



A triagem em contexto extra-hospitalar: o contributo do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica

Sérgio Cristiano Duarte Silva

Setembro de 2024
Porto



A triagem em contexto extra-hospitalar: o contributo do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica

Sérgio Cristiano Duarte Silva

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica orientado pela Professora Doutora Noélia Pimenta e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Setembro de 2024
Porto

*"Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um ato, mas sim um hábito"*

Aristóteles

DEDICATÓRIA

À minha esposa Isabel Pinto

À minha filha Maria Vitória

AGRADECIMENTOS

Um trajeto desta dimensão só é possível ser percorrido com o suporte de várias pessoas e Instituições, que merecem ser reconhecidas e agraciadas.

Começo por agradecer à Escola Superior de Saúde Santa Maria e seus docentes, pelos conhecimentos transmitidos e ensinamentos clínicos proporcionados.

Ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho na Pessoa da Enfermeira Especialista Carla Barbosa e Enfermeira Especialista Marta Fontes, ao Serviço de Emergência Médica Regional da Região Autónoma da Madeira na Pessoa do Enfermeiro Leonardo Ribeiro, ao Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, especificamente na Ilha Terceira na Pessoa do Enfermeiro Nuno Santos e Enfermeiro Especialista José Amaral da SIV Terceira, e ao INEM na Pessoa do Enfermeiro Gestor Rui Rocha e Enfermeira Especialista Marina Ribeiro, por me terem acolhido de forma tão intensa e profissional proporcionando momentos de aprendizagem únicos.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Noélia Pimenta, pela exigência, pelo apoio e rigor na orientação durante este trajeto, pois sem ela não seria possível.

Aos Enfermeiros tutores e demais elementos das equipas de Enfermagem dos vários locais onde realizei os ensinamentos clínicos, pelo acolhimento e pela disponibilidade bem como por todos os conhecimentos partilhados.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo e partilha de experiências.

À minha esposa e minha filha, por me apoiarem sempre e por acreditarem que eu era capaz, mesmo não estando sempre presente quando era necessário.

Aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinha por fazerem parte da minha vida e me apoiarem em tudo, fazendo de mim o Homem e Profissional que sou atualmente.

A todos os meus amigos pelos momentos em que não estive presente, mas que me apoiam incondicionalmente.

Obrigado a todos!

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny desenvolve-se o presente relatório de estágio, tendo como objetivos: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica; demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional; e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da sua apresentação e discussão.

O relatório foi desenvolvido recorrendo a uma metodologia analítica, reflexiva e descritiva das experiências vividas em contexto de prática clínica e da experiência profissional. O estágio I, decorreu num Serviço de Urgência Polivalente, o Estágio II, desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, assim como o módulo I da unidade curricular estágio com relatório de um Centro Hospitalar do Distrito do Porto. O Módulo II, sendo um estágio de opção, direcionei o mesmo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa em Situação Crítica em contexto extra-hospitalar com enfoque na triagem telefónica nas centrais de emergência. O estágio foi realizado no Serviço de Emergência Médica Regional da Região Autónoma da Madeira, no Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores e em diferentes valências do Instituto Nacional de Emergência Médica. Os diversos contextos da prática clínica permitiram evidenciar a minha intervenção como futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, destacando o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica; no dinamizar a resposta em situações de emergência e de exceção, no maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção dando um especial enfoque ao papel do enfermeiro especialista, no cuidado à Pessoa em Situação Crítica e família, na realização da triagem nas centrais de emergência.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; centrais de emergência; modelos de triagem extra-hospitalar; enfermeiro especialista; competências de mestre

ABSTRACT

Within the scope of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing for people in critical situations, at the Escola Superior de Saúde de Santa Maria, in consortium with the Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, this internship report, with the following objectives: highlighting the development of common and specific skills within the scope of specialized nursing care for Persons in Critical Situations; demonstrate the development of critical-reflective analysis skills of situations arising from professional practice; and highlight the development of Master's skills, through presentation and discussion.

The report was developed using an analytical, reflective and descriptive methodology of experiences in the context of clinical practice and professional experience. Stage I took place in a Multipurpose Emergency Service, Stage II took place in a Multipurpose Intensive Care Unit, as well as module I of the internship curricular unit with report from a Hospital Center in the District of Porto. Module II, being an optional internship, aimed at developing specialist nurse skills in Persons in Critical Situations care in an extra-hospital context with a focus on telephone triage in emergency centers. The internship was carried out at the Serviço de Emergência Médica Regional da Região Autónoma da Madeira, at the Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores and in different areas of the Instituto Nacional de Emergência Médica.

The different contexts of clinical practice allowed me to highlight my intervention as a future Specialist Nurse and Master in Medical-Surgical Nursing, highlighting the development of skills in caring for the person, family/caregiver experiencing complex processes of critical illness; in streamlining the response in emergency and exceptional situations, in maximizing intervention in the prevention and control of infection, giving special focus to the role of the specialist nurse, in caring for Persons in Critical Situations and families, in carrying out triage in emergency centers.

Keywords: person in critical situation; emergency centers; out-of-hospital screening models; specialist nurse; master skills

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ASAV - Amberg-Schwandorf Algorithm for Primary Triage

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CENA - College of Emergency Nursing Australasia

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

CIC – Centro Integrado de Comunicações

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

CODU – Centro Orientador Doentes Urgentes

CPCIRA – Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

CVC – Cateter Venoso Central

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EMC- Enfermagem Médico Cirúrgica

EMIR – Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida

EMT - Emergency Medical Team

ENA - Emergency Nurses Association

EPI – Equipamento Proteção Individual

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

GCLPPCIRA – Grupo Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
JMJ – Jornadas Mundiais da Juventude
LEM – Linha de Emergência Médica
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MPTT - Modified Physiological Triage Tool
mSTART – Modified Simple Triage and Rapid Treatment
n.d. – Sem data
NEMS - Nine equivalents of nursing manpower
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PMA – Posto Médico Avançado
PNEPC - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa Situação Crítica
RAA – Região Autónoma dos Açores
RAM – Região Autónoma da Madeira
SABA - Solução Alcoólica á Base de Álcool
SALT - Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment/Transport
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SEMER – Serviço Emergência Médica Regional
SHEM – Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMIP – Serviço Medicina Intensiva Polivalente
SNS – Sistema Nacional de Saúde

SRPC, IP-RAM - Serviço Regional de Proteção Civil, Instituição Pública-Região Autónoma da Madeira

SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

START - Simple Triage and Rapid Treatment

STAT - Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico

STM - Sistema Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Extra-hospitalar

TET - Tubo Endotraqueal

TOTE - Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência

TRTS - Triage Revised Trauma Score

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlcera por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVT – Via Verde Trauma

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO I	25
1.1. A triagem em contexto extra-hospitalar: o estado da arte.....	27
1.2. Realidade portuguesa da enfermagem nas centrais de emergência	35
1.3. Caracterização dos contextos da prática clínica especializada	39
CAPÍTULO II.....	49
2.1. O percurso de construção e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista	51
2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	54
2.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	54
2.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	61
2.2.3. Domínio da Gestão de Cuidados	72
2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	78
2.3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica	83
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	84
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	94
2.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	
103	
CAPÍTULO III	111
3.1 Competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.....	113
CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do presente relatório de estágio é parte integrante do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, tendo como objetivos: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas no que respeita aos cuidados especializados da Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC); demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional; e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), entende-se por competências comuns, as competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, e as competências específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

O plano de estudos da ESSSM contempla a realização de 4 estágios, tendo o estágio I decorrido num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Estágio II desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), assim como o módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório, os mesmos decorreram num Centro Hospitalar do Distrito do Porto. O Módulo II da Unidade Curricular Estágio com Relatório, concretizou-se em contexto extra-hospitalar, predominantemente nas centrais de emergência de diferentes entidades, nomeadamente no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) da Região Autónoma da Madeira (RAM), no Serviço Regional de Bombeiros e Proteção Civil dos Açores (SRBPCA), bem como no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais concretamente no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

O Módulo II, sendo um estágio de opção, direcionei o mesmo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) em contexto extra-hospitalar com enfoque no papel do enfermeiro nas centrais de emergência nomeadamente na triagem. Esta escolha prende-se com o fato

de atualmente nas Centrais de Emergência em Portugal Continental, o enfermeiro não pertencer à equipa, o que não se verifica nas Centrais dos Açores e Madeira, sendo a triagem da linha de emergência realizada por estes, colaborando para uma gestão eficaz de meios e prioridades, contribuindo para isso a sua experiência e juízo clínico.

O INEM, enquanto Entidade de Saúde em Portugal, detém nos seus quadros Enfermeiros, que direta e indiretamente asseguram os melhores cuidados de saúde à população. Estes revestem-se de fulcral importância no atendimento e acompanhamento às vítimas críticas e suas famílias, tendo estado presentes no CODU entre 2007 e 2010.

De acordo com o estudo realizado por Wheeler et al. (2015), a presença dos enfermeiros nas centrais de emergência contribuiu para uma maior taxa de encaminhamento adequado dos doentes, quando comparados com médicos e não médicos. Esta revisão indica, que a assistência dos enfermeiros em centrais de emergência resulta em maior segurança do doente e qualidade do atendimento.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório caracteriza-se como descritivo-analítica e crítica-reflexiva das situações vivenciadas nos diferentes estágios, na experiência profissional desenvolvida desde 2006 em contexto de emergência extra-hospitalar particularmente nos diferentes meios de socorro: Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Helicóptero de Emergência Médica e na mais recente evidência científica presente em livros, revistas científicas bem como em bases de dados fidedignas (MEDLINE®, PubMed®, EBSCOhost®, UpToDate®, SciElo®).

Estruturalmente, o presente relatório está organizado em três capítulos. O primeiro contemplará um enquadramento teórico sobre a triagem em contexto extra-hospitalar bem como a caracterização dos locais onde se realizaram os ensinamentos clínicos. O segundo alude ao trajeto realizado para a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da PSC, culminando com as competências desenvolvidas visando a obtenção do grau de mestre.

O presente relatório será redigido segundo as normas da American Psychological Association 7ª edição (APA, 2023), preconizadas pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria, estando descritas no documento “Regras para a Elaboração de trabalhos na ESSSM”, disponibilizado pela escola.

CAPÍTULO I

O presente capítulo, contempla dois subcapítulos, o primeiro procura oferecer uma visão abrangente do tema em estudo, situando-o teoricamente através de uma revisão da literatura de estudos científicos e no segundo será apresentada uma descrição sumária dos contextos clínicos onde se desenrolaram às práticas clínicas, cruciais para a concretização de todas as aprendizagens vivenciadas.

1.1.A TRIAGEM EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR: O ESTADO DA ARTE

Originário do termo francês “*trier*”, que denota “separação”, a triagem é um processo que determina a prioridade de atendimento e tratamento de doentes, sempre com base na classificação de risco de cada situação (Bazyar et al., 2019).

A aplicação da triagem, na área da saúde, remonta à época das guerras Napoleónicas. Considerado o pai da triagem, Jean Dominique Larrey, cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa que usou um método que consistia, segundo Coutinho et al. (2012) em “(...) avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais rápido possível para o campo de batalha” (p.189).

No que diz respeito a situações de exceção/catástrofe, o processo de triagem tem como principais objetivos: a assistência precoce; a aplicação de manobras de *life-saving*; a determinação do nível de urgência de cada doente; a gestão ponderada de recursos críticos; a documentação das vítimas e o controlo do seu fluxo; a instituição de áreas para prestação de cuidados ou vigilância e a colocação dos vários profissionais nessas áreas para serem iniciadas as medidas terapêuticas. (Oliveira et al., 2012; Silva, 2019).

A triagem em situações de exceção/catástrofe deve ser justa cumprindo os princípios da justiça distributiva, forçando os profissionais a encarar dilemas éticos (Merin et al., 2012).

Mesraoua et al. (2022), menciona que uma situação de exceção, é definida como uma suspensão na prestação de cuidados de saúde, desencadeada por circunstâncias como catástrofes naturais, conflitos e epidemias. Evans (2022) elucida que situações de exceção são situações que causam danos em larga escala, que culminam em necessidades humanas urgentes e emergentes quando não são atendidas atempadamente.

No que respeita a situações de catástrofe, sejam naturais (terramotos, furacões, tsunamis) ou causadas pelo Homem (guerras, conflitos armados, incêndios), esta tem

efeitos devastadores para as populações e as respetivas infraestruturas. Uma catástrofe pode ser definida como uma perturbação grave que causa um impacto substancial no sofrimento humano, bem como na perturbação da comunidade, resultando num impacto crítico nos sistemas de saúde num período de tempo relativamente curto (Nejadshafiee et al., 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel vital na resposta a situações de catástrofe. A utilização da telemedicina nestas situações, permite aos enfermeiros desempenhar um papel significativo na redução de lesões físicas, psicológicas e espirituais, bem como outras complicações, dadas as suas competências de tratamento holístico das vítimas. Estas competências permitem aumentar a velocidade, a precisão e a qualidade de atendimento dos feridos, bem como redução da mortalidade (Nejadshafiee et al., 2020).

Os enfermeiros são frequentemente solicitados a responder a situações de exceção e catástrofes devido às suas amplas capacidades de cuidado, criatividade e adaptabilidade. Além disso, possuem capacidade de liderança bem como um conjunto de competências que podem ser aplicadas de maneira eficaz nesses contextos (International Council of Nurses, 2019).

A triagem é utilizada pelos profissionais de saúde para identificar os doentes que necessitam de atendimento prioritário. Este procedimento não se baseia em diagnóstico, mas sim em prognóstico, assegurando que os casos mais graves sejam atendidos primeiro, sendo assim possível otimizar o tempo e os recursos disponíveis (Costa et al., 2022).

Sempre que essa determinação de prioridade for efetuada por telefone, pode ser considerada triagem telefónica. Esta triagem permite a identificação do problema do doente, estimar o nível de emergência presente, enviando a ajuda adequada, garantindo a disponibilidade segura, atempada e apropriada dos cuidados face aos sintomas do doente (Montandon et al., 2019).

Nesta linha de pensamento, evidencia-se a importância da triagem telefónica no atendimento extra-hospitalar, garantindo a qualidade e bom desempenho do atendimento, contribuindo para a redução das taxas de mortalidade e morbilidade, bem como os custos associados ao funcionamento dos serviços de atendimento extra-hospitalar. (Kim et al., 2023; Montandon et al., 2019).

De salientar que quanto mais eficiente for o atendimento extra-hospitalar de emergência, maiores serão as hipóteses de minimizar os danos que esses episódios provocam. Dada a importância da triagem telefônica para o sucesso do atendimento extra-hospitalar, é fundamental angariar recursos para a implantação de protocolos, desenvolvimento de softwares e formação contínua dos operadores de central, a fim de transformar essa prática em ação de promoção da saúde, além de reduzir os riscos de saúde (Kim et al., 2023; Montandon et al., 2019). Segundo Boggan (2020), a triagem telefônica tem a capacidade de produzir um elevado número de resoluções de casos de pedidos de ajuda, enquanto aparenta ser segura a sua execução.

