorrência com potencial elevado número de vítimas a serem encaminhadas para o SU. Essa informação poderá chegar de diversas formas, como por meio de relato de vítimas, meios de comunicação social ou, mais provavelmente, através de informações do INEM ou Proteção Civil.

A decisão de ativação do Plano de Emergência Externa compete ao elemento mais elevado da cadeia de decisão presente no hospital, quando se verificar uma das seguintes condições: chegada ao SU de elevado número de vítimas, resultante de uma ocorrência externa; ou informação inequívoca proveniente de agentes externos (como INEM ou Proteção Civil) sobre a existência de uma ocorrência com elevado número de vítimas, com previsão de encaminhamento para o SU do hospital, em que se consubstancie uma situação que ultrapasse a capacidade instalada e não seja possível incrementar essa capacidade de resposta através da reorganização interna, sem impactar a atividade normal das áreas do hospital externas ao SU, ou sem ativação de recursos extraordinários.

A decisão de desativação do Plano de Emergência Externa compete ao elemento mais elevado da cadeia de decisão presente no hospital, quando se verificarem as seguintes condições: a ocorrência tiver sido declarada terminada pelo INEM/Proteção Civil; ou a informação confirmada sobre o número de vítimas ainda existentes no local da ocorrência e com destino ao SU for considerada compatível com a operação normal; ou o número de vítimas ainda no SU permitir retornar à configuração normal do serviço; e quando for possível recuperar a operação normal nas restantes áreas hospitalares.

No documento relativo ao Plano de Emergência Externa Hospitalar são ainda diferenciados os níveis de ativação do plano que poderá ser dividido em três, sendo estes os seguintes: Nível um: Resposta hospitalar sem impacto na atividade programada ou com interrupção de atividade programada < 25%. Nível dois: Resposta Hospitalar com interrupção de atividade programada 25- 50% Nível três: Resposta Hospitalar com interrupção de atividade programada > 50%.

Numa fase seguinte é recomendada a realização de triagem de prioridades. Com recurso a quatro postos de triagem a capacidade de triagem é de cerca de 80 doentes/hora, pelo que apenas deve ser considerada a suspensão da Triagem de Manchester e o início de uma triagem de catástrofe quando o número de vítimas entradas ultrapassar esse ritmo. Caso tal venha a ser necessário, é recomendado o recurso ao protocolo START nas vítimas que se dirigem a uma ou mais áreas do SU, sendo dividido em área vermelha, amarela, verde e preta.

É pertinente destacar que plano inclui a resposta a pessoas/entidades externas, com atenção especial às famílias. Foi prevista uma área de apoio a familiares, com presença de enfermeiros, bem como de elementos da Equipa de Voluntariado e do Serviço de Psicologia.

É ainda formulada uma área de apoio aos *media* assim como às autoridades.

Durante toda a situação, são realizados registos do que for ocorrendo. Existe um gravador para esse registo e também poderá ser utilizada uma *app* partilhada, que será disponibilizada para esse fim.

Por fim, como forma de avaliação, a Comissão de Emergência e Catástrofe do hospital realiza uma análise no prazo máximo de dez dias após a receção do relatório final da ocorrência. Dessa avaliação, resultarão recomendações para uma eventual revisão do Plano de Emergência Externa.

Para efetivação deste Plano de Emergência Externa, é importante ressaltar a relevância da formação e treino, incluindo a realização de simulacros, assim como a revisão do plano a cada três anos pela Comissão de Emergência e Catástrofe.

Para facilitar a operacionalização deste plano, estão incluídos anexos com cartões de ação para os coordenadores de cada área, detalhando suas funções. Também há uma planta hospitalar que identifica as áreas de atendimento de acordo com a triagem realizada, além de cartões com sinaléticas para facilitar a identificação dos espaços e coletes para identificação de profissionais conforme suas funções.

Por sua vez, e passando a focar no Plano de Emergência Externa do Hospital onde realizei a minha prática em contexto de UCICT, o mesmo foi elaborado em 2022, com o objetivo de sistematizar normas e circuitos, promovendo uma melhor organização da resposta do hospital às necessidades específicas que possam surgir. Este plano visa prevenir, predizer e reagir, face a constrangimentos externos.

A ativação do plano, segundo o documento que consultei, é da competência do responsável de equipa, tendo por base o nível de ativação estabelecido.

O plano é diferenciado atendendo aos diversos níveis de ativação. Perante uma situação de nível I, espera-se que, de acordo com o número e a tipologia de admissões, os doentes sejam tratados pelo pessoal em funções no SU no momento. Numa situação de nível II, a ativação é feita por decisão inicial do responsável de equipa ou pelo Centro de Controlo Nível I, uma vez esgotada a capacidade desse nível de operação, presumindo-se que o hospital deve resolver a situação com todos os recursos disponíveis. De salientar que, ao ativar este nível, a Triagem de Manchester é substituída pela triagem em situações de catástrofe. A triagem recomendada é a START para a triagem primária, dividindo as zonas de atendimento em zona vermelha, amarela, verde e preta. Posteriormente, é recomendado o uso da escala TRTS para a triagem secundária.

De referir que para este nível, já é indicado uma zona para acolhimento aos familiares por pessoal especializado do serviço de psicologia, social e apoio espiritual e religioso, atendendo às crenças dos requerentes e consoantes as possibilidades imediatas de resposta.

Esgotados os níveis I e II, o hospital entrará em nível III, o que implica a ocorrência de uma catástrofe comunitária e envolverá todo o pessoal do quadro hospitalar. Para este nível é de salientar duas fases: a fase de emergência e a fase de reabilitação. Para a fase de emergência é recomendado diligenciar a montagem de unidades de atendimento a sinistrados; assegurar a assistência médica e medicamentosa à população; coordenar as ações de mortuária; organizar o registo de feridos e mortos; elaborar relatórios de situação, imediatos, periódicos ou finais, enviando-os às comissões de catástrofe envolvidas.

Na fase de reabilitação é indicado garantir o acompanhamento médico e psicológico da população afetada; elaborar relatórios de situação, imediatos, periódicos ou finais, enviando-os às comissões de catástrofe envolvidas, de forma a mantê-las sempre informadas sobre a situação e sua evolução.

Com a análise dos planos de emergência descritos anteriormente e com base na discussão realizada com os enfermeiros orientadores, foi possível compreender que há uma preocupação em seguir as recomendações emanadas pelo *Medical Response do Major Incidents and Disasters* (MRMI), sendo estas orientações internacionais para a gestão de catástrofes.

Uma das unidades de competência referente às situações de emergência, exceção e catástrofe, em concordância com o Regulamento nº 429/2018, faz referência à preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. Nesta vertente, a fim de desenvolver competências foram importantes os conteúdos lecionados nas aulas do Mestrado em EMC e ter frequentado o seminário incluído na Unidade Curricular de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, intitulado como "Colheita, Preservação e Documentação de vestígios Forenses", pois com o mesmo permitiu-me estar alerta para determinados aspetos para uma atuação adequada no contexto prático. O referido seminário foi palestrado pelo enfermeiro Albino Gomes, Doutorado em Ciências Forenses, que partilhou experiências vivenciadas em contexto real, elucidando para particularidades na abordagem destas vítimas e preservação de vestígios forenses, atendendo à cadeia de custódia.

Farias et al. (2024) descrevem a cadeia de custódia como o processo de preservação e documentação de evidências ou amostras biológicas em situações que envolvam investigações legais ou forenses, onde o enfermeiro combina conhecimentos de enfermagem com princípios legais e forenses para fornecer cuidados de saúde a pessoas envolvidas em questões legais, preservando e protegendo a integridade das amostras, assegurando que os testes sejam precisos e confiáveis.