A triagem baseia-se em dois momentos diferentes, triagem primária e triagem secundária. A triagem primária permite a imposição da ordem e assegura que perante um grande número de vítimas a triagem é feita de uma forma célere, seguindo um fluxograma simples e objetivo. A triagem secundária é a continuidade do processo anterior, triando de forma mais precisa um grande número de vítimas, tendo como suporte determinados parâmetros de avaliação (Douglas et al., 2020; INEM, 2012; Wisnesky et al., 2020).

Segundo Bazzyar (2022) atualmente existem diversos sistemas de triagem em ambiente extra-hospitalar, de acordo com a faixa etária, a causa, a área geográfica bem com outros aspetos da área afetada. Os sistemas mais comuns são o Simple Triage and Rapid Treatment (START), Modified Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment (mSTART), Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment/Transport (SALT), SMART, Care Flight, Amberg-Schwandorf Algorithm for Primary Triage (ASAV) e o Modified Physiological Triage Tool (MPTT). Estes sistemas são instrumentos que auxiliam na priorização das vítimas na área do socorro, para que posteriormente sejam transportadas para unidades de saúde diferenciadas e definitivas (Silva, 2019).

Não há consenso sobre como a triagem deve ser realizada, visto que a triagem é um procedimento dinâmico. Uma das características mais importantes de um sistema de triagem padrão é sua simplicidade de execução e confiabilidade (Bazzyar et al., 2022; Pepper et al., 2019)

No que respeita ao sistema START, todas as vítimas acidentadas maiores de oito anos são avaliadas, com base nos critérios do sistema em 60 segundos ou menos (de preferência 30 segundos). São utilizados vários critérios tais como: a capacidade de andar, a frequência respiratória, preenchimento capilar, pulso radial e obediência aos comandos.

No que respeita a crianças até aos 140 centímetros ou 32 quilogramas de peso, o fluxograma assume um carácter particular fazendo o enquadramento de acordo com o tamanho (em centímetros) e/ou peso (em quilogramas), devido a óbvias diferenças fisiológicas (ex. valores normais de frequência respiratória e frequência cardíaca). Ao examinar cada critério, a vítima será marcada com uma das respetivas etiquetas: vermelho (vítima emergente), amarelo (vítima grave), verde (vítima não grave) e preto (vítima considerada sem viabilidade) (Bazyar et al., 2022, Franc et al., 2022; INEM, 2012).

Visto que em ambientes escuros e frios em emergências e desastres o critério de preenchimento capilar não é um reflexo adequado do sistema circulatório, esse critério foi omitido no modelo modificado no sistema de triagem mSTART, sendo substituído pela ausência de pulso periférico. As únicas medidas terapêuticas permitidas neste método são a abertura da via aérea do doente e o controle da hemorragia por compressão direta no local (Bazyar et al., 2022).

O sistema de triagem SALT é um dos mais recentes sistemas de triagem, que foi criado e registado em 2008 pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC), como um padrão para incidentes com vítimas em massa (American College of Emergency Physicians, et al, 2008). Esse sistema começa categorizando as vítimas em três grupos com base em comandos de voz simples. A primeira inclui o grupo de vítimas que podem caminhar até a área solicitada pela pessoa que realiza a triagem (grupo verde). O segundo grupo, amarelo, são os feridos que só conseguem mover as mãos ou os pés, e o terceiro grupo, vermelho, é composto pelos feridos que não têm movimento ou apresentam condições de risco de vida. Este terceiro grupo será o primeiro a obter avaliações individuais. As medidas terapêuticas permitidas neste modelo incluem abertura das vias aéreas, controle de hemorragia através de compressão direta ou torniquetes, administração de antídotos e descompressão torácica. Após realizar as ações para inclusão no grupo vermelho, então os grupos amarelo e verde são considerados, respetivamente, não descurando o preto (vítima considerada sem viabilidade) (Bazyar et al., 2019; Bazyar et al., 2022; Fink et al., 2018).

O sistema SMART, similar aos anteriores, é também um sistema de triagem de quatro cores, baseado em capacidade de andar, frequência respiratória, preenchimento capilar e capacidade de obedecer a ordens (Bazyar et al., 2022)

No sistema de triagem Care Flight, as vítimas são avaliadas com base na capacidade de andar, frequência respiratória, pulso radial e capacidade de seguir comandos simples, usando quatro cores conforme os sistemas anteriores, com a diferença de que o critério relativo a “seguir comandos” é verificado antes de outros critérios. Este sistema de triagem é usado para atingir rapidamente um grande número de vítimas, preconizando cerca de 15 segundos para completar a triagem (Bazyar et al., 2022).

No sistema ASAV, as vítimas, similar aos outros métodos de triagem, são classificadas usando o sistema de quatro cores, preconizando a gravidade do sangramento, frequência respiratória, pulso radial e capacidade de seguir comandos (Bazyar et al., 2022).

No sistema MPTT, são igualmente classificadas usando o sistema de quatro cores, baseado na capacidade de andar, frequência respiratória, pulso e com a diferença da introdução da Escala de Coma de Glasgow permitindo avaliar o estado de consciência da vítima (Bazyar et al., 2022).

Em Portugal o método de triagem primária utilizado em situações de exceção/catástrofe é o método START. Numa situação de catástrofe este processo de triagem deve ter em conta essencialmente a gravidade da doença/lesão, a capacidade de a vítima sobreviver e na capacidade da unidade hospitalar para receber uma vítima em situação crítica, obedecendo a diretrizes e princípios instituídos a nível internacional (INEM, 2024; Manso, 2023; Silva, 2019).

No que respeita à Triagem Secundária o método utilizado a nível nacional é o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória (FR), estado de consciência (com utilização da Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica, tendo em cada uma intervalos de valores que pontuam entre zero e quatro. A pontuação da TRTS é a soma destas variáveis. De referir ainda que estas vítimas são categorizadas de acordo com a pontuação TRTS obtida. Assim sendo, a prioridade um abrange TRTS entre um e 10, a prioridade dois é atribuída a TRTS de 11, a prioridade três a TRTS de 12, enquanto TRTS de zero são considerados mortos (INEM, 2024; Peng & Hu, 2021).

O período entre o local do acidente e a entrada da vítima no hospital é sem dúvida um fator importante para a redução da mortalidade, visto que os primeiros momentos após o incidente são referenciados como os momentos mais críticos e importantes, apelidados

como “hora de ouro”, em que um atendimento rápido e preciso poderá influenciar a mudança de prognóstico (Ferreira et. al 2021).

Esta “hora de ouro”, como referida, contempla um tratamento precoce que mantenha a vítima viva e nas suas melhores condições. Segundo a National Association of Emergency Medical Technicians (2021), na edição do Pré-hospital Trauma Life Support (PHTLS) a “hora de ouro” não abrange todas as vítimas, pois, dependendo da gravidade da situação destas, as que apresentem lesões mais graves poderão ter apenas alguns minutos até chegar a equipa diferenciada que lhes prestará os cuidados definitivos antes que se a situação se torne irreversível. Segundo Beuran et al. (2012), existe um período de tempo identificado como os “10 minutos de platina”, no qual as equipas médicas de emergência devem abordar as vias aéreas, interromper a exsanguinação e durante o qual o doente crítico deve ser transportado do local do trauma para a unidade de saúde. É neste período que o enfermeiro assume um papel vital, visto que tem a responsabilidade de prestar cuidados às vítimas, definir prioridades no atendimento, realizar intervenções e reavaliar durante todo o período e transporte para o hospital (Ferreira et. Al, 2021).

A nível hospitalar, internacionalmente, estão identificados e instituídos vários modelos de triagem, auxiliando os profissionais de saúde na identificação rápida dos doentes com doença ou lesão urgente/emergente, priorizando o seu atendimento (Azevedo et al., 2023; Costa et al., 2022; Burgess et al., 2019). A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015) identifica alguns sistemas de triagem de cinco níveis, aceites internacionalmente, como a *Emergency Severity Index*, a *Australian Triage Scale*, a *Canadian Triage and Acuity Scale* e o Sistema Triagem de Manchester (STM), que atualmente se encontra instituído em todos os serviços de urgência (SU) do país. Como evidencia o Grupo Português de Triagem (GP, 2010) e Peta et al. (2023), o STM possibilita identificar a prioridade clínica e definir o tempo recomendado até observação médica, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe. A metodologia consiste em identificar a queixa principal que o doente refere ou apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. O STM contém 52 fluxogramas para os problemas identificados, sendo exclusivos para crianças sete destes fluxogramas e dois para situações de catástrofe (GPT, 2010; Jesus, 2021). Segundo o GPT (2010), o STM permite classificar a situação clínica em uma das seis categorias identificadas com

nome, cor e tempo alvo para a observação inicial: doentes emergentes, cor vermelha, atendimento imediato; doentes muito urgentes, cor de laranja, atendimento quase imediato, máximo de atendimento em 10 minutos; doentes urgentes, cor amarela, atendimento rápido, preconizado o atendimento até 60 minutos; doentes pouco urgentes, cor verde, podem aguardar atendimento até 120 minutos ou serem encaminhados para outros serviços de saúde; doentes não urgentes, cor azul, também podem aguardar atendimento até 240 minutos ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

A sexta categoria, considerada não classificável, a qual se atribui a cor branco, não tem tempo atribuído, visto que os seus critérios de inclusão são por razões programadas, sejam elas administrativas, clínicas ou outras (GPT, 2011).

A tomada de decisão na triagem é um processo que mobiliza capacidades de interpretação, discriminação e avaliação, sendo fundamental o raciocínio clínico, a interpretação de sinais e sintomas expressos pelo doente reconhecendo padrões, bem como a formulação de hipóteses, a representação mental e a intuição (Mackway-Jones et al., 2014; Veríssimo, 2018).

Segundo Acosta et al. (2012), a intuição, como instrumento, pode ser usada em algumas situações, quando os sinais não são facilmente identificados, como forma de se definir a prioridade de atendimento, visto que “(...) a avaliação intuitiva é uma impressão imediata subjetiva, que é centrada em manifestações que indicam um elevado nível de stress.” Os mesmos autores referem que, o enfermeiro triador recorre, para além da intuição, à confiança e à coragem “(...) principalmente quando se trata da tomada de decisão do enfermeiro para a priorização do atendimento” (p.187-188).

Guedes et al. (2017) destacam a importância do pensamento crítico na tomada de decisões, uma vez que as consequências de um erro podem variar desde uma confusão administrativa até resultados graves, como a morte do doente. Considerando que a triagem é um processo breve e dinâmico, as habilidades de comunicação terapêutica do enfermeiro responsável pela triagem também são colocadas à prova.

A capacidade de escuta é fundamental neste processo, pois é nesse momento que o doente vai expor as suas queixas. Segundo Da Costa et al. (2021), citando Silva et al. (2013), é essencial que o enfermeiro compreenda o acolhimento “(...) como um compromisso com o outro, compartilhando as suas angústias e necessidades, não pode ser entendido somente como uma forma de triagem e encaminhamento do doente” (p.8).

Não descurando os aspetos éticos da profissão, ao enfermeiro compete responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas que o doente detenha, demonstrando comportamentos adequados no que diz respeito à ética e à deontologia da profissão.

Segundo o College of Emergency Nursing Australasia (CENA) (2009) a triagem é uma atividade autónoma do enfermeiro, fulcral à segurança e prestação de cuidados emergentes. A mesma entidade reforça que o enfermeiro terá de demonstrar capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e dúbia, requerendo um processo cognitivo complexo na tomada de decisões clínicas. Para o CENA, a capacidade do enfermeiro para triar de forma eficaz depende de amplos conhecimentos e experiência e de decisões baseadas na evidência, pelo que deve ser realizada por profissionais experientes e treinados (CENA, 2009; Costa et al., 2022; Reay et al., 2019; Yoon & Son, 2021).

Já a Emergency Nurses Association (ENA) (2017) evidencia que a formação inicial em Enfermagem não fornece as habilidades necessárias aos enfermeiros para a complexidade do papel de triador. Salienta ainda que o tempo e a experiência em emergência, por si só, também não abonam para que o enfermeiro esteja preparado para fazer triagem. O desempenho do papel de triador, que se requer preciso e competente, exige formação específica em triagem e a demonstração de particularidades necessárias a uma triagem eficaz. Nesta linha de pensamento, a ENA reforça a necessidade de formação adicional que aperfeiçoe os conhecimentos, as habilidades e atitudes do enfermeiro triador, incluindo cursos de Reanimação cardiopulmonar (RCP) e Suporte Avançado de Vida (SAV), de emergências pediátricas, trauma e emergências geriátricas.

Segundo Azevedo (2023),

devido à complexidade implícita na tomada de decisão na triagem, num curto espaço de tempo, o enfermeiro especialista poderá representar uma mais-valia para a execução desta função de forma competente, uma vez que lhe é reconhecido conhecimentos, habilidades e experiência que lhe permitem realizar a gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. (pp.2-3)

1.2. REALIDADE PORTUGUESA DA ENFERMAGEM NAS CENTRAIS DE EMERGÊNCIA

No âmbito da minha atividade profissional, Emergência Médica Extra-Hospitalar, a triagem telefónica está implícita. No entanto, em Portugal existem duas faces distintas na Triagem Telefónica de Emergência. Em Portugal Continental, as chamadas de emergência médica que derivam do número europeu de emergência, 112, são encaminhadas para os CODU. Segundo o INEM, compete a estes “assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados” (Decreto-Lei n.º 34/2012, p. 749).

Nos CODU, segundo o INEM (2012) desempenham atividade Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE), que atendem as chamadas referentes a emergência médica, realizando a triagem telefónica segundo algoritmos definidos para o efeito, efetuam o aconselhamento indicado para as situações de urgência e ou emergência e procedem também ao acionamento dos meios de emergência médica adequados. Os TOTE têm formação específica para realizarem essa função, definida pelo INEM. Exercem também atividade nestas centrais, médicos com formação e experiência em emergência médica, que são responsáveis pela coordenação de toda a atividade clínica, assegurando também o acompanhamento, apoio e controle das triagens. Os TOTE, com o evoluir da carreira e formação instituída, passaram a integrar a carreira de Técnico de Emergência Extra-hospitalar (TEPH), sendo estes profissionais que agora asseguram os CODU.