Desta forma, com base em tudo o que fora referido, embora ao longo dos meus ensinos clínicos não tenham ocorrido situações de catástrofe ou indícios de prática criminosa, destaco a importância das atividades implementadas ao longo da unidade curricular de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe do Mestrado que integrei. A identificação dos planos de emergência perante este tipo de situações, nos diferentes hospitais que desenvolvi os ensinos clínicos permitiu-me uma melhor compreensão da dinâmica envolvida, além de contribuir para o desenvolvimento de competências nesta área.

2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, é expectável que o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, responda eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), as IACS são definidas como infeções documentadas após 48 horas de permanência da pessoa na instituição de saúde e que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão. Estas infeções constituem a complicação mais frequente dos internamentos hospitalares e poderão também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Na Europa, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2013) relatou que mais de quatro milhões de pessoas adquirem anualmente uma IACS na União Europeia, das quais cerca de 37000 morrem como consequência direta da infeção.

Em Portugal, a Direção-Geral de Saúde (2022) reconhece as IACS como um problema nacional que compromete o tratamento adequado da pessoa, sendo um fator significativo para o aumento das taxas de morbilidade e de mortalidade, além de ter um impacto económico importante.

De acordo com o relatório do SESARAM (2021) "a prevalência das IACS … em 2012 foi de 14,4 %, ultrapassando a taxa nacional (10,5 %); em 2017 foi estimada em 8,3 % (redução de 6,1 %). A taxa de utilização de antimicrobianos tem vindo a decrescer desde 2010..." (p.12).

Em 2017, a Direção-Geral da Saúde alertava que as IACS e a resistência aos antimicrobianos poderia resultar em até 10 milhões de mortes por ano até 2050, se não forem adotadas medidas adequadas.

Aktar et al. (2016), por sua vez, já salientavam que esta complicação tem um impacto significativo, tanto no doente, por estar associada a uma elevada morbimortalidade e a internamentos mais prolongados, como nos próprios sistemas de saúde, por implicar aumento dos custos, aumento das resistências aos antimicrobianos e piores resultados nos indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

Em conformidade com o Despacho 1400-A/2015 o uso maciço de antimicrobianos, e frequentemente inadequado, promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes apenas suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento difícil.

Em dezembro de 2022 foi apresentado o novo relatório da Organização Mundial de Saúde, que resume os dados obtidos em 2020 sobre as taxas de resistência a antimicrobianos produzido em colaboração com os Estados Membros. Este relatório revela elevados níveis, acima dos 50%, de resistência a bactérias causadoras de sépsis, bem como o aumento da resistência a tratamentos de diversas bactérias.

Ao longo dos anos, e tendo em conta o grande impacto a nível do doente e sistemas de saúde, temos assistido ao desenvolvimento de uma estratégia multimodal para reduzir as IACS, bem como minimizar os seus efeitos quando estas surgem.

Em 2013, o despacho n.º 15423/2013 referia que Portugal era um dos países da União Europeia com as mais elevadas taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, e que, na prática, a prescrição de antibióticos não estava a ser feita da maneira mais adequada, com uma taxa de resistência a antimicrobianos preocupante. Atendendo a esta realidade, o despacho determinou a criação de um programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), resultante da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana, definindo as suas linhas de atuação, com seguintes objetivos gerais: reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, promover o uso correto de antimicrobianos e a diminuir a taxa de microrganismos resistentes a antimicrobianos.

De acordo com os dados do Relatório anual do PPCIRA da Direção-Geral da Saúde (2022), entre 2015 e 2020, Portugal assistiu a um decréscimo na incidência das infeções em meio hospitalar. Considerando a taxa de incidência por 1000 dias de dispositivo, a taxa de incidência da pneumonia associada ao tubo endotraqueal diminuiu de 6.6% para 5%, assim como a traqueobronquite associada ao tubo endotraqueal, que passou de 5% para 4.2%. Por sua vez, a taxa de incidência da bacteriemia associada ao cateter venoso central assistiu igualmente a uma redução, embora com alguma variação ao longo dos anos. Entre 2015 e 2018, houve uma redução de 1.3% para 0.7%, mas entre 2018 e 2020 verificou-se um aumento para 1.2%, embora ainda ligeiramente inferior, comparativamente ao ano de 2015.

A Direção-Geral da Saúde (2022) evidencia igualmente que a resistência a antimicrobianos teve uma tendência decrescente em Portugal desde 2013. Decréscimo este,

relacionado com a criação do PPCIRA. A Direção-Geral da Saúde (2022) reporta que a resistência do *Enterococcus faecium* à vancomicina, do *Acinetobacter spp* a carbapenemes e da *Pseudomonas aeruginosa* a pelo menos três classes de antibióticos a que normalmente é sensível, não só foram decrescentes, como apresentam, em 2020, valores inferiores à média europeia, respetivamente 8% versus 17% em 2013; 15% em 2020 versus 38% em 2013; e 11% em 2020 versus 12% em 2013. A mesma fonte destaca que o decréscimo de resistência do *Acinetobacter* aos carbapenemes é particularmente significativo, diminuindo de 70% em 2013 para 15% em 2020. A taxa de resistência do *Staphylococcus aureus* à meticilina em 2020 foi de 29,7%, acima da média europeia (16,7%) e a quarta mais elevada entre os 29 países europeus participantes, mas marcadamente inferior à taxa de 54% que ocorria em 2012.

Considerando a realidade das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos, é fundamental que os profissionais de saúde se envolvam na adoção de boas práticas para a prevenção e controlo dessas infeções.

Desta forma, a Direção-Geral da Saúde (2013a) certifica que foram criadas medidas universais, denominadas precauções básicas de controlo de infeção, que se destinam a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou desconhecidas. É de salientar, de acordo com a mesma entidade, as medidas adicionais, que se denominam precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às precauções básicas, mas não as substituem.

A Direção-Geral da Saúde (2013a) enuncia que as precauções básicas de controlo de infeção são compostas por dez itens, que se apresentam numa abordagem global. Estes dez itens são compostos por: colocação de doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

É fulcral destacar a importância dos feixes de intervenções de forma a uniformizar a atuação do enfermeiro. Foi possível compreender, durante a minha prática clínica neste ensino clínico que são considerados os feixes de intervenção como estratégia para a prevenção e controlo da infeção.

Os feixes de intervenções, seguindo o referido pela Direção-Geral da Saúde (2022) consistem num conjunto de intervenções ou boas práticas, baseadas na melhor evidência disponível, que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor

resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente.

A Direção-Geral da Saúde (2017b) ressalva que a redução das IACS assenta principalmente na estratégia de promoção de boas práticas de precauções básicas do controlo de infeção e implementação dos feixes de intervenções de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos.

Exemplos de feixes de intervenções atendendo aos tipos de infeção são: infeção do trato urinário, cateter venoso central, pneumonia associada à intubação, infeção associada à ferida cirúrgica, sendo estas normas emanadas, atualizadas e disponibilizadas pela Direção-Geral da Saúde.

De facto, foi possível verificar a presença de vários dispositivos invasivos, associado ao estado clínico da PSC, que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de infeções. Desta forma, o enfermeiro além de implementar medidas preventivas, deve estar desperto para sinais e sintomas de infeção que possam estar associados a estes dispositivos.

Ao longo de todo a minha prática, tive em atenção as medidas de prevenção e controlo da infeção, nomeadamente no recurso às precauções básicas de controlo da infeção, assim como no cumprimento dos feixes de intervenções preconizados pela Direção-Geral da Saúde e cumpridos nos serviços.

Associada aos tipos de infeção salientados anteriormente, segundo o Despacho n.º 2757/2017 publicado no Diário da República nº66 de 3 de abril de 2017, em 2016 a Direção-Geral da Saúde, através do PPCIRA celebrou um acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar, onde surgiu o projeto "*STOP* Infeção Hospitalar!" que se baseia num processo de melhoria contínua e que visa a adoção de boas práticas, baseadas na melhor evidência técnico-científica disponível. No âmbito deste projeto, pretende-se diminuir em 50% em três anos a incidência de um conjunto de infeções hospitalares, diminuindo a mortalidade, a morbilidade, os tempos de internamento e os custos globais.