Nas ilhas, o sistema de emergência extra-hospitalar é diferente do Continente, e distinto parcialmente entre elas (Açores e Madeira), incluindo também a triagem telefónica de emergência. No meu percurso profissional, já tive a oportunidade, de enquanto enfermeiro, trabalhar no CODU, onde a presença do enfermeiro era uma mais-valia no acompanhamento e gestão do doente crítico, particularmente o doente assistido pelos meios SIV, bem como o conhecimento acerca de outras centrais de emergência a nível europeu, onde os enfermeiros são os profissionais de eleição para realizar triagem. Segundo Kaminsky et al. (2019) citando vários autores, com a utilização de sistemas computadorizados de apoio à decisão clínica, os enfermeiros aparentam ser a classe

profissional mais preparada para realizar triagem telefónica, alegando que a responsabilidade de tomar decisões adequadas para cada doente individualmente cabe aos enfermeiros, pela sua competência clínica.

Nesta linha de pensamento, uma revisão realizada por Wheeler et al. (2015) e Rutenberg & Greenberg (2012), identificaram que os enfermeiros tiveram uma maior taxa de encaminhamento apropriado, quando comparados com médicos e não médicos. Esta revisão indica, portanto, que a presença de enfermeiros em centrais de emergência resulta em maior segurança do doente e qualidade do atendimento.

Também, Zinger et al. (2019) apontam que os Enfermeiros podem desempenhar um papel substancial nas centrais de emergência visto terem em mente a pessoa por detrás do doente, contribuindo para isso a sua visão holística. De referir, que a triagem e avaliações secundárias realizadas por enfermeiros, reduziram substancialmente o envio de ambulâncias em situações não urgentes, reduzindo a carga de trabalho dos meios de emergência (Roivainen, 2020).

Esta evidência contribuiu para a minha opção de desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à PSC em contexto extra-hospitalar com enfoque no papel do enfermeiro nas centrais de emergência nomeadamente na triagem, decidindo conhecer as centrais de emergência da Madeira e Açores, onde existe a presença do enfermeiro 24 horas por dia. Os sistemas são similares a modelos existentes na Europa, bem como o trabalho desenvolvido nas centrais de emergência médica, onde a triagem de emergência é realizada por enfermeiros.

A Linha de Emergência Médica (LEM) do SRPCBA foi implementada na Região Autónoma dos Açores (RAA) em março de 2012, sendo a sua gestão e operacionalização efetuada integralmente por enfermeiros, 24 horas por dia, sete dias por semana, sendo constituída atualmente por 15 Enfermeiros, tendo um deles a função de coordenador, com um rácio de três enfermeiros no turno da manhã, e dois enfermeiros no turno da tarde e noite (SRPCBA, n.d.).

A LEM utiliza o Sistema de Triagem Telefónica de Manchester sendo o objetivo principal a realização de uma triagem inicial que, de forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria e controlo de qualidade, promova o atendimento de emergências em função de critério clínico, identificando critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, designando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido,

baseada em sinais e sintomas identificáveis, e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação, permitindo uma gestão de meios adequada para acorrer às situações identificadas, priorizando as mais graves (SRPCBA, n.d.).

O sistema de prioridades implementado é constituído por seis níveis: Prioridade A, pressupõe resposta imediata com envio de SIV e ambulância; Prioridade B, resposta imediata com envio de ambulância; Prioridade C, resposta até 40 minutos com envio de ambulância; Prioridade D, resposta até 120 minutos com envio de ambulância; Prioridade E1, é realizado agendamento de consulta nos Cuidados de Saúde Personalizados (CSP); Prioridade E2, sendo identificada que não há necessidade de deslocação a Unidade de Saúde, é efetuado a promoção do autocuidado, através de ensinamentos; existe também a recomendação de utilização de meios alternativos, ao invés do envio de ambulância (SRPCBA, n.d.).

A linha de Saúde Açores (LSA), inserida na LEM, permite esclarecer dúvidas sobre o estado de saúde, permitindo receber aconselhamento sobre os cuidados mais adequados face à situação identificada, permitindo melhorar a acessibilidade dos doentes a um encaminhamento mais correto dentro do Serviço Regional de Saúde (SRPCBA, n.d.).

De salientar que a LEM do SRPCBA foi um projeto piloto da implementação da Triagem Telefónica de Manchester, tendo sido nomeado na categoria '*Remarkable Public Safety Answering Point (PSAP) Achievement*' (cujo objetivo é reconhecer um feito extraordinário na área das chamadas de emergência que contribua para a segurança dos cidadãos e para o progresso da segurança pública), vindo a ser distinguido como o melhor da Europa em 2017, pelo *European Emergency Number Association* (Governo dos Açores, 2017).

Na RAM, com início a 4 de fevereiro de 2019, o SEMER, em conjunto com o Comando Regional de Operações de Socorro (CROS), concebeu a equipa do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT-CIC). Esta equipa é composta por 2 enfermeiros e tem como objetivo: garantir o atendimento, triagem e aconselhamento telefónico de todas as chamadas de socorro; avaliar o estado clínico das vítimas, instituindo prioridades no acionamento de meios; uniformizar a metodologia padrão no Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional de Operações de Socorro (CIC-CROS), gerindo e acionando para o local os

meios de socorro mais apropriados; definir tempos de resposta apropriados às prioridades identificadas; coordenar o encaminhamento de doentes; efetuar aconselhamento nas situações que não justificam a ativação de meios de socorro nem ida ao SU. Atualmente a equipa do STAT-CIC é composta por 34 enfermeiros, na sua maioria Enfermeiros Especialistas (EE) das diversas áreas de especialidade (SRPC, IP-RAM, n.d.).

O sistema de prioridades implementado é constituído por quatro níveis: Prioridade 1 – Emergente - envio imediato de ambulância e Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR); Prioridade 2 – Urgente - envio de ambulância em 10 minutos; Prioridade 3 – Pouco Urgente – envio de ambulância em 60 minutos; Prioridade 4 – Não urgente – não é efetuado acionamento de nenhum meio, sendo prestado aconselhamento de transporte em meio alternativo (SRPC, IP-RAM, n.d.).

No que respeita à prioridade P1, o acionamento da EMIR é efetuado pelo enfermeiro e em simultâneo o operador de central efetua o acionamento da ambulância. No acionamento da EMIR, é informada a equipa médica da situação, cabendo ao médico a decisão de se deslocar ao local, ou aguardar por informações da equipa da ambulância.

O SEMER dispõe também de outros serviços: Linha SRS24, que permite o atendimento permanente de situações de doença aguda não urgente, efetuando a triagem, o aconselhamento sobre medicação não sujeita a receita médica bem como a referenciação para as unidades de saúde; EMIR, constituída por uma equipa de médico e enfermeiro, em constante permanência, deslocando-se em viatura apropriada para intervenção rápida em toda a Região, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, se forem disponibilizados os meios adequados pelas entidades competentes. Atualmente a EMIR é constituída por 17 Médicos e 12 Enfermeiros. De salientar que todos os enfermeiros são EEEMC, fazendo estes também parte da equipa STAT-CIC (SRPC, IP-RAM, n.d.).

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Neste subcapítulo apresento uma breve descrição dos contextos da prática clínica. Os contextos clínicos são locais privilegiados para a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, contribuindo para a aquisição das competências baseada nas situações/experiências reais.

Estágio I - Serviço de Urgência Polivalente: Centro Hospitalar do Distrito do Porto

O estágio I foi concretizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) com Centro de Trauma (CT), de um Centro Hospitalar do Distrito do Porto. Este compreende três áreas funcionais diferentes: Urgência Geral Adultos, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia-Obstetrícia, sempre em proximidade e articulação necessárias à integral resposta dos doentes a que se destinam. Enquanto SUP com CT, apresenta um perfil funcional e assistencial diferenciado de resposta estruturada às situações clínicas urgentes e emergentes, de todas as especialidades médicas ou cirúrgicas, uma vez que possui uma carteira de serviços correspondente à mais elevada diferenciação dentro da rede nacional de SU (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho [CHVNG/E], 2021).

O SUP tem por missão a prestação cuidados de saúde a doentes em situação clínica urgentes e/ou emergente, ao mais alto nível de diferenciação, garantido a acessibilidade necessária, em articulação com os vários níveis de cuidados e com a rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pretende ser reconhecido como um serviço de referência no Sistema de Saúde pela eficácia, responsabilidade, sustentabilidade e inovação na prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes, ambicionando ainda a humanização dos cuidados e dignificação do trabalho desenvolvido por todos os seus profissionais, encontrando-se certificado e acreditado pela Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) com dupla concessão: CHKS e ISO 9001 (CHVNG/E, 2021).

Para além do atendimento dos doentes em episódio de urgência, tem também atividade assistencial em regime de internamento na Unidade de Curta Duração (UCD) de adultos e pediatria. Tem ainda uma VMER integrada no SU com prestação de cuidados extra-hospitalares e também Emergência Médica Intra-hospitalar. Cada uma destas

estruturas funcionais tem um médico coordenador responsável pela sua gestão direta e definição estratégica em colaboração com o Diretor do serviço de urgência.

O SUP integra a Unidade de Gestão Intermédia do doente crítico, enquanto SUP com CT, de acordo com os Despachos nº 10438/2016 e nº 10319/2014, o que representa o nível de responsabilidade mais diferenciado de resposta às situações clínicas urgentes e emergentes, e com responsabilidade no tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave (CHVNG/E, 2021). A resposta global está dependente de várias premissas, nomeadamente, a afluência ao SUP, a tipologia dos doentes, o seu fluxo integrado, a estreita interação com os serviços de apoio e a drenagem eficaz de doentes internados.

O SUP tem uma área de influência direta correspondente a dois concelhos com cerca de 340 mil habitantes, sendo o município mais populoso da Região Norte. A área de referência para além de ser extensa é também muito heterogénea ao nível das necessidades da população, na medida em que inclui áreas de forte densidade urbana e território extenso de características rurais.

Este serviço é composto por diversas áreas/postos de trabalho/atendimento, conforme o estabelecido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Assim apresenta: uma área de admissão e registo e um gabinete de informações; Área de triagem de prioridades: composto por três gabinetes, sendo utilizada a triagem de Manchester, cumprindo o disposto no artigo 12º do Despacho anteriormente referido, em que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU” (p. 20675); Sala de Emergência (SE); Áreas de espera: Área Laranja; Área Amarela; Área cirúrgica: doentes triados para especialidades cirúrgicas (ortopedia, otorrino, oftalmologia, entre outros); Gabinete de eletrocardiograma (ECG), bem como outras áreas tais como armazém clínico, armazém de equipamentos, farmácia, copa para funcionários, gabinetes de gestão e sala de reuniões.

A Equipa de Enfermagem é formada por 104 Enfermeiros, sendo que um é o Enfermeiro Chefe com a colaboração de um Enfermeiro com funções de apoio à gestão. A equipa encontra-se dividida em cinco subequipas, sendo cada uma composta por dois Enfermeiros Coordenadores e um subcoordenador e restantes elementos. A maioria dos Enfermeiros Coordenadores é Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC), havendo outros elementos escolhidos pelo Enfermeiro Chefe para exercer essa função,

por apresentarem grande experiência neste SU e o perfil considerado necessário pelo enfermeiro gestor. A equipa do SU detém 34 EE, sendo 21 EEEMC.

Os enfermeiros são distribuídos em diferentes setores, sendo liderados por um enfermeiro Coordenador, cuja função é apoiar e supervisionar a equipa, dando igualmente suporte à sala de emergência. A organização dos cuidados de Enfermagem é efetuada por “Posto de Trabalho”, adaptada ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia.

A OE (2019) estabeleceu através do Regulamento n.º 743/2019, a Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados concedidos, com vista à segurança e à satisfação dos doentes. Esta norma visa ajustar o número de enfermeiros necessários em função da complexidade dos doentes. Para o SU, o cálculo é aplicado a cada posto ou setor de trabalho, tendo em consideração o registo de casos observados e fluxo de procura ao longo dos dias, semanas e meses. Assim, o número de enfermeiros necessários em cada posto/setor pode variar significativamente ao longo do tempo.

Verificou-se, no entanto, que a distribuição dos enfermeiros não teve qualquer variação de acordo com o afluxo de doentes, resultando num número de profissionais inferior ao que seria esperado ou necessário para garantir cuidados adequados.

O processo clínico é informatizado, tendo como sistema de informação o Alert®. Este é de acesso aos profissionais que prestam cuidados diretos aos doentes, em todas as áreas. A ferramenta informática Alert® é um sistema intuitivo, no entanto exige um tempo de aprendizagem que requer tempo de prática.

Estágio II - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente: Centro Hospitalar do Distrito do Porto

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), denomina-se por Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, que segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, classifica-se como nível III, pois possui “(...) quadros próprios (...) equipas funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada (...) em presença física nas 24 horas (...) possibilidade de acesso aos meios de monitorização e terapêutica necessárias (...) medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (DGS, 2003, p.8).

O SMIP tem 28 camas, todas nível III localizadas em 2 áreas distintas, sendo o acesso às mesmas realizado pelo mesmo local. Destas 28 camas, 4 são quartos de isolamento com pressão positiva. As restantes unidades contam com um sistema de renovação de ar, que é acionado automaticamente a cada 6 minutos. Corresponde a um contexto de alta diferenciação, prestando cuidados a doentes com necessidade de vigilância contínua, assim como aplica medidas terapêuticas intensivas, em doentes instáveis ou em risco de falência de funções vitais (CHVNG/E, 2023).

O SMIP é responsável também pela reanimação interna, acionando a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), garantindo desta forma a cadeia de resposta à PSC a nível interno institucional. A ativação é realizada através de um número telefónico interno, N.º 2222, considerando critérios de ativação abrangentes e alargados, tendo em conta situações de significativo comprometimento fisiológico agudo e não apenas em casos de paragem cardiorrespiratória (PCR), sendo assim possível intervir de forma precoce, diminuindo a mortalidade e morbilidade.

Segundo o Despacho nº 9639/2018, a EEMI deve ser constituída por um médico e um enfermeiro, ambos devem possuir competências em suporte avançado de vida, incluindo técnicas avançadas na gestão da via aérea e técnicas de reanimação. Esta equipa detém a responsabilidade da pessoa durante as manobras de reanimação, transportando todo o material e fármacos necessários para realizar as manobras de reanimação e outros procedimentos de emergência. Os elementos da EEMI onde foi realizado o ensino clínico detém as competências supracitadas, garantindo no local todo o material e fármacos necessários para intervenção na PSC. Durante o ensino clínico também tive a oportunidade de fazer parte da equipa, tendo nas várias situações em que a equipa foi acionada, gerindo os cuidados ao doente colaborando na gestão da equipa de enfermagem e auxiliares no serviço em questão, identificando focos de instabilidade e agindo em conformidade, atribuindo tarefas conforme as necessidades do doente.

Os critérios de admissão no SMIP estão claramente definidos, podendo receber doentes provenientes da SE, de outros serviços do hospital, bem como de outros hospitais. Os internamentos são justificados pelas mais diversas áreas e/ou patologias, tais como: politraumatismos, falência cardiovascular ou respiratória, patologia neurológica, intoxicação associada a tentativa de suicídio, sépsis, paragem cardiorrespiratória, entre outros (CHVNG/E, 2023).

O SMIP é dotado de uma equipa multidisciplinar numerosa, composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos, com as devidas funções. No que refere à equipa de enfermagem é constituída por 108 enfermeiros, dos quais 1 Enfermeiro Chefe e uma Enfermeira com funções de apoio à gestão. O turno da manhã e da tarde são assegurados por 18 enfermeiros cada um, e o turno da noite é assegurado por 16 enfermeiros, podendo sofrer alterações de acordo com o número de doentes internados. Dos 15 enfermeiros que se dedicam à prestação direta de cuidados, um elemento fica alocado à EEMI, sendo responsável por apenas um doente.

Em cada turno é elaborado o plano de trabalho pelo enfermeiro coordenador, sendo a relação Enfermeiro/doente realizada com base nas intervenções de enfermagem do turno anterior e no previsto para o turno presente. O SMIP, enquanto unidade de nível III, possui uma relação média Enfermeiro/doente de 1:2. Este ratio tem como referência o Nine equivalents of nursing manpower (NEMS) – Score de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem, em Cuidados Intensivos. O método de trabalho é por enfermeiro responsável, sendo cada enfermeiro responsável pelos cuidados à(s) pessoa(s) internadas /família que lhe são atribuídos.

O processo clínico é informatizado, tendo como sistema de informação o B-ICU. Care®. Este é de acesso a todos os profissionais que prestam cuidados diretos em todas as áreas, permitindo efetuar registos, validar toda a informação e prescrição referente a cada doente do serviço (CHVNG/E, 2023).

Estágio opcional: Contexto Extra-hospitalar

O fundamento da minha área de opção, para além do já mencionado anteriormente, também se baseou no gosto pessoal pela área da emergência extra-hospitalar, onde exerço a minha atividade profissional há 16 anos, em diferentes serviços onde o Enfermeiro está presente, tal como o SHEM, a VMER e as ambulâncias SIV.

A escolha dos contextos para o desenvolvimento deste estágio, baseou-se no reconhecimento dos serviços selecionados, sendo estes uma referência em termos de atualização e inovação, bem como na implementação e desenvolvimento de sistemas de triagem que permitem uma excelente gestão de meios e de recursos humanos, nesta área tão particular. Considero que foram os locais mais indicados para o desenvolvimento de

competências especializadas na triagem telefónica nas Centrais de Emergência, e também no cuidado ao doente crítico em contexto extra-hospitalar.

A escolha de três contextos distintos deveu-se ao facto de pretender conhecer a realidade portuguesa sobre o tema em estudo: Região Autónoma da Madeira, Região Autónoma dos Açores e INEM. A descrição seguinte permite identificar algumas diferenças, tanto físicas, como em termos de gestão operacional de cada um dos contextos.

Instituto Nacional de Emergência Médica

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) por forma a garantir aos/às sinistrados/as ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2023).

Para assegurar o cumprimento das suas atribuições, o INEM presta um conjunto de serviços, que se indicam, por área de atuação/intervenção:

Gestão do SIEM; Atividade dos CODU, o CODU Mar, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC); Assistência em emergência médica extra-hospitalar e inter-hospitalar, através dos seguintes meios: Helicópteros de Emergência Médica, VMER, Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), Ambulâncias SIV, Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Motociclos de Emergência Médica (MEM), Ambulâncias de Socorro sedeadas nos parceiros do SIEM e Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); Regulação da atividade de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e implementação de um Programa Nacional de DAE (PNDAE); Regulação da atividade de transporte de doentes e dos respetivos veículos; Planeamento, coordenação e prestação de assistência médica, proteção e socorro a altas individualidades; Incidentes tático-policiais, Missões internacionais, através do Emergency Medical Team (EMT); Formação e promoção da formação dos/as profissionais indispensáveis às ações de emergência médica; Formação e promoção da formação para o público em geral; Acreditação de entidades externas para formação em Emergência (INEM, 2023).

O INEM, para além dos meios acima referidos, dispõe de Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), viaturas para intervenção quando existe exposição a agentes nucleares, radiológicos, biológicos e químicos e hospital de campanha.

Esses cuidados de saúde deverão ser garantidos desde o local da ocorrência, sendo o transporte assistido das vítimas direcionado para o local mais adequado, contemplando a articulação entre os vários intervenientes do sistema.

O Instituto detém nos seus quadros atualmente 186 Enfermeiros, sendo 73 Especialistas, dos quais 58 EEEMC (INEM, n.d.).

De salientar, que em 2018, o INEM recebe pelo Comité de Certificação do Departamento da Qualidade na Saúde, a certificação de nível BOM, após o processo de certificação em conformidade com as especificações e critérios estabelecidos no Manual de Standards de Unidades de Urgências e Emergências, sendo a primeira unidade nacional certificada com este programa (INEM, 2018).

Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira

A Emergência Extra-hospitalar na RAM está sobre a alçada do Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM (SRPC, IP-RAM). O SRPC, IP-RAM da Madeira foi criado em 1982, sobre a dependência direta da Presidência do Governo Regional (SRPC, IP-RAM, 2023).

Em setembro de 1998 é fundada a EMIR, com objetivo primordial de intervir na emergência extra-hospitalar na região. Em março de 2006 nasce o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros da Madeira, sendo sucedido em 2009 pelo SRPC, IP-RAM e aprovado o Regime Jurídico do Sistema de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (Decreto Legislativo Regional n.º 16/2009 e n.º 17/2009). No ano seguinte é alterada a orgânica do SRPC, IP-RAM e são aprovados os estatutos do SRPC, IP-RAM (2023).

Em 2019 é apresentado o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STAT), tendo no mesmo ano sido aprovados os respetivos protocolos de funcionamento.

O SRPC, IP-RAM no âmbito da emergência médica extra-hospitalar, tem como missão e atribuições: definir, organizar, coordenar, avaliar e fiscalizar as atividades de socorro de emergência extra-hospitalar; Assegurar o acompanhamento e aconselhamento das chamadas de emergência médica, coordenando o acionamento dos meios de socorro

apropriados; Assegurar a prestação do socorro medicalizado e orientar e coordenar a prestação do socorro não medicalizado concomitante; Promover e coordenar a formação de emergência médica extra-hospitalar; Promover e coordenar a emergência extra-hospitalar com os serviços de urgência; Assegurar o acompanhamento no transporte de doentes críticos de e para fora da Região; Orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou catástrofe (Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M).

O SEMER é o serviço responsável por garantir a prestação do socorro medicalizado de Emergência Extra-Hospitalar, orientar e coordenar a prestação de socorro não medicalizado concomitante, através da atividade dos vários agentes que intervêm na emergência extra-hospitalar (SRPC, IP-RAM, 2023).

É também função do SEMER elaborar protocolos e normas na área de emergência extra-hospitalar; coordenar pedidos de socorro/prestação extra-hospitalar; responsável pela formação, supervisão e certificação de Bombeiros, Médicos, Enfermeiros e outros agentes de Proteção Civil; atuar ao nível da população ao fomentar e dinamizar programas implementados pelo serviço.

O SEMER dispõe de uma organização interna, contemplando estruturas com diferentes funções: Equipa STAT-CIC, Linha SRS24 e EMIR.

Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

O Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) depende da Secretaria Regional da Saúde, departamento este que tem como atribuições orientar, coordenar e fiscalizar, a nível da Região Autónoma dos Açores, as atividades de Proteção Civil e dos Corpos de Bombeiros, garantindo o funcionamento de um sistema de transporte terrestre de emergência médica, proporcionando aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a rápida e adequada prestação de cuidados de saúde (Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2007/A).

No Centro de Operações de Emergência, é assegurado o atendimento do número Europeu de Emergência (112), da LEM e outras situações que coloquem em risco, direta ou indiretamente a população e seus bens.

A LEM opera na Sala de Atendimento e Gestão de Emergências (SAGE), sendo que esta está estruturada em quatro áreas distintas: uma área para atendimento de

chamadas via 112, a área de triagem e aconselhamento telefónico, a área de regulação médica e uma área destinada à ativação e monitorização dos meios de socorro.

As funções na SAGE são realizadas por uma equipa multidisciplinar, composta por diversos profissionais, repartidos entre as várias zonas. Esta equipa inclui dois agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP), que são responsáveis pelo atendimento das chamadas para o 112; dois enfermeiros, que efetuam a triagem e o aconselhamento telefónico das chamadas de emergência médica; três operadores de comunicações, incumbidos de contactar as corporações de bombeiros, ativar e acompanhar os meios de socorro, de acordo com a situação; e um Médico Regulador, que efetua a regulação médica, monitoriza as equipas SIV, confere apoio aos enfermeiros da LEM e é responsável pela ativação da Equipa de Evacuações Aéreas (SRPCBA, n.d.).

As viaturas SIV estão presentes nas ilhas com maior densidade populacional (São Miguel, Terceira, Faial e Pico), estando baseadas nos serviços de urgência das unidades de saúde, sendo estas tripuladas por um enfermeiro e um tripulante de ambulância de socorro, equipadas com todo o material necessário para a realização de SIV em situações de doença e trauma, tendo capacidade de transmissão de dados clínicos em tempo real, do local da ocorrência para qualquer computador com acesso à internet. Estão dotados de protocolos de atuação específicos contendo ações autónomas e interdependentes da equipa de emergência, garantindo também uma ampla capacidade de comunicação e transmissão de informações, seja via rádio, telefone e também por videoconferência (SRPCBA, n.d.).

CAPÍTULO II

2.1. O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O percurso para o desenvolvimento das competências comuns e específicas, pautou-se, inicialmente, com a obtenção de conhecimentos científicos e teórico-práticos sustentados na mais recente evidência científica em contexto de sala de aula, e numa segunda fase nos ensinamentos clínicos. Estes ensinamentos clínicos revestem-se de fulcral importância, visto ser nestes que reside, segundo Silva e Silva (2016) citando Wong e Wong (1987), (...) o coração da educação profissional e cujos objetivos são “preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos doentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional” (p.2).

Todos os momentos vivenciados colmataram num processo de análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, evidenciados pelo conjunto de trabalhos e relatórios realizados, aliados a uma componente teórico-reflexiva realizada segundo o ciclo de GIBBS, que segundo descrevem Afonso e Loureiro (2018) (...)” é um ciclo de aprendizagem baseado na reflexão acerca de experiências práticas sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação” (p.13).

Foi através deste percurso que adquiri e consolidei um conjunto de conhecimentos e competências que, aliados à experiência profissional, permitiram-me desenvolver uma prática de cuidados especializada e diferenciada à PSC.

A crescente mudança da sociedade em geral, e na área da saúde em particular, despontam novos requisitos e desafios no domínio profissional que impõe aos profissionais a necessidade de um elevado nível de conhecimento e desenvolvimento profissional, de forma a responder com eficácia aos novos desafios do mundo em mudança (Parra et al., 2016).

Segundo Fonseca (2019), a formação contínua deve ser parte integrante na atividade de todos os enfermeiros, de forma a aperfeiçoar competências baseadas no pensamento crítico e que, traduzidas no contexto real, ajudem na capacidade de resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade, fundamentadas na melhor evidência científica. Segundo esta visão, recai a necessidade constante pela aquisição e

desenvolvimento de competências, com vista a maximizar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

As competências relacionadas com os cuidados em enfermagem têm sido um aspeto determinante no que a padrões profissionais diz respeito, destacando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (Leal et al., 2016). Segundo o mesmo autor, as competências profissionais são a consequência de conhecimentos adquiridos que se traduzem num conjunto de capacidades que permitem ao profissional desenvolver o seu trabalho de forma concreta.

Segundo Aued et al. (2021), a competência em enfermagem traduz-se numa “complexa integração de conhecimentos” (p.2), manifestando-se num conjunto de atributos demonstrados pelos enfermeiros, nomeadamente: os valores, as características pessoais, as atitudes profissionais, os conhecimentos e habilidades, que quando combinados na prática refletem a sua responsabilidade profissional. O mesmo autor evidencia que uma “(...) pessoa competente deve possuir esses atributos, ter a motivação e a capacidade de utilizá-los efetivamente para prestar cuidados seguros e eficazes ao paciente e seus familiares” (p.2).

Já Benner (2005) defendia que “pelos riscos que comporta, tanto para a enfermeira como para o doente, os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados” (p.24). Para esta autora, o desenvolvimento de competências com suporte na experiência deve ser sustentado por boas bases pedagógicas, reforçando que (...) o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina (p.30).

Benner (2005), na sua obra “De Iniciado a Perito”, identifica cinco níveis de competência no âmbito da prática dos cuidados de enfermagem, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No primeiro nível, iniciado, a autora alude aos enfermeiros que não têm nenhuma experiência, podendo estes ter dificuldade em aplicar o que aprenderam com as situações com que são confrontados, referenciando como exemplo os estudantes de enfermagem e também os enfermeiros que mesmo

experientes numa determinada área, começam a trabalhar num serviço novo, numa área de atuação completamente diferente até então.

No nível de competência iniciado-avançado, a autora identifica os enfermeiros recém-formados, classificando o seu comportamento como o considerado adequado, “(...) pois já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar (elas próprias ou sob a supervisão de um orientador) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas (...)” (p.46), no entanto, mantém uma certa dificuldade no estabelecimento das prioridades. No nível de competente, refere-se ao profissional que trabalha no mesmo serviço há alguns anos (dois ou três), tornando-se competente quando consegue estabelecer prioridades através de um plano de cuidados criterioso que lhe permite atingir a eficiência e organização necessária. No nível proficiente identifica as situações como um todo e não de forma generalizada, traduzindo-se em tomadas de decisão menos exaustivas. No nível de perito, o enfermeiro “(...) tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (p.54).

Segundo Castanho (2022), o enfermeiro perito atua a partir de uma percepção profunda da globalidade da situação, demonstrando capacidade de julgamento da mesma, sendo capaz de gerir situações de maior complexidade.

O presente capítulo reflete o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências do EEEMC, realizando uma analogia/reflexão entre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo do Curso de Mestrado. De acordo com Fonseca (2016), com base na reflexão sobre as experiências vivenciadas, seja em termos cognitivos e/ou emocionais, é que se torna exequível realizar aprendizagens. Tendo em conta este princípio, realizarei uma análise crítico-reflexiva, do percurso efetuado, tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), e o Regulamento das Competências Comuns do EE e Específicas do EEEMCPSC.

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2019) através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista é definido como “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p. 4744). O mesmo regulamento pressupõe “(...) que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (p. 4744), sendo estas competências “(...) 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).