Foi possível compreender que os hospitais nos quais tive oportunidade de implementar a minha prática estão incluídos no projeto mencionado anteriormente, sendo visível a preocupação dos profissionais com a prevenção da infeção, dado nestes serviços serem realizados inúmeros procedimentos como a colocação de cateteres vesicais, cateteres centrais e intubação orotraqueal, procedimentos com os quais muitas das IACS estão associadas, tanto na colocação quanto na manutenção desses dispositivos. Nesses contextos, o papel do enfermeiro é fundamental, pois exerce uma grande influência na prevenção das

infeções, tanto na implementação das medidas de prevenção e contenção junto da equipa multidisciplinar, quanto no acompanhamento da pessoa e família.

Desta forma, reconhecendo o papel do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção, aceitei o desafio proposto ao grupo que estava a realizar o ensino clínico no mesmo período no SMI, para desenvolver uma formação em serviço, inserida no Projeto "STOP Infeção Hospitalar!". O objetivo geral da formação foi transmitir as atualizações referentes ao feixe de intervenções para a prevenção e redução das IACS, à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Como objetivos específicos para a formação, o grupo definiu os seguintes: analisar os indicadores associados às IACS; alertar o público-alvo para as atualizações referentes ao feixe de intervenções para a prevenção e redução das IACS; sensibilizar para a aplicação do feixe de intervenções das diferentes IACS na prática clínica diária; esclarecer o público-alvo sobre dúvidas associadas à formação; fornecer um documento de apoio alusivo à formação aos participantes.

Os feixes de intervenções destacados na formação incluíram a Pneumonia Associada à Intubação, Infeção associada ao Cateter Venoso Central e a Infeção do Trato Urinário associada ao Cateter Vesical, uma vez que estas são, as infeções mais frequentes nas Unidades de Cuidados Intensivos, o que possibilitou a continuidade da formação em serviço.

O plano de formação, assim como o documento de apoio fornecido aos participantes na formação, foram anteriormente validados pela docente orientadora, tal como pelo elo de ligação do serviço que se encontra com a responsabilidade do programa "STOP Infeção Hospitalar!". O documento fornecido aos participantes na formação teve o principal objetivo de possibilitar a consulta rápida, em caso de dúvidas, das informações apresentadas.

A formação decorreu no dia 14/12/2023, com a presença de nove participantes (enfermeiros do serviço, que interagiram ativamente durante a sessão, demonstrando interesse e reconhecendo a pertinência da formação para o serviço. A formação abordou as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da infeção, estabelecendo estratégias pró-ativas a serem implementadas com base na evidência mais atual. Considero que a formação decorreu de forma muito satisfatória, destacando a sua relevância para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista.

Deste modo, compreendo que a prevenção e controlo da IACS é sem dúvida uma prioridade, que necessita da atenção dos profissionais e que embora seja constatada melhoria e uma redução efetiva nas taxas de infeção, ainda temos um longo caminho a percorrer.

Neste sentido, e tendo por base tudo o que fora referido anteriormente, é possível constatar que durante o meu percurso conduzi a minha prática zelando pelos cuidados prestados, cumprindo com as orientações de prevenção e controlo da infeção com o intuito de promover um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem.

Nesta linha, constituindo a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mereceu toda a atenção no sentido de colmatar, aprofundar conhecimentos, desenvolver competências, assim como dar o meu contributo.

Assim, e tendo em consideração o trilho de atividades desenvolvidas nos diversos contextos de prática, foi possível o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC. No entanto, o processo de desenvolvimento das mesmas é contínuo pelo que não considero que esteja concluído, de modo que, continuarei a aprimorar estas competências ao longo do meu percurso pessoal e profissional, rumo à melhoria contínua e excelência dos cuidados prestados.

3. DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO DESENVOLVIMENTO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O ingresso neste nível de ensino surgiu com o propósito de maximizar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Neste sentido, após cerca de três anos de experiência profissional, surgiu a necessidade e oportunidade de desenvolver competências especializadas, mais precisamente em EMC e especificamente na área de enfermagem à PSC. O meu percurso profissional iniciou-se com a prestação de cuidados de enfermagem a adultos e idosos em contexto de unidade de longo internamento. Com a admissão no SESARAM em 2023, tive a oportunidade e privilégio de exercer funções no Serviço de Cardiologia e de Cirurgia Cardiotorácica, que engloba a enfermaria, a Unidade de Tratamento Intensivo Coronário, Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos e Laboratório de Hemodinâmica. De salientar, que desde cedo o Cuidar da Pessoa com Afeção Cardíaca sempre foi uma temática alvo do meu interesse, sendo que se intensificou com o exercício das minhas funções neste serviço, tendo para mim toda a pertinência o ingresso neste mestrado, por forma a adquirir conhecimentos e competências especializadas que me permitam uma tomada de decisão e prestação de cuidados segura e eficiente.

O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patrícia Benner (2001), defende que a competência do enfermeiro se desenvolve a partir da experiência adquirida pela prática, conjugada com a capacidade de analisar e tomar decisões atendendo a sua perceção do que é relevante em cada situação. Argumenta ainda, que excelência do exercício da profissão, passa não só, mas também pela participação na prática. Neste momento, e refletindo sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Benner, enquadro-me nos primeiros níveis de competência, atendendo aos meus quatro anos de experiência profissional. No entanto, não encaro como uma fragilidade, mas como um incentivo na busca de conhecimentos e formação contínua, recorrendo ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica como uma oportunidade de melhoria dos cuidados, com vista à excelência dos mesmos. Não obstante, o processo de desenvolvimento de competências não é estanque, pelo que perspetivo um longo percurso profissional, rico em experiências e em conhecimentos, que me permitirão desenvolver gradualmente o domínio clínico, rumo à perícia.

Deste modo, o presente capítulo prende-se com a demonstração do percurso de desenvolvimento de competências de grau Mestre. Estas encontram-se plasmadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. O referido documento, no artigo 15.º do capítulo

III, indica que o grau mestre pode ser obtido no decurso de uma especialidade. Para tal, o mesmo é conferido aos que demonstrem um conjunto de competências que passarei a analisar, individualmente.

Tendo por base o Decreto-Lei n.º 65/2018, pressupõe-se que os enfermeiros que são reconhecidos com grau de mestre possuam conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

"i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;" (p. 4162).

Deste modo, considero importante sublinhar que o percurso académico realizado ocorreu com uma base de conhecimentos sólida, nomeadamente com o Curso de Licenciatura em Enfermagem e com o presente Mestrado em EMC, que me possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área do cuidar, mais precisamente da PSC, desde o SU à unidade de cuidados intensivos.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 em análise reconhece que este grau de mestre é conferido aos enfermeiros que: sabem aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares; detêm capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Ao longo deste percurso formativo, surgiram diversas oportunidades promotoras do desenvolvimento das desejadas competências de mestre. De forma geral, afirmo que todos os ensinos clínicos contribuíram para o desenvolvimento dessas competências, especialmente na tomada de decisão e reflexão, bem como na resolução de situações complexas, que representam verdadeiros desafios na prática diária de enfermagem à PSC. Um exemplo disso são as situações de emergência, em contexto sala de emergência, onde o limiar entre a vida e a morte é extremamente ténue, assim como perante a deteção de focos de instabilidade em contexto de UCI, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial no processo de tomada decisão, baseando-se no seu corpo de conhecimento sólidos.

No decurso das minhas práticas clínicas, tive a oportunidade de vivenciar um conjunto de experiências que me permitiram aprofundar conhecimentos técnico-científicos no cuidar da PSC.

No que concerne as oportunidades que surgiram ao longo das práticas clínicas, foi possível demonstrar a minha capacidade de mobilização de conhecimentos e o raciocínio implícito, além de ter promovido a minha capacidade de resolução de problemas perante situações novas e não familiares.

Na minha prática clínica de opção, em contexto do cuidado à pessoa com afeção cardíaca crítica, adquiri competências num ambiente novo para mim, saindo da minha zona de conforto. Deste modo, prestei cuidados especializados, baseados na pesquisa da mais recente evidência científica, e participei de momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores. Esses momentos de reflexão permitiram a minha evolução tanto enquanto futura enfermeira especialista quanto enquanto pessoa, pois desenvolvi competências tanto pessoais quanto profissionais. Concomitantemente, pude contribuir para o enriquecimento das equipas nas quais fui integrada, uma vez que, por meio das oportunidades de pesquisa decorrentes da prática clínica, discutia os resultados encontrados com os enfermeiros orientadores e com os restantes elementos da equipa, traduzindo-se em momentos de partilhas de conhecimento e de experiência profissional com a equipa multidisciplinar.

O sucesso obtido nas práticas clínicas resultou do contributo imprescindível da evidência científica, permitindo-me consolidar uma prática baseada na evidência mais recente e fidedigna e assim ser possível a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Tendo por base o meu foco em adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica no decurso do Mestrado, evidenciei a construção de conhecimentos tendo por base uma metodologia de ensino-aprendizagem, com a realização de diversos trabalhos. Para cada ensino clínico, delineei um conjunto de objetivos, com a elaboração de planos de estágio para cada prática clínica, os quais considero imprescindíveis para uma melhor compreensão das etapas inerentes à consecução dos mesmos. Durante esse processo, identifiquei as atividades a serem desenvolvidas ao longo do tempo disponível e, consequentemente, as competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, assim como as de Mestre.

Dos trabalhos realizados ao longo do Mestrado, destaco a pertinência do projeto de autoformação, pois a sua metodologia permitiu-me desenvolver a capacidade de raciocínio, de forma autónoma, selecionando a minha área de interesse e compreendendo o caminho a percorrer para a aquisição dos objetivos pretendidos.

Das competências desenvolvidas neste âmbito, destaco a abordagem precisa à pessoa com afeção cardíaca crítica, mais especificamente em choque cardiogénico, condição

na qual o enfermeiro especialista desempenha um papel preponderante na vigilância hemodinâmica, identificando eventuais focos de instabilidade, garantindo a perfusão periférica e favorecendo a recuperação cardíaca.

Enalteço as oportunidades de reflexão crítica proporcionadas pelos diferentes ensinos clínicos, destacando a oportunidade de realizar reflexões com base na metodologia do Ciclo de Gibbs. Essas reflexões permitiram-me confrontar as minhas emoções diante de situações alvo de reflexão, avaliando e justificando o meu pensamento e atuação com base na evidência científica, com o objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados e preparar-me para contextos semelhantes. A criação destes momentos de reflexão sobre as intervenções, implicações e responsabilidades éticas e sociais incentivaram-me a querer fazer mais e melhor, tornando a prática de enfermagem mais segura, com qualidade e excelência.

O estudo de caso realizado no âmbito do último semestre, refente ao módulo I do Estágio com relatório em UCI, permitiu-me aprofundar conhecimentos na aplicação do Processo de Enfermagem com base na teórica de Nancy Roper. Este estudo de caso constituiu uma mais-valia na organização do pensamento, uma vez que esta ferramenta forneceu uma base científica sólida para a elaboração de diagnósticos e intervenções fundamentadas. Essas intervenções revelaram-se essenciais para a minha prática clínica, permitindo uma atuação crítica e justificada, com potenciais ganhos em saúde. Nesta prática clínica, tive a oportunidade de cuidar de uma pessoa com afeção cardíaca crítica, mais precisamente em choque cardiogénico e falência multiorgânica. Esta experiência foi extremamente enriquecedora, marcando o início do meu estudo na minha área de interesse.

Assim sendo, e considerando todas as oportunidades de aprendizagem que tive ao longo deste Mestrado, concluo-o com a compreensão do papel crucial que enfermeiro especialista e mestre desempenha no cuidado à pessoa em situação crítica, combinando conhecimentos avançados e habilidades clínicas especializadas que o capacitam a intervir de forma rápida e eficaz em situações críticas, definindo prioridades e detetando focos de instabilidade.

O Artigo 15.º do Decreto-Lei n. º65/2018 em análise, pressupõe que os enfermeiros a que seja reconhecido o grau mestre sejam "capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades" (p.4162).

Ao longo desta caminhada de aquisição de competências de mestre, e na realização dos diversos trabalhos elaborados no decorrer das unidades curriculares teóricas do

Mestrado, assim como o Estudo de Caso incluído no Módulo I do estágio com relatório, tive diversas oportunidades de discussão com os docentes orientadores e os colegas. Considero que fui capaz de comunicar de forma eficaz e assertiva, recorrendo a terminologia científica adequada para chegar às conclusões sobre os cuidados à pessoa em situação crítica. As transmissões de informações relativas aos cuidados, como as passagens de turno e transferência de doentes, também foram momentos de grande aprendizagem, nos quais tive oportunidade de transmitir dados pertinentes de forma organizada, clara, assertiva e objetiva, promovendo a continuidade dos cuidados.

Atendendo à pertinência da comunicação na transmissão de informação, no decorrer deste trajeto, perante a identificação das necessidades em matéria de formação nos serviços, realizei formações com vista à melhoria contínua da qualidade dos serviços, entre as quais com o intuito de fornecer estratégias para a prevenção de eventos adversos e garantir a segurança na comunicação clínica na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica, recorrendo à mnemónica ISBAR. Estas formações foram desenvolvidas ao longo do módulo II do Estágio com Relatório, nos serviços que constaram na Opção Clínica. Outra formação que tive a oportunidade de implementar foi relativa às atualizações dos feixes de intervenção na prevenção das infeções, incluídas na PPCIRA. A referida formação foi implementada no Ensino Clínico II, proposta por um enfermeiro com funções na área da gestão do serviço.

Nas formações implementadas, fui capaz de comunicar de forma clara, os conhecimentos e raciocínios, tanto a especialistas, como a não especialistas, permitindo à equipa um momento de reflexão com vista à melhoria dos cuidados.

Destaco ainda para conclusão deste percurso, a discussão em prova pública do presente relatório que dará resposta ao enunciado supramencionado.

Por fim, a última competência destacada no Artigo 15.º do Decreto-Lei n. º65/2018, respeitante às competências de mestre, evidencia que o profissional com este nível académico, detêm de "competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (p. 4162).

Considero que a minha responsabilidade profissional me impeliu desde o término da licenciatura a procurar novos desafios e conhecimentos em áreas do meu interesse e que contribuíssem para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo sido este pensamento, de procura pela melhoria da prestação de cuidados, que me levou a ingressar pelo Mestrado.

Destaco, deste modo, a frequência no curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa e práticas laboratoriais direcionadas no contexto de

Suporte Avançado de Vida, Suporte Avançado em Trauma, Transporte do doente Crítico e ainda uma Simulação de um cenário multivítimas na Proteção Civil da RAM, sendo estes integrantes no Mestrado.

As práticas laboratoriais supramencionadas, constituíram momentos de aprendizagem a destacar nesta caminhada, pois permitiram aplicar os conhecimentos resultantes da componente teórica na prática clínica, com situações e casos clínicos diversos, com a finalidade de promover o treino e capacitação para a garantia de uma atuação rápida e adequada perante uma situação real.

A participação no simulacro no Serviço Regional de Proteção Civil anteriormente referido, permitiu-me aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo deste período perante uma situação de catástrofe. Com esta atividade, foi possível atuar em consonância com a metodologia MRMI, compreendendo as suas fases inerentes de forma mais profunda.