As competências comuns estão estruturadas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Considerando que as competências são essenciais para a prática da enfermagem, garantindo uma prestação de cuidados específicos e altamente diferenciados, de seguida é exposto o percurso e a reflexão, para a aquisição das competências comuns do EEEMC na área da PSC.

2.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No presente domínio, o EE deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo o Regulamento supracitado “A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p. 4746).

Deodato (2015) destaca a relevância da Deontologia em Enfermagem e como ela cria um vínculo entre o pensamento e a atuação dos enfermeiros, formando um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o exercício profissional.

Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção da enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros. (Deodato, 2015, pp. 9 – 10)

Segundo Nunes e Amaral (2022), “a Deontologia é a expressão de um dever-ser profissional” (p.20), é o conjunto de normas aludidas a uma determinada profissão, baseado nos princípios da moral e do direito, tentando definir as boas práticas, tendo em conta as particularidades próprias da profissão.

Segundo este pensamento, o enfermeiro deve exercer a sua profissão de acordo com o Estatuto da OE, compreendido na Lei nº 156/2015, sendo constituído pelo CDE e o REPE. Os Enfermeiros deverão orientar a sua práxis com responsabilidade e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses do foco dos seus cuidados.

A profissão de enfermagem tem como fundamento o cuidar humano, sendo que as intervenções realizadas pressupõem processos de tomada de decisão. Segundo o Artigo 99.º da Lei n.º 156/2015 alusivo aos princípios gerais do Código Deontológico de Enfermagem, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p. 8078).

Segundo Magalhães (2020), a prática diária do enfermeiro envolve sempre decisões, traduzindo uma operacionalização do conhecimento da enfermagem. A tomada de decisão é um processo complexo, pois requer que o enfermeiro detenha um leque de conhecimentos e habilidades que lhe permita atuar em prol do benefício, após recolha de informação e análise da mesma (Nunes et al., 2005)

Nora et al. (2016) referem que “tomar decisões prudentes requer questionar a incerteza, conhecer o contexto, a circunstância específica do problema ético e prever as consequências possíveis” (p.6).

Para o desenvolvimento desta competência foi fundamental o contributo da unidade curricular de Ética e Deontologia, bem como do trabalho de grupo desenvolvido

segundo o Modelo de Tomada de Decisão “DECIDE”. Este modelo traduz-se numa ferramenta explicativa para o processo de tomada de decisão ética, com o desígnio de expressar juízos de valor tomando decisões éticas prudentes, contemplando seis etapas.

O trabalho desenvolvido em sala de aula, debruçou-se sobre uma situação de uma pessoa do sexo masculino com 50 anos em PCR, presenciada pelo filho de 15 anos que inicia SBV. À chegada ao local a equipa do extra-hospitalar se confronta com o dilema ético de manter o filho no local durante as manobras de reanimação. Assim, perante esta situação e para tentar tomar as melhores decisões aplicou-se o Modelo “DECIDE”, após a realização de uma revisão teórica do modelo supracitado.

Na primeira etapa, o principal objetivo consiste em identificar qual o problema ético que está presente, que no caso apresentado, consiste na presença ou não do familiar durante a realização das manobras de reanimação. Na segunda etapa, é necessário identificar os princípios éticos relevantes para o caso e que devem ter prioridade no nosso processo de tomada de decisão, tendo o caso apresentado sido analisando à luz dos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e da justiça. Na terceira etapa, o modelo “DECIDE” abrange as opções disponíveis perante as circunstâncias, mencionando também os procedimentos alternativos existentes, assim como as ajudas, meios e métodos que são necessários aplicar, e no caso reportado tendo em consideração os princípios éticos que poderão estar comprometidos e que foram identificados na etapa dois, o enfermeiro assume um papel crucial na reanimação, uma vez que para além do seu conhecimento científico e técnico, possui competências não técnicas, das quais se destacam, a sua capacidade de comunicação interpessoal (Malta, et al., 2015).

Na quarta etapa, é necessário avaliar, face a cada opção existente baseada nos diferentes princípios e valores, quais as consequências que podem advir das várias condutas de que dispomos. Após considerar as opções no caso em estudo, baseadas nos diferentes princípios e valores, estas carecem de uma reflexão visto que produzem efeitos diversos que irão determinar se é benéfico ou não para os familiares presenciar o processo de reanimação.

Na quinta fase, segundo Thompson et al. (2004) devemos “determinar um plano de ação específico, estabelecer objetivos claros e, em seguida, agir decisiva e eficazmente” (p.324). Após a abordagem das opções estabelecidas no referido caso, devemos escolher qual a opção que será mais adequada, tendo em conta os

valores/princípios éticos e legais sem nunca desvalorizar os valores morais e culturais de todos os elementos envolvidos, atendendo à existência ou não de uma declaração antecipada de vontade ou até mesmo à manifestação da vontade do doente em ter presente ou não, um familiar numa situação de reanimação. Devemos ter também em consideração a própria vontade do familiar, que tem o direito de escolha, de estar presente ou não durante as manobras de reanimação.

Na sexta e última fase, é quando se orienta para “monitorizar o progresso dos acontecimentos, e no final avaliar cuidadosamente se os objetivos foram ou não atingidos” (Thompson et al., 2004, p. 324). É fundamental envolver a família neste processo, uma vez que também se constituem como elementos determinantes na tomada de decisão de suspender as manobras de reanimação.

Segundo Dall’Orso et al. (2012) e Jabre et al. (2013) a presença ou ausência de familiares não altera a morbidade e sobrevida do doente. Seguindo este pensamento, torna-se fundamental a presença de familiares durante os cuidados ao doente em PCR, tendo como vantagens da presença da família, menores níveis de stress pós-traumático, ansiedade e maior sensação de conforto nos familiares que estiveram presentes.

Conforme a Lei n.º 156/2015 a relação estabelecida no processo de cuidar apoia-se em princípios e valores, nomeadamente: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Estes princípios e valores são a base de uma prática de cuidados profissional, ética e segura, apoiada no CDE.

Segundo o Ministério da Saúde, no Despacho nº 14223/2009, este refere que os Códigos Deontológicos defendem a qualidade dos cuidados prestados conduzindo também à atualização dos conhecimentos por parte dos profissionais, tal como o próprio CDE, nos artigos 100º e 109º, refere que os Enfermeiros devem assegurar a atualização dos seus conhecimentos, como indicado na Lei n.º 156/2015.

Dito isto, na prática de cuidados diária, seja ao longo do meu percurso profissional, quer a nível dos ensinamentos clínicos realizados, procurei sempre respeitar o princípio da autonomia ao informar adequadamente os doentes e respetiva família acerca dos cuidados a prestar, certificando-me que estes compreenderam a informação que foi transmitida, garantindo que tinham capacidade de comunicar a sua decisão após um período de reflexão. Em todos os contextos do ensino clínico e da prática profissional, este princípio está subjacente a todos os procedimentos realizados, seja a colocação de

um cateter, a recolha de sangue, a administração de terapêutica, a colocação de uma sonda nasogástrica ou uma sonda vesical, todos os procedimentos estão envolvidos no princípio da autonomia, respeitado por mim, garantindo que tanto o doente como a sua família (no caso do doente não se conseguir expressar ou estar inconsciente) foram informados da necessidade e benefício da sua realização, dando o seu consentimento.

Segundo a DGS através da Norma n.º 015/2013 atualizada em 2015, o consentimento informado, esclarecido e livre, pode ser expresso de forma escrita ou oral, ou por outro meio de manifestação da vontade, devendo ser utilizada uma linguagem clara e acessível, e isento de juízos de valor, permitindo um tempo de reflexão. Na minha vida profissional, um caso recente que me permite evidenciar na perfeição o acima descrito, foi durante uma missão no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) do Norte, numa ativação para uma jovem de 25 anos com queimadura da face. Ao chegarmos junto da mesma, e constatando o motivo da nossa ativação, a mesma apresentava queimadura de 2º e 3º grau da face, com edema de estruturas que impedia que a mesma conseguisse articular palavras. Articulado entre equipa a necessidade de entubação, foi devidamente explicado à vítima a necessidade de o fazer, tendo em vista a melhoria do seu estado clínico e manutenção da vida, com discurso assertivo e simples, tendo a mesma dado o seu consentimento através de linguagem gestual, dando a sua permissão utilizando as mãos e cabeça com sinais de que percebeu e aceitou o que lhe foi transmitido, sendo também solicitada autorização para informar os familiares que se encontravam presentes no exterior da ambulância, o que me permitiu respeitar o princípio da autonomia, mantendo os familiares informados dos cuidados que estavam a ser prestados.

Segundo Ponce (2015), a PSC, dada à complexidade e suscetibilidade que apresenta, manifestando-se por vezes em variações do seu estado neurológico ou pela existência de barreiras (ventilação mecânica ou sedação), dificilmente preserva a sua capacidade para praticar o seu direito de autonomia. Nestes contextos de sedação ou ventilação mecânica, procurou-se proteger e defender a pessoa, sobrepondo-se o princípio da beneficência e da não maleficência, sem descuidar o princípio da justiça, através do consentimento presumido. Este é referido na Norma n.º 015/2013 atualizada em 2015 como sendo importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, havendo risco sério para a saúde ou vida da pessoa. Assim, deve prevalecer o dever de agir subsequente do consagrado na ética da saúde.

Em contexto extra-hospitalar e mesmo em sala de emergência, a alteração do estado de consciência coloca em causa a decisão da pessoa, levando as equipas a agir em prol do princípio da beneficência. Recordo uma situação na SE, em que uma vítima dá entrada acompanhada apenas com os bombeiros, num quadro de Edema Agudo do Pulmão (EAP), inconsciente. Devido à sua condição, e não tendo capacidade de dar o consentimento para a realização dos procedimentos, com a minha colaboração, a mesma foi intubada e conectada ao ventilador. Nesta situação, tendo com fundamento o princípio da beneficência o consentimento foi presumido.

Consagrado na Lei n.º 156/2015, evidenciado na alínea b) do Artigo 100.º, surge a responsabilidade profissional, onde é evidenciado que o enfermeiro é responsável pelas suas decisões, bem como pelos atos que pratica ou delega. Em determinadas situações que envolvem a existência de perigo de vida, os profissionais de saúde estão protegidos pelo artigo 156º do Código Penal, que considera a possibilidade de obter o consentimento presumido.

Segundo o Conselho Jurisdicional (CJ) da OE, no seu Parecer nº 64/2017, as intervenções de Enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes, tendo o enfermeiro autonomia para decidir a sua implementação, baseando-se nos seus conhecimentos técnico-científicos, nos riscos e/ou problemas, bem como os benefícios perante a identificação de alguma situação, direcionando a sua atuação no melhor benefício à pessoa assistida.

A defesa da privacidade e confidencialidade está consagrada no Artigo 12.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (2017): “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a proteção da lei” (p.4).

Seja na vida profissional diária, seja durante a realização dos ensinamentos clínicos, o respeito e defesa pela privacidade e confidencialidade do doente e sua família, foi sempre foco de atenção. Descrito na Lei nº 156/2015, redigido no Artigo 106.º “O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p.8). Segundo Castanho (2022), o sigilo profissional sustenta o direito à confidencialidade e privacidade.

No seguimento do anteriormente descrito, o dever do sigilo profissional foi respeitado, assegurando a confidencialidade da informação recolhida junto do doente ou familiares, garantindo-se apenas a recolha de informação fulcral para a elaboração do plano de cuidados, tendo esta informação sido partilhada apenas com os profissionais envolvidos na execução do plano de cuidados, de forma a garantir o bem-estar, a segurança física, emocional e social do doente e família, assim como os seus direitos.

Na Emergência Médica (EM), onde decorre a minha atividade profissional, bem como nos estágios realizados na SIV Terceira e na EMIR na Madeira, em que a atuação muitas vezes é realizada no exterior (vias públicas, edifícios públicos, etc), onde a necessidade de execução de determinados procedimentos invasivos é frequente, nem sempre é possível assegurar a privacidade física do doente, seja porque estão encarcerados dentro de veículos, seja em situações de PCR onde a atuação tem de ser imediata. No entanto, apesar de nem sempre ser possível, existe uma grande empenho e esforço por parte dos profissionais em tentar respeitar este princípio, seja através da colocação de barreiras, ou mesmo as viaturas de emergência, para afastar as pessoas do local e/ou obstruindo o seu campo de visão da vítima, ou colocando biombos improvisados tais como as mantas térmicas.

Contudo, nas situações em que foi possível, de forma a garantir a privacidade, efetuamos a transferência do doente para dentro da ambulância, de forma a oferecer o máximo de privacidade. Na sociedade atual, em todo o lado temos meios digitais que nos permitem filmar e fotografar, expondo a privacidade e dignidade dos doentes nas mais variadas plataformas digitais atualmente disponíveis ou mesmo na Internet, de forma não controlada, levando à divulgação, reprodução, acesso e mesmo adulteração dos conteúdos para finalidades não desejáveis (Veiga, 2020).

Durante o estágio no SU, nos períodos de maior afluência, e visto que o espaço físico é limitado, de forma a garantir a privacidade, recorri à utilização de biombos, como forma de garantir o máximo de privacidade possível durante o cuidado ao doente/família. No SMIP torna-se mais fácil garantir estes cuidados, visto que as boxes são individuais, e mesmo durante o período de visitas, o simples gesto de fechar a cortina da box, é o suficiente para que a privacidade e dignidade dos doentes esteja salvaguardada. Esta prática, seja qual for o seu contexto, vai ao encontro do artigo 107º do CDE, descrito na

Lei n.º 156/2015, onde o Enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade/privacidade do seu cliente.

2.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o EE deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados de saúde de qualidade de modo que sejam seguros, garantindo que não causem danos desnecessários aos doentes, eficazes, baseando-se nas melhores evidências científicas disponíveis para alcançar os melhores resultados possíveis e centrados nas pessoas, respeitando as necessidades, preferências e valores dos doentes, envolvendo-os ativamente no processo de tomada de decisão, sendo que para que os benefícios desses cuidados sejam plenamente realizados, os serviços de saúde devem ser adequados ao contexto, eficientes de forma a evitar o desperdício, acessíveis a todos, sem discriminação e coordenados entre diferentes níveis e tipos de atendimento, proporcionando continuidade nos cuidados de saúde (WHO, 2020).

A criação e implementação de sistemas de qualidade em saúde são de extrema importância, sendo reconhecido que a qualidade em saúde é uma responsabilidade multiprofissional, ou seja, envolve diversas áreas e profissionais trabalhando em conjunto para alcançar padrões elevados de cuidados. Seguindo essa abordagem, a OE em 2001, estabeleceu padrões de qualidade específicos para os cuidados de enfermagem, com o objetivo principal de “promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (p.7).

A definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da melhoria contínua dos serviços de saúde, incentivando à reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Esses padrões não apenas elevam o nível de cuidados prestado, mas também impulsionam os profissionais a aperfeiçoarem as suas práticas, com base em evidências e em critérios bem definidos. Conforme citado por Martins et al. (2016), o estabelecimento desses padrões estimula a busca constante pela excelência na prestação de cuidados.

Reconhecendo a importância da atualização contínua, a OE, em 2017, revisou os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica “no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica consoante o alvo e contexto de intervenção” (p.2).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros destacam áreas essenciais para a prestação de cuidados, servindo como guias que abrangem os diversos aspetos da profissão de enfermagem. Esses enunciados explicitam a natureza da profissão de enfermagem e constituem-se como um referencial teórico e prático que orienta os enfermeiros na sua prática diária, além de fomentar a reflexão crítica sobre as suas ações e a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade. O EE assume uma função primordial neste processo, liderando e facilitando a evolução constante da prática de enfermagem para beneficiar tanto os doentes quanto o sistema de saúde (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) a segurança da pessoa constitui um atributo fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem (OE, 2015) A qualidade está estreitamente relacionada à segurança dos cuidados, sendo esta uma prioridade traçada pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, tendo culminado na criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD) homologado no Despacho n.º 1400-A/2015.

De acordo com o Despacho n.º 9390/2021, a implementação do referido plano, fomentou a segurança do doente no SNS, como resultado do apuramento de questões singulares como a cultura de segurança, a identificação correta de doentes, a segurança cirúrgica, a prevenção de quedas e de úlceras de pressão, a segurança na utilização da medicação, a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), bem como, a prática de notificação de incidentes de segurança.

A experiência e os resultados obtidos com a concretização do PNSD 2015 -2020, aliado às recomendações subsequentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, bem como do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 preconizado pela OMS, foram fatores decisivos para a realização do novo PNSD 2021-2026, homologado pelo Despacho n.º 9390/2021, que tem como objetivo (...) “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos

contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele-saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (p. 97).

De acordo com Brazão et al. (2016), o trabalho em equipa e a comunicação são identificados como elementos essenciais para a melhoria da segurança do doente nos cuidados de saúde. Esses fatores desempenham um papel crucial na coordenação dos profissionais e na eficácia dos cuidados prestados, especialmente quando se trata de garantir que os doentes recebem o atendimento adequado e seguro. A qualidade da comunicação na relação entre o enfermeiro e o doente tem um impacto direto no estado de saúde do doente e na forma como ele utiliza os serviços de saúde.

Conforme observado por Brás e Ferreira (2016), uma comunicação clara e eficaz entre o enfermeiro e o doente, não só melhora a satisfação, mas também promove uma melhor adesão aos cuidados de saúde, o que é essencial para o sucesso de intervenções e tratamentos a longo prazo. Além disso, a comunicação eficaz contribui para um ambiente de cuidados mais seguro e colaborativo, no qual o doente se sente parte ativa no processo de cuidado, aumentando assim a probabilidade de bons resultados de saúde.

O enfermeiro tem um papel preponderante na satisfação do doente durante a sua experiência hospitalar, sendo defendido por Loureiro e Charepe (2018) que “a satisfação do cliente é um indicador valioso da qualidade em saúde e em particular da qualidade dos cuidados de enfermagem” (p. 10).

Segundo a DGS (2017), a comunicação eficaz entre profissionais de saúde é entendida como a “transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p. 4). A comunicação eficaz é fundamental em todas as fases do ciclo de cuidados, especialmente durante os momentos de transição. Durante esses momentos, como a passagem de turno ou a transferência de responsabilidade para outra equipa, a comunicação clara e precisa é crucial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados. Os momentos de transição são reconhecidos como vulneráveis e exigentes (DGS, 2017).

Seguindo este pensamento, um dos elementos a atender na segurança da pessoa é a qualidade na transição dos cuidados de saúde. Assim, a DGS emitiu, no campo de

ação da qualidade organizacional, a norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. De acordo com a supracitada norma da DGS, a técnica ISBAR deve ser utilizada em todos os níveis de prestação de cuidados que envolvam a transição de cuidados de saúde promovendo uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para segurança do doente.

A técnica ISBAR é uma mnemónica que pretende, através de uma forma simples, memorizar toda a informação essencial a ser transmitida entre as equipas prestadoras de cuidados. Esta ferramenta permite a sistematização e uniformização da comunicação em saúde, fomentando a segurança da pessoa e a correta continuidade dos cuidados. A mnemónica ISBAR corresponde a Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) (DGS, 2017; INEM, 2022).

A utilização desta técnica garante uma comunicação precisa e eficaz entre os profissionais de saúde, aumentando a segurança na prestação de cuidados, reduzindo falhas na comunicação, o que permite a redução de eventos adversos, assegurando assim, a qualidade na continuidade dos cuidados. No âmbito profissional, faço utilização diariamente desta técnica, seja para com os restantes elementos das equipas envolvidas no local da ocorrência (Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, outras equipas de extra-hospitalar), seja na unidade hospitalar de destino, de forma que a continuidade da prestação de cuidados seja mantida com qualidade. Também, durante os ensinamentos clínicos apliquei a técnica ISBAR, em várias situações, nomeadamente após transferência dos doentes que deram entrada no SU, para unidades específicas como o caso da Unidade Coronária ou da Unidade do Acidente Vascular Cerebral (AVC), promovendo assim a qualidade da continuidade de cuidados.

Importa, salientar que também a qualidade da documentação e do registo dos cuidados de enfermagem é essencial para garantir a segurança, eficácia e continuidade dos cuidados prestados aos doentes, além de contribuir para a melhoria contínua da prática profissional (Silva & Dias, 2018; Mendes, 2022). Ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como na minha prática diária, procurei garantir que os registos fossem atuais, realistas, rigorosos, completos, sendo o reflexo do trabalho executado, demonstrando as minhas decisões, bem como as intervenções de enfermagem efetuadas e os seus resultados. Ao longo dos anos, a evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem

em suporte digital vieram facilitar o registo da informação, reduzindo o tempo do trabalho burocrático, melhorando a clareza da informação, diminuindo a duplicação de informação, permitindo um acesso à informação registada em tempo útil, suportando a tomada decisão dos enfermeiros (Tareco, 2015).

É inquestionável que a segurança da pessoa é um componente essencial na prestação de cuidados de saúde de qualidade, conforme identificado pela OMS (2019). A segurança tem como objetivo a prevenção e redução de riscos, erros e danos aos doentes durante o atendimento, sendo um dos pilares fundamentais para a eficácia dos sistemas de saúde.

De acordo com Matiello et al. (2016), a adoção de uma política institucional de segurança fortalece a gestão de risco, promovendo práticas mais seguras e consistentes em todos os níveis de atendimento. Essa abordagem integrada contribui para a criação de uma cultura organizacional de segurança, onde a prevenção de erros e danos se torna uma prioridade comum, beneficiando não apenas os doentes, mas também todos os envolvidos no sistema de saúde.

Seguindo esta linha de raciocínio, o papel do enfermeiro na segurança da pessoa vai além da simples implementação de estratégias. Envolve também uma série de ações contínuas, como a monitorização constante, o levantamento de riscos, a prevenção de erros, bem como a prevenção de eventos adversos. Este conjunto de ações evidencia que o enfermeiro desempenha um papel dinâmico e ativo na promoção da segurança, exercendo não só uma função técnica, mas também ética e responsável na garantia da qualidade dos cuidados prestados. Ao estar na linha de frente dos cuidados, o enfermeiro é capaz de detetar potenciais problemas antes que eles causem danos, contribuindo diretamente para a redução de riscos e a melhoria dos resultados de saúde, conforme referenciado por Ramos de Azevedo et al. (2020).

A melhoria da qualidade e segurança do doente é uma preocupação evidente na política na unidade hospitalar onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos de SU e UCIP, sendo uma área prioritária de intervenção para o hospital. É uma entidade certificada pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), onde os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, bem como nos eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. No que se refere à

gestão de incidentes, está implementado o sistema de notificação de incidentes através da plataforma HER+ (CHVNG/E, 2023).

No decorrer do ensino clínico foi possível verificar o empenho constante e a relevância que toda a equipa de enfermagem concede à qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo enquanto estudante promovido um ambiente seguro e de confiança, garantindo a confidencialidade, a privacidade e dignidade dos doentes durante a prestação de cuidados.

Durante os ensinamentos clínicos, constatei que os cuidados prestados pelos enfermeiros eram amplamente fundamentados em normas, protocolos e instruções de trabalho previamente definidos. O objetivo dessas diretrizes era claro, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente. Esta abordagem padronizada não só promove a consistência nas práticas de enfermagem, como também minimiza a ocorrência de erros, reforçando a segurança e eficácia dos cuidados.

Ao longo da prática clínica, tive a oportunidade de desenvolver e executar diversas atividades protocoladas e seguir normas estabelecidas, o que foi fundamental para consolidar práticas seguras. Uma das experiências ocorreu no contexto de SU, onde desempenhei atividades que garantiam o funcionamento correto dos equipamentos essenciais. Entre as atividades realizadas, destaco a implementação da checklist no início do turno, especialmente na sala de emergência, que incluía a verificação dos ventiladores, das seringas infusoras e dos monitores-desfibrilhadores, essenciais para garantir que, em situações de emergência, os equipamentos críticos funcionassem sem falhas, assegurando o atendimento rápido e eficaz ao doente. O cumprimento desses protocolos proporcionou-me uma maior compreensão da importância da segurança nos cuidados de saúde e reforçou o meu compromisso com a adoção de práticas baseadas em evidências e a prevenção de riscos.

Na SE, de forma a facilitar a prática diária na realização de procedimentos cruciais no cuidado à PSC, foram concebidos alguns kits pela equipa da sala de emergência, com todo o material necessário para a colocação de linha arterial, cateter venoso central, dreno torácico, paracentese e de punção lombar. A existência destes kits garante que os materiais estejam uniformizados e prontamente disponíveis, contribuindo para a consistência e a qualidade dos cuidados, proporcionando aos profissionais de saúde mais confiança nas suas capacidades de resposta a emergências e/ou procedimentos

críticos, o que é fundamental para o sucesso no tratamento dos doentes. Durante o ensino clínico tive oportunidade de utilizar estes kits, principalmente o de linha arterial e cateter central, constatando que a sua existência permite uma atuação mais rápida nos cuidados emergentes à PSC, pois evita a perda de tempo de reunir o material que se encontra disperso pela sala.

Ainda em prol da qualidade dos cuidados, outro fator essencial é a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, com vista a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo ser utilizadas metodologias e critérios que proporcionem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Regulamento n.º 533/2014). Seguindo esta linha, foi criado pela OE o regulamento n.º 743/2019 - Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, com o propósito de promover a qualidade dos cuidados prestados, garantindo a segurança e satisfação das pessoas.

De acordo com Mendes (2022), o SU é um setor complexo e dinâmico, com características únicas que o diferenciam de outros serviços de saúde. Sendo um serviço aberto 24 horas por dia, o SU tem como objetivo primordial a prestação de cuidados urgentes e emergentes a todas as pessoas que o procuram. A rapidez e a imprevisibilidade com que os eventos ocorrem dentro desse contexto exigem uma adaptação constante por parte dos profissionais de saúde.

Em Portugal, um dos problemas mais recorrentes nos SU é a grande afluência de doentes, frequentemente para situações pouco urgentes ou não urgentes, o que acaba por contribuir para a sobrelotação. Essa sobrecarga coloca uma pressão significativa sobre os recursos limitados do serviço, impactando diretamente na qualidade dos cuidados prestados, onde os longos tempos de espera conduzem a uma redução da eficácia dos cuidados e aumentando a probabilidade de erros, bem como na segurança dos doentes que com uma elevada afluência e falta de recursos, como enfermeiros e outros profissionais, a segurança pode ser comprometida, especialmente em situações de emergência, onde o tempo de resposta é crucial.

Neste contexto, o cálculo das dotações seguras de enfermeiros torna-se essencial para garantir que o número de profissionais disponíveis seja adequado à casuística (complexidade e gravidade dos casos atendidos) e à procura (número de atendimentos)

ao longo dos dias, semanas e meses, ajustando-se às necessidades específicas de cada SU. A determinação de dotações seguras deve ser feita de maneira a permitir que a quantidade de enfermeiros por posto de trabalho reflita a variação no volume de atendimentos, considerando picos sazonais e momentos de maior procura.

No entanto, durante o ensino clínico, observei que o número de enfermeiros distribuídos por cada posto de trabalho permanecia constante, independentemente do aumento da afluência e da sobrelotação, especialmente em determinadas épocas do ano. Esta falta de ajuste nas dotações fez com que, em várias situações, o número de profissionais fosse inferior ao necessário. Portanto, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados no SU, é crucial que haja uma adequada planificação das dotações de enfermagem, considerando a variação de demanda e adaptando-se às circunstâncias específicas de cada unidade.

Estas situações de sobrelotação no SU geram elevados níveis de stress tanto para os profissionais de saúde quanto para os doentes. A pressão constante para atender um grande volume de doentes com recursos limitados, muitas vezes em situações críticas, contribui para o aumento da tensão e pode impactar negativamente tanto o bem-estar dos profissionais quanto a qualidade dos cuidados prestados.

Nessas circunstâncias, o EE desempenha um papel crucial, não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na gestão do stress e na organização do serviço. O papel do EE é fundamental na liderança e coordenação da equipa, na gestão do stress e do ambiente de trabalho, na tomada de decisões clínicas rápidas e eficazes, na garantia da segurança do doente e na comunicação eficaz com os doentes e familiares.

Ao acompanhar a Enfermeira Tutora, sendo esta coordenadora de equipa, presenciei a notória capacidade de liderança, comunicação, tomada de decisão, definindo e estabelecendo prioridades, promovendo não só eficácia na gestão dos recursos humanos disponíveis, mobilizando elementos dentro das diferentes áreas do SU, de forma a reforçar aquelas em que o fluxo de doentes era maior, bem como esta reforçou a equipa de triagem de forma que esta fosse mais célere aliviando a pressão neste setor.

No SU, a excessiva carga de trabalho, o número imprevisível de pessoas que ocorrem ao serviço e a existência de uma equipa multidisciplinar diversa são fatores de risco que potenciam a ocorrência de erros (Ramos de Azevedo et al., 2020). A sobrelotação é um problema de saúde pública que conduz à deterioração da qualidade dos

cuidados de saúde, aumento dos custos em saúde e à insatisfação das pessoas (Dixe et al., 2018).

No decorrer do ensino clínico, apesar de alguns constrangimentos foram vários os cuidados prestados com o intento de favorecer a segurança e a qualidade dos mesmos, considerando os padrões de qualidade definidos pela OE bem como pelo PNSD. Evidencia-se o cuidado em garantir a correta identificação dos doentes em qualquer circunstância da prestação de cuidados, com atenção especial no posto de triagem, em que a colocação da pulseira de identificação é da responsabilidade do enfermeiro triador.