Enfatizo neste percurso a participação no seminário "Colheita, Preservação e Documentação de vestígios Forenses", fornecido pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Este seminário alertou-me para determinados aspetos a ter em conta no contexto prático, nomeadamente na abordagem à pessoa vítima de crime, garantindo os cuidados de saúde com atenção à cadeia de custódia.

Considero que a frequência no curso de interpretação do traçado eletrocardiográfico em 2021, através da Madeira Emergência, constituiu uma mais-valia no meu percurso que me levou a compreender a eletrofisiologia do coração e possível interpretação do traçado eletrocardiográfico. Curso este de duração de 15h, que me facultou bases que considero terem sido fundamentais para uma correta análise de eletrocardiogramas, sendo algo que faz parte da minha prática diária, constituindo este um importante meio na identificação de possíveis focos de instabilidade.

Para além do que já fora anteriormente referido, ressalvo ainda para a frequência do curso *online* referente ao sistema de compressão torácica LUCAS, sendo este um equipamento que faz parte da sala de emergência, utilizado frequentemente em situações de paragens cardiorrespiratórias. Com este curso e com o manuseio do equipamento na prática clínica de Serviço de Urgência, foi possível desenvolver conhecimento sobre as suas indicações e particularidades.

A formação realizada, aprofundada com a realização do Mestrado, permitiu-me desenvolver conhecimentos técnicos, científicos e ainda o meu autoconhecimento e a assertividade, que me ajudaram a lidar com situações complexas do ponto de vista pessoal e

profissional, prestando cuidados de forma antecipatória, prevendo focos de instabilidade, garantindo a prestação de cuidados de qualidade, em tempo útil.

Em retrospetiva, considero que, ao longo deste mestrado tive a oportunidade de vivenciar experiências extremamente proveitosas que me capacitaram para o cuidar da PSC e sua família/pessoa significativa. Foi possível demonstrar um nível de conhecimentos e compreensão congruentes com o grau de Mestre em Enfermagem, os quais reconheço como resultado de um processo contínuo de desenvolvimento de saberes implícitos ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, conforme narrado ao longo deste relatório.

De referir que este mestrado me proporcionou uma aprendizagem constante, que não termina com a realização desta etapa, pois o findar da mesma é só o começo de uma aprendizagem contínua ao longo da vida, fundamental para a garantia da excelência dos cuidados prestados, cumprindo com o compromisso da melhoria contínua dos mesmos.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório de estágio permitiu a análise crítico-reflexiva do percurso formativo efetuado para a aquisição de competências de especialista e de mestre ao longo de toda a caminhada percorrida e dos diversos ensinos clínicos, integrados no Curso de Mestrado em EMC, onde visou o cuidar da pessoa em situação crítica.

No decorrer das práticas clínicas, tive a oportunidade de cuidar da pessoa com afeção cardíaca crítica, assim como com outras situações de doença, nos diversos contextos que inclui desde o SU às diferentes unidades de cuidados intensivos. Das competências desenvolvidas neste âmbito destaco a abordagem precisa à pessoa com afeção cardíaca crítica, mais precisamente em choque cardiogénico.

De destacar, os ensinos clínicos, onde desenvolvi as minhas práticas clínicas, dado estes serem contextos altamente diferenciados e que me permitiram o desenvolvimento de competências nos vários domínios.

Com a realização dos diversos planos de estágio e relatórios, foi possível compreender as etapas inerentes à consecução dos objetivos delineados para cada ensino clínico, identificando as atividades a serem desenvolvidas ao longo do tempo disponível, para o alcance dos mesmos e consequentemente, das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Apesar da aquisição de competências de especialista ser um processo complexo e que requer tempo e dedicação, considero que com a concretização dos relatórios de estágio e a elaboração do projeto de autoformação, tornou mais simples a visualização das etapas a percorrer, constituindo desta forma, um guia para a realização dos Ensinos Clínicos.

A orientação por parte dos professores orientadores e enfermeiros tutores ao longo deste percurso é algo de destacar, dado os mesmos já terem percorrido estas competências e serem uma mais-valia na orientação do projeto de autoformação, com vista a ser exequível a aquisição das desejadas competências.

Ao longo da prática do meu exercício profissional mantive como foco a excelência dos cuidados, identificando-me com a necessidade de desenvolver um pensamento crítico-reflexivo, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família.

Demonstrei ter uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil e que contempla a pessoa em situação crítica de uma forma holística, fundamentando a minha prática na evidencia e refletindo essa abordagem através deste relatório de estágio.

Pela descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos estabelecidos considero, por conseguinte, ter dado visibilidade à aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos termos do Regulamento nº 140/2019 e ainda as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nos termos do Regulamento n.º 429/2018, emitido pela Ordem dos Enfermeiros.

Simultaneamente, desenvolvi as competências de mestre, com base no Decreto-lei n.º 65/2018, no que se refere à aquisição de conhecimentos técnico-científicos, à capacidade em integrar esses conhecimentos, à formulação de juízos, à tomada de decisão e à apresentação de soluções, bem como à aptidão para divulgar os conhecimentos adquiridos e à prática de autoformação contínua.

Finalizo assim, este percurso avaliando-o positivamente e com a certeza de que futuramente enquanto enfermeira especialista pretendo não só primar pela diferença, como prestar os melhores cuidados, sendo estes especializados e diferenciados, com o compromisso pela garantia da excelência do cuidar.

Todavia, o percurso realizado não foi isento de dificuldades, destacando-se como desafio a gestão de tempo, na conciliação da atividade académica com a vida profissional e pessoal. Destaco, ainda, o facto de ter-me deslocado para fora da RAM para realizar o estágio de opção, o que me colocou fora da minha zona de conforto, num ambiente desconhecido e distinto da minha realidade profissional quotidiana, quer pela sua dinâmica, imprevisibilidade e complexidade de situações que lhe são inerentes. Num permanente confronto com situações novas, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenrolou-se através de uma metodologia crítico e reflexiva, bem como de ensino-aprendizagem, na qual destaco, neste sentido, o papel dos meus enfermeiros tutores e da docente orientadora, dado os mesmos terem sido agentes facilitadores neste processo. Contudo, é de realçar que, ao longo deste percurso, fui capaz de desenvolver estratégias de adaptação, considerando ter sido um desafio que consegui superar com eficácia.

A principal dificuldade sentida na realização deste relatório foi a capacidade de síntese da análise crítica fundamentada, uma vez que foi notória a vontade de explanar todas as oportunidades de aprendizagens ao longo das práticas clínicas, onde as oportunidades foram vastas.

Serve ainda este relatório, como consciencialização, para que na minha prática profissional como futura enfermeira especialista, assuma os desafios que surjam, moldando-a de acordo com a evidência científica e assumindo cada um desses desafios como novas oportunidades de aprendizagem.

Considero assim, que o cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica é um desafio diretamente proporcional ao conhecimento adquirido, uma vez que acredito que quanto mais conhecimento e competência existe no enfermeiro, maior é o seu dever ético, e consequentemente maior a extensão e dimensão da necessidade do cuidar.

Desta forma, ser competente e conseguir atingir a eficácia tendo em conta o benefício da Pessoa em Situação Crítica, são processos complexos e que necessitam de conhecimento, sendo estes desenvolvidos ao longo do tempo e com prática. Desta forma, concluo este relatório com a convicção de que este constitui o início da minha caminhada na procura pela excelência dos cuidados de enfermagem especializados, com a ambição de poder contribuir na melhoria dos cuidados prestados, sendo estas metas que pretendo apurar ao longo de todo o meu percurso pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência.* https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos.* https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

Aguiar, G. A., Aguiar, M. A. (2019). Angioplastia coronária: desafios e possibilidades na assistência de enfermagem. *Revista Desafios*, 6(1), 87-99. http://dx.doi.org/10.20873/uft.23593652201961p87

Aktar, F., Tekin, R., Güneş, A., Ülgen, C., Tan, I., Ertuğrul, S., Köşker, M., Balık, H., Karabel, D., & Yolbaş, I. (2016). Determining the Independent Risk Factors and Mortality Rate of Nosocomial Infections in Pediatric Patients. *Biomed Res Int*. 10.1155/2016/7240864. 7240864.dvi (nih.gov)

Alves, F., & Sampaio, C. (2020a). *Cardiologia*. In J. A. Pinho. Enfermagem em Cuidados Intensivos (1ªed.) (pp.233-240). Lidel

Alves, F., & Sampaio, C. (2020b). *Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos*. In J. A. Pinho. Enfermagem em Cuidados Intensivos (1ªed.) (pp.69-80). Lidel

Amado, J., Gago, P, Santos, W., Mimoso, J., Jesus, I. (2016). Choque cardiogénico – fármacos inotrópicos e vasopressores. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(2), 681-695. https://www.revportcardiol.org/pt-pdf-S087025511630197

Amaral, T., & Coimbra, N. (2016). Acompanhamento do enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Nursing*, 1-5. https://www.researchgate.net/publication/296361837_Artigo_de_Opiniao_-_Acompanhamento_de_Enfermeiro_no_Transporte_Primario_do_Doente_Critico

American Heart Association (2017). Cardiopulmonary Ressuscitation in Adults and Children With Mechanical Circulatory Support. *Circulation*, 135(24), e1115-e1134. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000504

Araújo, G. N. M., Tsuboi, A. P., Machado, I. R., Souza, L. S., Mesquita, A. M. F., Fonseca, C. T. M., Lisboa, C. D., Almeida, L. F., & Paula, V. G. (2023). *Cuidados de enfermagem ao paciente com choque cardiogénico na unidade de terapia intensiva:*

um estudo de caso. https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-com-choque-cardiogenico-na-unidade-de-terapia-intensiva-um-estudo-de-caso

Asber, S., Shanahan, K., Lussier, L., Didomenico, D., Davis, M., Eaton, J., Esposito, M., & Kapur. (2020). Nursing Management of Patients Requiring Acute Mechanical Circulatory Support Devices. *Critical Care Nurse*. 40 (1). 1-11. https://doi.org/10.4037/ccn2020764

Benner, P, Kyriakidis, P. H., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (Second Edition). Springer Publishing Company, LLC.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto (translated from From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, London: Pearson Education).

Bernoche, C., Timerman, S., Polastri, T., Giannetti, N., Siqueira, A., Piscopo, A., Soeiro, A., Reis, A., Tanaka, A., Thomaz, A., Quilici, A., Catarino, A., Ribeiro, A., Barreto, A., Filho, A., Timerman, A., Scarpa, B., Timerman, B., Tavares, C. … Sako, Y. K. (2019). Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da sociedade brasileira de cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(3), 449-663. https://doi.org/10.5935/abc.20190203.

Camargo, N. C., Lima, M. G., Brietzeke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. (2019). Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 27(2), 326-340. Doi: 10.1590/1983-80422019272317

Caspe Healthcare Knowledge Systems. (2017). *Care quality, assurace and accreditation*. https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Flyers/Care%20quality-assurance-accreditation_brochure.pdf

Correia, I., & Martins, M. L. (2022). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 111-122. https://www.redalyc.org/journal/6777/677774252010/html/

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. http://dx.doi.org/10.33233/eb.v15i3.181

Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico & Tratamento*, 21(3). 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Dantas, C. C., Dantas, F. C., Brito, R. S., Furtado, P. S., Félix, B. M. & Pastor, A. T. M. (2018). Dilemas éticos na saúde: reflexões para a tomada de decisão. *Paraninfo Digital*. 12(28), 1-3. http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e051.pdf

Dantas, K. O., & Castro, L. C. (2019). Cuidados de enfermagem com dispositivo de assistência ventricular esquerda. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, 30(1), 45-52. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/dispositivo_assistencia_ventricular_esquerda.pdf

Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. **Diário da República** IA Série. 205 (04-09-1996). 2959-2962. [Consult. 29 dez. 2023] Disponível em WWW: < https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 4147-4182 [Consult. 04 abr. 2024]. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o agir*. Almedina.

Departamento da Qualidade na Saúde. (2023). Manual de Standards: Unidades de Gestão Clínica.

Despacho n. º9639/2018 **Diário da República** II Série. 198 (15-10-2018) 27533-27533[Consult. 04 abr. 2024]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11-08-2014) 20673-20678 [Consult. 10 jan 2024]. Disponível em WWW <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** II Série. 218 (09-11-2020). 180-182 [Consult. 01 jul. 2024]. Disponível em WWW: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015). 3882-(2) -3882-(10). [Consult 20 nov. 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 15423/2013. **Diário da República** II Série. 299 (26-11-2013). 34563-34565. [Consult. 15 fev. 2024] Disponível em WWW: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf

Despacho n.º 2757/2017 **Diário da República.** II Série. 66 (03-04-2017) 6153-6154. [Consult. 13 jan 2024]. Disponível em WWW <https://files.dre.pt/2s/2017/04/066000000/0615306154.pdf>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015). 13550-13553. [Consult. 16 fev. 2024] Disponível em WWW: < https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. **Diário da República** II Série. 187 (24-09-2021). 96-103. [Consult. 02 dez. 2023] Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho Normativo n. º713/94: Critérios de morte cerebral. **Diário da República** I Série. 235 (11-10-1994) 6160. [Consult. 19 nov. 2023] Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1994/10/235b00/61606160.pdf>

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2023a). *População residente (31 de dezembro), por distribuição geográfica e sexo, segundo os grandes grupos etários, índices de dependência e de envelhecimento, 2022.* https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografia-pt/demografia-quadros-pt/send/151-demografia-quadros/16188-estimativas-de-populacao-residente-31-de-dezembro-por-distribuicao-geografica-e-sexo-segundo-os-grandes-grupos-etarios-indices-de-dependencia-e-de-envelhecimento-em-2022-pdf.html

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2023b). *Estatísticas da Saúde da RAM 2022*. https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-01-45/saude-publicacoes-pt/category/38-saude-publicacoes.html

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular normativa Nº9/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2022). *Infeções e Resistências a Antimicrobianos: Relatório do Programa Prioritário PPCIRA*. https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-

controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2023). *Unidades de Saúde Certificadas – Modelo de Certificação do Ministério da Saúde.* https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/unidades-de-saude-acreditadas.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2005). *Carta dos direitos do doente internado.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI).* https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicasdo-controlo-da-infecao-pbci/

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.* https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.* https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 014/2015: Medicamentos de alerta máximo.* https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Orientação n.º 014/2015: Processo de Gestão da Medicação.* https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/6357/1/Orientacao%20014_2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf

Esangbedo, I. D., & Yu, P. (2022). Chest compressions in pediatric patientes with contínuos-flow ventricular assist devices: Case series and proposed algorithm. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 1-6. https://doi.org/10.3389/fped.2022.883320

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union.* ECDC. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf

European Society of Cradiology (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular diseade prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42, 3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484

Eurostat (2024). *Statistics Explained: Causes of death statistics by age group*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics_by_age_group#Most_frequent_causes_of_death_in_the_EU_in_2021

Farhadi, A., Bagherzadeh, R., Moradi, A., Nemati, R., & Sadeghmoghadam, L. (2021). The relationship between professional sel-concept and work-related quality of life of nurses working in the wards of patients with COVID-19. *BMC Nursing*. 20 (75), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00595-2

Farias, W. S., Filho, M. A. S., Fernandes, C. L. E. A., Almeida, P. S. O., Norberto, R. C. O., Azevedo, L. M. S. & Silva, U. P. (2024). Manutenção da cadeia de custódia no atendimento pré-hospitalar: atuação da enfermagem forense. *Revista Científica Cognitions*, 7(2), 1-10. https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/371/302