Outros aspetos refletidos foram a avaliação do risco de úlcera por pressão e do risco de queda. De acordo com Soares & Heidemann (2018) e a Orientação da DGS n.º 017/2011, as úlceras por pressão (UPP) são um problema de saúde pública bem como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, estimando-se que 95% das UPP podem ser evitadas através da identificação precoce do grau de risco. De acordo com a orientação descrita anteriormente, em contexto de UCIP foi efetuada uma avaliação do risco de UPP nas primeiras seis horas após admissão do doente, recorrendo à utilização da Escala de Braden, procedendo à sua reavaliação de acordo com o grau de risco obtido na classificação, sendo que neste contexto a reavaliação é realizada de 24/24 horas, ou seja, uma vez em cada turno. A utilização de uma escala de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, pois permite auferir a suscetibilidade de desenvolver UPP.

Na UCIP onde foi realizado o ensino clínico já contempla camas que alternam decúbitos de forma automática, no entanto foram adotadas outras medidas com vista à prevenção e tratamento das UPP, tal como a colocação do colchão de pressão alterna, posicionamentos frequentes, elevação da cabeceira no máximo a 30°, limpeza e hidratação da pele com creme hidratante e massagem corporal, roupa de cama sem vincos e/ou restos alimentares, e a introdução de um regime dietético adequado ao estado nutricional (DGS, 2011; Yashchuk, 2019).

Dado que estes doentes também são portadores de dispositivos invasivos como sondas nasogástricas, sondas vesicais, bem como tubos endotraqueais, durante os posicionamentos é essencial verificar se estes dispositivos ficam bem posicionados, de forma a prevenir zonas de pressão provocadas pelos mesmos. No caso dos tubos

endotraqueais, fixados por nastro, a colocação de uma compressa por baixo do nastro impede que este provoque uma lesão a nível da boca. Estas atitudes de Enfermagem permitem adotar métodos e práticas que potencializam a prevenção, possibilitando ao enfermeiro especialista demonstrar a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção e gestão de cuidados, proporcionando a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida (Yashchuk, 2019).

De acordo com a Norma n.º 008/2019 da DGS, em Portugal, a ocorrência de quedas em ambiente hospitalar revela um problema grave que pode resultar em “(...) danos físicos ligeiros ou que podem resultar em hemorragias intracranianas, aumento do tempo de internamento ou morte, danos psicológicos, declínio funcional, prolongamento do internamento e aumento de custos” (p.9).

Em Portugal e de acordo com os dados reunidos do sistema nacional de notificação de incidentes - Notific@, 21% do total dos incidentes notificados são alusivos a quedas, o que obriga à implementação de medidas preventivas imediatas desde o momento em que se realiza a admissão (DGS, 2019),

Segundo Alves et al. (2023), a ocorrência de quedas pode estar associada a diversas alterações estruturais e funcionais, compreendendo a perda da capacidade de locomoção, a diminuição da força muscular bem como o equilíbrio reduzido e uma menor flexibilidade.

A escala de avaliação do risco de queda implementada onde foram realizados os ensinamentos clínicos, é a Escala de Quedas de Morse (versão portuguesa) constituída por seis fatores de risco e com um intervalo de pontuação entre 0 e 125 pontos, como evidenciado pela Norma n.º 008/2019 da DGS. O resultado da pontuação culmina em três grupos de risco: Baixo risco (0-24), risco moderado (25-50) e alto risco (≥ 51), traduzindo medidas específicas a serem implementadas no plano de cuidados do doente (DGS, 2019).

Durante os ensinamentos clínicos, e tendo em conta o anteriormente descrito, de acordo com o risco identificado foi efetuada a monitorização do estado de consciência, efetuada a elevação das grades e regulada a altura da maca para a posição mais baixa, mantendo esta travada e colocação do doente sob um campo visual mais próximo da equipa de enfermagem. No SU, nas situações em que o doente estava acompanhado, promovi o envolvimento do mesmo e da família na prevenção de quedas e das lesões que daí podem advir, através de uma comunicação assertiva, com um discurso simples, de

forma que obtivesse a colaboração destes. Estas atitudes, aliadas a uma comunicação entre a equipa, bem como com a família, promove um ambiente de segurança, evitando a ocorrência de quedas (Dykes et al., 2020).

Mantendo a concordância com a qualidade contínua dos cuidados, de referir a implementação de medidas inerentes à prevenção de IACS preconizadas pelo Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos nos locais onde foram realizados os ensinos clínicos. Nesta medida, evidencia-se o rigor na implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), particularmente na correta utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), bem como a supervisão e orientação de outros elementos da equipa multidisciplinar na sua colocação e remoção, no reforço da higienização das mãos e da etiqueta respiratória, indo ao encontro do explanado na Norma n.º 029/2012 da DGS, atualizada em 10/2013. Este tema será mais explorado no capítulo seguinte, referente às competências específicas do EEEMC.

No que concerne à segurança dos cuidados de saúde, sendo este um dos pilares da qualidade dos cuidados, é vital o papel do enfermeiro na preparação e administração da terapêutica. Segundo o Parecer 64/2017 do CJ da OE “A tomada de decisão relativamente à administração de qualquer fármaco implica que o enfermeiro decida com base em conhecimentos científicos coadjuvados através da sua prática; (...)” (p.1).

O erro de medicação é um incidente evitável que pode conduzir ao uso inadequado de medicação, causando dano no doente (Gaio et al., 2021). De acordo com Freitas et al.,(2017), entre os eventos adversos mais frequentes na prestação de cuidados de saúde estão os erros de medicação, sendo que, na sua maioria, poderiam ter sido evitados. De forma a minimizar estes erros, é um dever dos enfermeiros seguir os cinco “certos”: administrar o medicamento certo, ao doente certo, na dose certa, no momento certo, através da via certa e efetuando o registo certo (Gaio et al., 2021; DGS, 2015).

Ao longo dos vários ensinos clínicos, foram várias as estratégias de forma a minimizar os erros no que se refere à medicação. De forma a evitar a troca de seringas, a utilização de uma etiqueta com o nome do doente no SU, ou no caso do extra-hospitalar, a identificação das seringas com o nome do doente e do fármaco preparado para o efeito com um marcador permanente com vista a que esta informação não se apague durante o manuseamento das mesmas.

No ensino clínico na UCIP, a gestão dos protocolos terapêuticos implementados levou-me a conhecer a indicação de determinados fármacos que não fazem parte da minha prática profissional diária, levando-me a entender a sua indicação, cuidados a ter na sua administração e eventuais efeitos secundários. Para além do estudo que tive de realizar, foram fundamentais os momentos de reflexão crítico-reflexivas efetuados com a enfermeira tutora e restante equipa durante a realização do ensino clínico, para garantir uma intervenção segura. Visto que o volume de medicação na UCIP é maior, a utilização de um tabuleiro com toda a medicação do doente é uma forma de minimizar o erro de medicação. Garanti a aplicação de boas práticas durante todos estes procedimentos, tendo sempre em conta os medicamentos LASA ou *look-alike* e *sound-alike*, medicamentos estes com nome e/ou aspeto semelhante e os medicamentos de alerta máximo sinalizados com pictograma de cor vermelha, com dupla verificação do fármaco e da dosagem indicada através da prescrição eletrónica, que é outra recomendação, tal como recomenda a DGS através da Norma n.º 008/2023.

Na minha vida profissional, a gestão e administração de terapêutica, validada em protocolos cientificamente aprovados, pressupõe da minha parte, determinados cuidados a ter na sua preparação e administração, antecipando potenciais efeitos secundários, garantindo que estando os doentes conscientes, é-lhes solicitado o seu consentimento para a administração, garantindo sempre a segurança na preparação e administração, seguindo mais uma vez os cinco “certos” referidos anteriormente.

2.2.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Neste domínio, o EE deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com Castanho (2022), a gestão dos cuidados de enfermagem é um processo contínuo que envolve a seleção e elaboração de planos de cuidados, que orientam a execução de intervenções específicas para cada doente. Essa gestão é fundamentada na avaliação clínica do doente, o que determina as intervenções necessárias e envolve vários aspetos essenciais, como a delegação de tarefas assegurando que cada

profissional execute as atividades para as quais está mais capacitado, sempre com foco na segurança e qualidade; a preparação de procedimentos garantindo que todas as etapas sejam seguidas conforme os protocolos e normas de segurança e a antevisão de materiais e recursos: necessários para cada procedimento, de forma que tudo esteja disponível e pronto para ser usado quando necessário, evitando atrasos ou erros durante a prestação de cuidados.

No que respeita à gestão de cuidados de enfermagem, durante os ensinamentos clínicos debateu-se a individualização/personalização do plano de cuidados refletindo-se sobre a adequação dos focos, dos diagnósticos e das intervenções planeadas, de um ponto de vista académico avançado e diferenciado, baseado num pensamento crítico-reflexivo, alicerçado na melhor evidência científica, tendo como propósito a obtenção de resultados previstos traduzidos em ganhos de saúde.

A aplicação da metodologia do processo de enfermagem é crucial para garantir uma abordagem sistemática e fundamentada no planeamento de intervenções. Isso inclui a avaliação completa do doente, o estabelecimento de prioridades de cuidados e a tomada de decisões baseadas em evidências. Ao antecipar e responder de forma proativa aos sinais de instabilidade, os enfermeiros desempenham um papel vital na promoção da recuperação e na gestão eficaz das condições de saúde do doente crítico. Esta abordagem centrada no doente e baseada em evidências é fundamental para garantir a melhor qualidade de cuidados possível.

Além disso, é importante destacar a importância do desenvolvimento de competências específicas relacionadas com o uso de tecnologias avançadas de vigilância, monitorização e terapêutica. Essas habilidades são essenciais para prestar cuidados de qualidade e responder prontamente a situações críticas.

O EE, enquanto profissional provido de uma adequada preparação e de competências deve ajustar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p. 4748).

Como sustenta Oliveira et al. (2021) referindo-se a Wei et al. (2018), “a liderança em Enfermagem é um fator chave na construção e manutenção de um ambiente de prática saudável e assume um papel fundamental na retenção e satisfação dos enfermeiros com impacto significativo na qualidade dos cuidados de enfermagem” (p.146). Segundo Dos

Santos et al. (2013), “O enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e pela organização de um ambiente que favoreça e potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem” (p.260).

Para o desenvolvimento desta competência, foram fundamentais os conteúdos lecionados nas disciplinas de Gestão de Unidades de Saúde e Enfermagem, Enfermagem à PSC e/ou falência orgânica em contexto de extra-hospitalar e de urgência, bem como a unidade curricular de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, onde foram abordadas as competências de liderança e gestão de equipas nos mais variados contextos de trabalho.

Ao longo dos ensinamentos clínicos no SUP e UCIP, constatei que os responsáveis de equipa são Enfermeiros Especialistas e compete a estes a realização de um conjunto de tarefas, tais como a distribuição dos recursos humanos pelos doentes do serviço no caso da UCIP ou pelas áreas de atuação, como é o caso do SUP, onde existem áreas específicas como a sala de emergência, para as quais são alocados, preferencialmente, Enfermeiros Especialistas em EMC.

O parecer n.º 14/2018 e o parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC, juntamente com o regulamento n.º 743/2019, destacam a importância de ter enfermeiros especialistas em EMC na prestação de cuidados de urgência e emergência. Eles recomendam que pelo menos 50% dos profissionais envolvidos sejam enfermeiros especialistas em EMC, com preferência para ocupar a função de responsáveis de equipa. Além disso, esses documentos ressaltam que para funções mais complexas, como a gestão da sala de emergência, os especialistas em EMC devem ser os responsáveis, uma vez que possuem as competências necessárias para lidar com as necessidades de cuidados em situações de urgência e emergência. Estas recomendações foram constatadas no SU e na UCIP onde foram realizados os ensinamentos clínicos. Em contexto UCIP os responsáveis de turno são EEEMC, e em contexto de SU, os responsáveis de equipa bem como os elementos alocados à SE, são EEEMC.

Destaco também o papel fulcral do enfermeiro chefe e do enfermeiro responsável de equipa em UCIP e SUP. Eles desempenham funções-chave no suporte ao processo de tomada de decisão, assessoria e supervisão das tarefas delegadas aos enfermeiros e à equipa, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Dos Santos et al. (2013), liderar nestes contextos, UCIP e SU, envolve uma postura proativa na relação com a equipe e na tomada de decisões, sem recorrer à imposição de poder, mas sim valorizando o trabalho em equipa. Essa abordagem é especialmente crucial em contextos de cuidados intensivos, onde as decisões tomadas podem ter um impacto direto na vida dos doentes.

Ainda segundo o mesmo autor, a coordenação eficaz e a distribuição adequada de recursos humanos e materiais são elementos essenciais para promover a eficiência, segurança e qualidade dos cuidados de saúde, garantindo uma resposta eficaz às necessidades dos pacientes e contribuindo para o sucesso geral da organização de saúde.

A gestão de cuidados de enfermagem é uma parte fundamental do sistema de saúde e envolve várias metodologias organizacionais para garantir que os doentes recebam o cuidado adequado. Ao longo dos ensinamentos clínicos constatei que essas ferramentas e métodos, como o NEMS – Score de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem, são essenciais para garantir que a carga de trabalho de enfermagem seja adequadamente dimensionada, permitindo que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade.

Ao longo dos ensinamentos clínicos no SU e UCIP, o acompanhamento das enfermeiras tutoras permitiu-me colaborar em processos que não visavam diretamente os cuidados, tais como a responsabilidade da gestão de cuidados, a gestão dos recursos humanos e materiais, tais como a reposição de material e controle de fármacos e respetiva reposição, bem como a promoção de um bom ambiente de trabalho, colaborando na prestação de cuidados nas diversas áreas, nomeadamente no apoio à sala de reanimação e sala de trauma em contexto de SU.

Relativamente ao SU onde foi realizado o ensino clínico, considerando a norma para o cálculo de dotações seguras (OE, 2019), sendo a metodologia utilizada por “Posto de Trabalho”, adaptada ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, os profissionais estão divididos em 5 equipas, existindo em cada equipa um enfermeiro responsável, sendo neste SU um EEEMC, indo de acordo ao Regulamento n.º 743/2019 que enfatiza “(...) que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala SE 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).

Desta forma percebi que a subdivisão dos enfermeiros nos diferentes postos do SU era realizada de acordo com as competências e a especialização de cada profissional. Os EEEMC eram destacados para os postos que envolviam maior contacto com o doente crítico, dada a sua formação e capacidade para lidar com situações de maior complexidade e urgência.