Ferreira, A. A. R. (2019). *Enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Satisfação com o curso e satisfação profissional* (Relatório final para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5563/1/AndreiaAlexandraRochaFerreira_DM.pdf

Filho, B. F. S., Duque, C. B., Boery, R. N. S. O., & Yarid, S. D. (2019). Um olhar à luz da bioética principalista no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enfermagem em Foco,* 10(6). 183-187. http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2700/669

Gomides, M. M., Mustafá., A. M. M., & Manrique, E. J. C. (2019). Conhecimentos dos acadêmicos na medicina do quarto ao sexto ano sobre a comunicação de más notícias. *Facit Business and Technology Journal*, 981), 79-92 https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/download/398/327

Instituto de Administração da Saúde. (2020). *Plano estratégico do sistema regional de saúde (PESRS): Extensão a 2020: Avaliação intercalar monitorização 2017/2021*. https://www.iasaude.pt/attachments/article/6253/PESRS_Avaliacao%20Intercalar_Agosto2019.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012a). *Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT.* https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Situação de exceção: Manual TAS: Versão 3.0.* https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Orientação Técnica: Abordagem do adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico.* https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.029-01.DEM_.Abordagem-do-adulto-vitima-de-trauma-com-suspeita_confirmacao-de-choque-hemorragico.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde 2022: Edição 2024.* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses. (2019a). *ICNP Browser*. https://www.icn.ch/icnp-browser

International Council of Nurses. (2019b). *Core Competencies in Disaster Nursing: Version 2.0.* https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced pratice nursing.* https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Jezovnik, M. K., Gregoric, I., & Poredos, P. (2017). Complicações médicas em pacientes com dispositivos LVAD. *E-Journal of Cardiology Practice*. 14(37). https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/Medical-complications-in-patients-with-LVAD-devices

Justino, V., Brandão, H., Coelho, P., & Rosa, A. (2022). ECMO como terapia em choque cardiogénico pós-EAM. *Revista científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 3(2), 27-35. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/8263/1/ECMO%20como%20terapia%20em%20choque%20cardiog%C3%A9nico%20P%C3%93S-EAM.pdf

Kim, J., Sunkara, A. & Varnado, S. (2020). Management of Cardiogenic Shock in a Cardiac Intensive Care Unit. *Methodist Debakey Cardiovascular Journal*, 16(1), 36-42. https://storage.googleapis.com/jnl-up-j-mdbcj-files/journals/1/articles/948/submission/proof/948-1-2068-1-10-20210911.pdf

Lax, P., Prior, K. (2018). Major incident pre-hospital care. *Surgery*, 36(8). 402-408. https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.05.005

Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* (7ª ed.). Eyrolles.

Lei n. º15/2014. **Diário da República** I Série. 57 (21-03-2014). 2127-2131. [Consult. 11 jan. 2024] Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015). 8059-8105. [Consult. 09 nov. 2023] Disponível em WWW: https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Lei n.º 33/2009. **Diário da República** I Série. 134 (14-07-2009). 4467. [Consult. 09 jan. 2024] Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>

Lei n.º 59/2019. **Diário da República**. I Série. 151. (08-08-2019). 41-68. [Consult. 15 jan. 2024] Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0004100068.pdf>.

Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 149. (03-08-15) 5311-5326. [Consult. 12 jan. 2024]. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>.

Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019). 55-66. [Consult. 11 jan. 2024] Disponível em WWW: <https://www.iasaude.pt/attachments/article/6312/lei_95_2019_bases_saude.pdf>

Leite, L., & Carvalho, C. (2020). Choque. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos (*1ªed.) (pp.241-253). Lidel

Lennquist, S. (Ed). (2012). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff.* Springer.

Lima, E. R., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. https://doi.org/10.12707/RV21118

Lima, J. J., Miranda, K. C. L., Cestari, V. R. F., & Pessoa, V. L. M. (2021). A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a prespectiva de Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), 1-5. https://www.scielo.br/j/reben/a/B4BVzZzPMvrpfcfkNw7FL9n/?format=pdf&lang=pt

Mabvuure, N., T., & Rodrigues, J. N. (2014). External cardiac compressions during cardiopulmonary ressuscitation pf patients with leftventricular assist devices. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 19(2), 1-4. http://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivu117

Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* (Relatório final para candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu) Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540

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/10.48492/servir0201.23763

Marcano, J., Mattar, A., Morgan, J. (2020). Overview of mechanical circulatory support devices and concepts. In J. Karimov, K. Fukamachi, & R. Starling (Eds.) *Mechanical Support for Heart Failure - Current Solutions and New Technologies* (pp. 51-61). Springer Nature Switzerland AG. https://link.springer.com/content/pdf/bfm:978-3-030-47809-4/1

Marques, S., & Lino, P. (2021). *Protocolo de Triagem de Manchester*. In N. Coimbra. Enfermagem de Urgência e Emergência (1ª ed.) (pp.25-30). Lidel

Mc Ewen, M. & Wills, E. M. (2018). *Theoretical Basis for Nursing* (5th ed.) Wolters Klumer

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Melly, L., Torregrossa, G., Lee, T., Jansens, J., & Puskas, J. (2018). Fifty years of coronary artery bypass grafting. *Journal of thoracic disease*, 10(3), 960–1967. https://doi.org/10.21037/jtd.2018.02.43.

Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.137-150). Lidel

Monte, R. (2020). Sedação e analgesia no doente crítico. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos (*1ªed.) (pp.107-116). Lidel

Naidu, S., Baran, D., Jentzer, J., Hollenberg, S., Diepen, S., Basir, M., Grines, C., Diercks, D., Hall, S., Kapur, N., Kent, W., Rao, S., Samsky, M., Thiele, H., Truesdell, A., & Henry, T. (2022). SCAI SHOCK Stage Classification Expert Consensus Update: A Review and Incorporation of Validation Studies. *Journal of the Americal College of Cardiology*, 79(9), 933-946. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109722001802?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8601a9c78cdb5bf0

Neto, L. L. S., Silva, V. L. L., Lima, C. D. C., Moura, H. T. M., Gonçalves, A. L. M., Pires, A. P. B., & Fernandes, V. G. (2017). Habilidade de Comunicação da Má Notícia: O Estudante de Medicina Está Preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 260-268 https://www.scielo.br/j/rbem/a/N7bFkWL8tmFSGrsTLDjynhP/?format=pdf

Oliveira, P. B., Spiri, W. C., Acqua, M. C. Q., Mondini, C. C. S. (2016). Comparação entre ambiente de trabalho de hospitais públicos acreditado e não acreditado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1). 53-59. https://www.scielo.br/j/ape/a/s9MqnTvk9QpTQPw3yts897s/?format=pdf&lang=pt

Oliveira, S. R. T., & Oliveira, L. C. (2019). Assistência de enfermagem na terapia intervencionista: balão intra-aórtico. *Suplemento da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.* 29(4), 423-426. http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20192904423-6

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 10/2017: diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

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

Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de doentes críticos adultos: Recomendações 2023.* https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 121-132. http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-6. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562

Pinheiro, P. A., & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.175-185). Lidel

Pinho, J. A. (2020a). Unidades de Cuidados Intensivos como Locais de Ensino-Aprendizagem. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.63-66). Lidel

Pinho, J. A. (2020b). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.311-320). Lidel

Ponce, P. (2015). Aspetos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536 – 544). Lisboa: Lidel.

Primeau, M. S. & Benton, A. M. (2021). Multilevel disaster simulation in nursing: lessons learned in undergraduate and nurse practitioner student collaboration. Nursing *Education Perspectives*, 42(3), 188-189. https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000602.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 161(9), 1976-1982. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155 [Consult. 13 jan. 2024] Disponível em WWW: https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Regulamento nº101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. **Diário da República** II Série. 48 (10-03-2015) 5948-5952. [Consult. 10 abr. 2024] Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>

Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 17 nov. 2023] Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195 >.

Regulamento nº429/2018. 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 peri-operatória e na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018) 19359- 19370. [Consult. 20 mar. 2024] Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Riegel, F., Martini, J. G., Bresolin, P., Mohallem, A. G., & Nes, A. A. G. (2021). Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de Enfermagem: um desafio em tempos de pandemia de Covid-19. *Escola Anna Nery*, 25, 1-5. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0476

Rocha, E, & Passos, H. C. (2020). Nutrição artificial. In J. A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.151-159). Lidel

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *The Roper Logan Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone Publications

Sá, F. L. F., & Velez, M. A. M. R. B. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. https://doi.org/10.12707/RV21007

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Familia da Pessoa, em Situação Crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Serviço de Saúde da RAM (2021). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números (2020).* Grupo de Coordenação do PPCIRA do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Programa de acreditação*. https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/

Serviço Regional de Proteção Civil. (2022). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira.* https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_VAprovada_2022_Publico.pdf

Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention.* (7th ed.) https://books.google.pt/books?id=lsOHDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular.* (1.ªEd.) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2019). *Recomendações de 2017 da ESC para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação do segmento-ST.* https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/1.EAM_STEMI-2017.pdf

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf

Telukuntla, K., & Estep, J. (2020). Acute mechanical circulatory support for cardiogenic shock. *Methodist Debakey Cardiovascular Journal*, 16(1), 27-35. https://doi:10.14797 / mdcj-16- 1-27.

Thomaz, P. G., Júnior, L. A. M., Muramoto, G., & Assad, R. S. (2017). Balão intra-aórtico no choque cardiogénico: o estado da arte. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(1). 102-106. DOI: 10.1590/0100-69912017001006

Thopsom, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (Eds.). (2004). *Ética em Enfermagem* (4ªed.). Lusociência. (Translated from Nursing Ethics, 2000, Califórnia: Harcourt)

Vahdatpour, C., Collins, D., & Goldberg, S. (2019). Cardiogenic Shock. *Journal of the American Heart Association*, 8(8), 1-12. https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991.

Viana, I. (2014). Comunicação não verbal e expressões faciais das emoções básicas. *Revista de Letras.* 2(3), 165-181. https://www.researchgate.net/publication/330729356_Comunicacao_nao_verbal_e_expressoes_faciais_das_emocoes_basicas

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10. https://www.scielo.br/j/reben/a/J6N8kqf8QQDq6t9PpDPCcnP/?lang=pt&format=pdf

World Health Organization (2022). *Global Antimicrobial Resistance nad Use Surveillance System, Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report 2022*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364996/9789240062702-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for SDGs, sustainable development goals*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf

World Heatlh Organization. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature.* 9789241501507_eng.pdf (who.int)

Zeymer, U. & Thiele, H. (2017). Mechanical support for cardiogenic shock: Lost in translation?. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(3), 288-290. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.10.025.

APÊNCIDES

APÊNDICE A – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE FORMAÇÃO DIRIGIDAS À SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO CLÍNICA PERANTE A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Figura 2 - Planos de sessões de formação dirigidas à segurança na comunicação clínica perante a transição de cuidados

Tema	Segurança na comunicação clínica perante a transição de cuidados	**Tipo de atividade**	Sessão de formação para enfermeiros

Local	Biblioteca do serviço (UCIC); Sala de passagem de turno dos enfermeiros (UCICT).
Data/ Hora	24/04/2024 às 14h (UCIC); 20/05/2024; 21/05/2024; 22/05/2024 às 08h30 (UCICT).
População-alvo	• Enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidados Intensivos e internamento de Cardiologia num Hospital do Porto; • Enfermeiros que exercem funções na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica num Hospital do Porto.
Objetivo geral	Fornecer estratégias para a prevenção de eventos adversos e garantir a segurança na comunicação clínica na transição dos cuidados à pessoa em situação crítica.
Objetivos específicos	• Consciencializar para a importância do estabelecimento de uma linguagem comum para garantir a segurança da pessoa em situação crítica; • Sensibilizar para a aplicação da metodologia ISBAR na prática clínica diária; • Uniformizar a técnica de comunicação para a transição de cuidados partindo da metodologia ISBAR; • Identificar benefícios e informações adicionais conforme necessário; • Fornecer um documento de apoio alusivo à metodologia ISBAR.
Métodos/ Técnicas pedagógicas	Para proporcionar uma maior interatividade entre o orador e o público-alvo, irei recorrer aos métodos expositivo e ativo, com a exposição do tema e *brainstorming* através da discussão/debate em grupo, respetivamente.
Recursos	Recursos humanos (estudante oradora do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica); Recursos físicos (Biblioteca do serviço de Cardiologia do Hospital; sala destinada aos momentos de passagem de turno);

	Recursos materiais (computador e projetor).
Ações	• Identificação das necessidades do serviço em formação através da discussão com o enfermeiro orientador e enfermeiro gestor da unidade; • Validação dos conteúdos a abordar na sessão de formação com a docente orientadora; • Contextualização do tema abordado; • Pesquisa de evidência científica; • Planeamento da sessão de formação; • Elaboração apresentação em formato *PowerPoint*; • Elaboração de um documento de apoio alusivo à formação para disponibilizar aos participantes.

Responsáveis	Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sara Fernandes, sob orientação da docente Márcia Alves; Enfº Orientador e Enf.º gestor do serviço.
Parcerias	Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Escola Superior de Saúde Santa Maria;
N.º de enfermeiros que assistem à apresentação	Número variável atendendo à organização do serviço e enfermeiros disponíveis para a participação na formação.
Avaliação	Síntese do tema abordado; Avaliação da consecução dos objetivos propostos; Interação entre os oradores e público-alvo.

APÊNDICE B – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DIRIGIDA À PREVENÇÃO E REDUÇÃO DAS IACS

Figura 3 - Plano de sessão de formação dirigida à prevenção e redução das IACS

Tema	Atualizações dos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS	**Tipo de atividade**	Sessão de formação para enfermeiros da UCIP

Local	UCIP num Hospital Central da RAM.
Data/ Hora	14/12/2023 às 14h.
População-alvo	Enfermeiros que exercem funções na UCIP.
Objetivo geral	Transmitir as atualizações referentes aos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS, à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, inserido no Projeto "STOP: Infeção Hospitalar!".
Objetivos específicos	- Analisar os indicadores associados às IACS; - Alertar o público-alvo para as atualizações referentes aos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS; - Sensibilizar para a aplicação dos feixes de intervenção das diferentes IACS na prática clínica diária; - Esclarecer o público-alvo sobre dúvidas associadas à formação; - Fornecer um documento de apoio alusivo à formação aos participantes.
Métodos/ Técnicas pedagógicas	- Para proporcionar uma maior interatividade entre os oradores e o público-alvo iremos recorrer a método expositivo com a exposição do tema e o método ativo com o *brainstorming* através da discussão/debate em grupo.
Recursos	Recursos humanos (estudantes oradores do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; docente orientadora; enfermeiro gestor da UCIP); Recursos físicos (auditório da UCIP); Recursos materiais (computador e projetor).
Ações	- Identificação das necessidades do serviço em matéria de prevenção das IACS; - Validação dos conteúdos a abordar na sessão de formação com a docente orientadora; - Contextualização do tema abordado; - Pesquisa de evidência científica; - Planeamento da sessão de formação;

	- Elaboração apresentação em formato PowerPoint; - Elaboração de um documento de apoio alusivo à formação para disponibilizar aos participantes;
Responsáveis	Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sara Fernandes em conjunto com três colegas do curso, sob orientação da docente Maria Luísa Santos e enfermeiro gestor da UCIP.
Parcerias	Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
N.º de enfermeiros que assistem à apresentação	Número variável atendendo à organização do serviço e enfermeiros disponíveis para a participação na formação.
Avaliação	- Síntese do tema abordado; -Avaliação da consecução dos objetivos propostos; - Interação entre os oradores e público-alvo;