Durante os meus turnos no ensino clínico, fui destacado principalmente para a Sala de Emergência, o que proporcionou uma oportunidade valiosa para desenvolver competências especializadas no cuidado de pessoas em situações críticas, num contexto de serviço de urgência. Essa experiência foi crucial para aprimorar a minha capacidade de resposta rápida, decisões clínicas sob pressão e habilidades técnicas necessárias no atendimento ao doente crítico, como o uso de ventiladores, desfibriladores e outros equipamentos essenciais.

Além da SE, também tive a oportunidade de contatar com outras áreas do SU, como a área cirúrgica e a área médica. Essa rotação permitiu-me expandir a visão sobre o funcionamento geral do serviço de urgência e desenvolver uma abordagem holística, compreendendo as diferentes dinâmicas e fluxos de trabalho em cada área. A experiência variada enriqueceu ainda mais a minha prática clínica, proporcionando-me uma base sólida tanto no atendimento especializado quanto na gestão dos cuidados em diferentes contextos de urgência e emergência.

Dada a afluência significativa de doentes ao SU, destaca-se a importância da utilização de ferramentas que auxiliem na gestão do risco clínico. Neste SU, a Triagem de Manchester desempenha um papel essencial nesse processo, ao permitir o estabelecimento de critérios de prioridade com base nos sintomas apresentados pelos doentes. Essa ferramenta facilita o encaminhamento antecipado dos pacientes que apresentam maior gravidade, seja em situações de urgência ou emergência, garantindo que os cuidados sejam prestados de forma adequada e ajustada às necessidades de cada pessoa.

Conforme a Norma n.º 002/2015 da DGS, a Triagem de Manchester assegura que os doentes sejam classificados de acordo com o seu nível de prioridade, permitindo uma gestão eficiente dos recursos e uma resposta mais rápida para casos mais graves. Além disso, a triagem de prioridades é referida no Parecer n.º 23/2015, que sublinha que "uma avaliação precisa e rápida é um primeiro passo essencial para uma boa gestão do

serviço" (p.2). Isso ressalta a importância de que a triagem seja conduzida de forma eficaz, garantindo que os doentes críticos recebam tratamento prioritário, enquanto os casos menos graves possam ser atendidos de acordo com a capacidade do serviço.

O enfermeiro responsável pela triagem deve possuir um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas em urgência e emergência, que, embora apoiados nos algoritmos de decisão da Triagem de Manchester, permitam uma avaliação clínica precisa e uma tomada de decisão segura e fundamentada. Estes profissionais precisam ser capazes de reconhecer rapidamente sinais de deterioração clínica e agir de acordo com a gravidade do caso.

Nesse contexto, o Regulamento n.º 743/2019 recomenda que o posto de triagem de prioridades no SU seja ocupado, preferencialmente, por EEEMCPSC. Os EEMC possuem a formação necessária para realizar uma avaliação rápida e precisa em contextos de urgência e emergência, o que os torna particularmente aptos a desempenhar esse papel, assegurando que os doentes recebam o atendimento adequado e em tempo hábil, de acordo com a sua condição clínica. Essa especialização garante uma triagem eficaz, contribuindo para uma gestão eficiente do fluxo de doentes e para a segurança dos cuidados prestados.

Considera-se que, no âmbito da gestão de cuidados, o encaminhamento das situações clínicas na triagem, conforme a área de especialidade, é uma mais-valia significativa para garantir a qualidade e segurança dos doentes. Esse encaminhamento especializado facilita o acesso célere ao atendimento adequado, essencial num ambiente de urgência, onde o tempo é um fator crucial. Segundo a Norma n.º 002/2015 da DGS, esta estratégia promove ganhos em saúde ao reduzir não apenas o tempo de espera para a avaliação inicial, mas também o tempo de permanência no SU.

Já no SEMER, nomeadamente no STAT-CIC, a maioria dos enfermeiros são especialistas, nomeadamente em EMC, ao contrário da LEM dos Açores, integrada na SAGE, onde os enfermeiros que constituem a equipa, nenhum é especialista. Na EMIR, todos os elementos que constituem a equipa de Enfermagem são EEEMC, ao contrário da equipa da SIV Terceira, onde apenas três são EE. Estes dados são de elevada importância, visto que o extra-hospitalar é um contexto de trabalho altamente diferenciado, seja em contexto de atuação bem como nas atividades desenvolvidas. Segundo Ferreira (2022), “a prestação de cuidados em ambiente extra-hospitalar requer

profissionais que possuam competências e conhecimentos teórico-práticos que lhes permitam desenvolver uma prática de cuidados emergente, de forma imediata, integral e com qualidade” (p.56/57).

Esta disparidade de profissionais especialistas nas duas regiões autónomas citadas (Madeira e Açores) pode advir da falta de investimento pessoal em cursos de especialização ou mestrados, com vista a uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, como também pode resultar da falta de oferta de formação em cursos de especialização na região de atuação. A RAM tem uma maior oferta de formação que a RAA, fazendo com que estes não necessitem de sair da RAM para frequentar estes cursos, proporcionando maior facilidade no acesso à formação bem como posteriormente os contextos de trabalho sejam constituídos por mais enfermeiros especialistas, situação espelhada anteriormente no contexto extra-hospitalar, onde na RAM a aposta na formação pessoal reflete-se no SEMER, onde tanto no STAT-CIC como na EMIR, a percentagem de EE seja muito elevada em comparação com a RAA.

No SEMER, nomeadamente na EMIR, bem como na SIV Terceira, e tal como na minha atividade profissional, no início de cada turno verifiquei o stock existente e a operacionalidade do material. Este procedimento revela-se de significativa importância, permitindo interiorizar a localização do material dentro das respetivas mochilas e mesmo da viatura, permitindo uma maior celeridade de atuação nas ocorrências. Por outro lado, com este procedimento, é antecipada alguma falta ou falha importante do material, que, caso contrário, poderia apenas ser detetada no local da ocorrência, muitas vezes a dezenas de quilómetros da base, comprometendo, eventualmente, o socorro às vítimas.

Esta gestão operacional neste contexto do extra-hospitalar, permite uma resposta da equipa de forma célere adaptada ao contexto de atuação, garantindo a operacionalidade de toda a equipa, bem como dos equipamentos, de forma a proporcionar a melhor assistência, visando a garantia da qualidade dos cuidados necessários.

2.2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No presente domínio, o EE deve: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

O EE, ao desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, e ao basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, está preparado para desempenhar um papel de liderança na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar, contribuindo de forma significativa para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Segundo Branco et al. (2020) “A prática baseada na evidência consiste na utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada paciente” (p.2).

A prática baseada na evidência é uma estratégia fundamental para a enfermagem e para o processo de tomada de decisão, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e promovendo uma prática clínica mais ética e centrada no doente. Ao integrar a melhor evidência científica com a experiência clínica e os valores dos doentes, os enfermeiros podem prestar cuidados mais seguros, eficazes e personalizados (Danski et al., 2017).

Explanado no Artigo 109º na alínea C, referente à Lei n.º 156/2015, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

Segundo a OE (2016) a formação e o desenvolvimento profissional contínuo são fundamentais, permitindo que os profissionais estejam atualizados e capacitados para aplicar as melhores práticas no seu trabalho, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes. O Enfermeiro Especialista, de forma a poder contribuir de uma forma mais expressiva dentro da equipa de Enfermagem, bem como na equipa multidisciplinar, sendo visto como um elemento de referência, deve procurar aprimorar as suas habilidades, conhecimentos e competências, reconhecendo aquelas que precisam de ser desenvolvidas, de forma a prestar cuidados mais exigentes e de melhor qualidade aos doentes e suas famílias, permitindo um crescimento pessoal e profissional (Haboba, 2022).

O contexto extra-hospitalar, reveste-se de situações de stress e pressão. Estas situações permitiram-me atingir e conhecer os meus limites enquanto profissional e pessoa, levando-me a refletir sobre eles, e na necessidade de os superar. Este autoconhecimento abriu portas para o desenvolvimento profissional e pessoal, demonstrando um compromisso com o crescimento contínuo. O investimento num mestrado na área da PSC como forma de aprimorar as minhas habilidades, conhecimentos

e competências, não apenas enriqueceu a minha prática profissional, mas também fortaleceu a minha capacidade de prestar cuidados de qualidade baseados em evidência científica. Combinando a minha experiência profissional com o conhecimento adquirido ao longo do mestrado, construí uma base sólida para lidar com situações críticas e apoiar as pessoas e seus familiares da melhor maneira possível. Este compromisso com a melhoria contínua conduz a um desempenho mais elevado, prestando cuidados de melhor qualidade.

Considerando que a formação contínua deve estar sempre presente no nosso percurso profissional e tendo em conta a constante evolução tecnológica e a produção de conhecimento em Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 361/2015), importa referir que durante o período em que decorreu o ensino clínico no SU realizei uma formação para os enfermeiros deste serviço, em conjunto com outra estudante do MEMC, sobre a abordagem à vítima de trauma. O planeamento desta formação exigiu uma pesquisa e aprofundamento da temática de forma a apresentar dados e informações sustentadas na mais recente evidência científica. Este assunto será abordado de forma mais profunda no capítulo seguinte referente às competências específicas.

Já durante o ensino clínico na UCIP, foi realizado um estudo de caso fundamentado. De acordo com Figueiredo & Amendoeira (2018), o estudo de caso é uma metodologia de pesquisa valiosa que permite uma compreensão aprofundada e detalhada de fenómenos complexos, sejam eles individuais, grupais, organizacionais ou comunitários. Ao desenvolver um estudo de caso, temos a oportunidade de explorar contextos específicos, investigar relações causais e entender a dinâmica dos acontecimentos. Este estudo de caso contribuiu, sem dúvida, para o meu desenvolvimento profissional, pois não só ofereceu insights importantes sobre o caso, mas também promoveu o pensamento crítico e a capacidade de aplicar conhecimentos teóricos na prática, fortalecendo a minha capacidade de tomar decisões informadas e fundamentadas. Além disso, ao basear a minha prática em evidências científicas e adaptá-la às necessidades individuais dos doentes, garanti uma prestação de cuidados mais eficaz e de qualidade.

Destaco que, no final da adolescência, e antes de decidir o meu futuro profissional, ao ingressar numa corporação de bombeiros, surgiu o interesse na área de urgência e emergência, em particular da PSC. Após a conclusão do curso de Enfermagem,

e o início da minha vida profissional, a área da urgência e emergência foram desde logo o meu objetivo, e desde então que é nesta área que desenvolvo a minha vida profissional, desenvolvendo ao longo dos anos vários cursos e ações de formação, com o objetivo de desenvolver uma prática que me permita dar uma resposta mais adequada, face às necessidades da pessoa e família.

Saliento a realização do Curso de Triagem de Manchester bem como o Curso de VMER para Enfermeiros e também a formação SIV, que me permitiu trabalhar durante estes anos nestes meios de Emergência. Destaco também a formação em Fisiologia de Voo, que aliada às formações anteriormente descritas me permitiu ingressar nas equipas do SHEM, fazendo parte das mesmas até à atualidade, tendo, no entanto, atualizado em 2020 esta formação de Fisiologia de Voo através de curso ministrado pela Secção de Treino Fisiológico (STF), do Centro de Medicina Aeronáutica da Força Aérea Portuguesa, ficando capacitado de mais e melhores conhecimentos acerca do transporte de vítimas em aeronaves. No entanto, com o objetivo de adquirir mais competências na área do extra-hospitalar, realizei o Curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo (SBV-DAE) bem como a respetiva Formação de Formadores de SBV-DAE. O SAV, parte integrante das formações e várias recertificações VMER e SIV, levou-me a frequentar o Curso de Formação de Formadores Nível V, curso este que permitiu elevar as competências técnico/pedagógicas para o ensino de Suporte Avançado de Vida.

Mais recentemente, durante o ano de 2022, no desenrolar das competências adquiridas em SAV, iniciei funções como auditor do Programa Nacional DAE (PNDAE). Este procedimento de gestão de controlo da qualidade e auditoria, define os critérios de monitorização qualitativa dos Operacionais DAE (ODAE), na realização de manobras de SBV e Desfibrilhação Automática Externa, permitindo por um lado a melhoria contínua destes operacionais, bem como, a melhoria contínua da formação em SBV-DAE. Este procedimento permite ainda a aquisição de informação que permita avaliar o impacto do Programa na sobrevida da morte súbita de causa cardíaca, bem como, outras informações passíveis de reforçar ou alterar procedimentos no PNDAE (INEM, 2022). A aquisição destes conhecimentos específicos, permite-me desenvolver competências especializadas do ponto de vista científico, com vista a uma melhor prestação de cuidados à PSC,

cuidados estes altamente diferenciados, essenciais em situações limítrofes, onde o risco de vida é iminente.

Destaco ainda as formações internas na Ambulância SIV onde desempenho funções, como formando e formador, que se realizam trimestralmente, que são o resultado do diagnóstico de necessidades formativas realizadas precocemente. Concomitante a estas formações, foram também frequentados Congressos, Jornadas e Simpósios com temáticas do Doente Crítico e Emergência Extra-Hospitalar. Este caminho percorrido ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação crítica, aliado à minha prática profissional, revela um processo de aprendizagem e desenvolvimento enquanto Enfermeiro e Pessoa, detendo como princípio orientador a excelência do exercício da Enfermagem.

Estas competências comuns serviram de base para o desenvolvimento das competências específicas em EMC, na área de Enfermagem à PSC e que serão descritas no capítulo seguinte.

2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo o Regulamento N.º 140/2019, as competências específicas são as competências que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, comprovadas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

No domínio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à PSC surge como uma área emergente. A PSC, segundo o Regulamento N.º 429/2018, é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, o foco do cuidado do EEEMCPSC está centrado tanto na PSC quanto na sua família ou cuidador, que geralmente enfrentam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o que requer uma abordagem altamente diferenciada, especializada e qualificada por parte do enfermeiro especialista.

Os cuidados de enfermagem à PSC são caracterizados pela sua diferenciação e especialização, sendo voltados para a prestação contínua de apoio à pessoa em risco de falência de uma ou mais funções vitais. Estes cuidados visam a conservação das funções básicas, a prevenção de complicações adicionais e a limitação de incapacidades que possam surgir, com o objetivo final de promover a recuperação total da pessoa. Além disso, a atuação do EEEMCPSC foca-se em manter a estabilidade do doente, intervindo de forma eficaz e tempestiva para evitar a deterioração clínica.

Esses processos complexos podem ter diversas origens, como situações de emergência, exceção ou até mesmo catástrofes, que colocam a pessoa em risco de vida. Nestas circunstâncias, a intervenção do EEEMCPSC é essencial para garantir a estabilização e recuperação do doente. O enfermeiro especialista precisa mobilizar uma vasta gama de conhecimentos e habilidades para lidar com condições críticas,

Segundo Mendes, (2022), é de elevada importância a avaliação diagnóstica e a monitorização contínua no cuidado à PSC, impondo ao EE uma observação, vigilância e

colheita contínua, sistêmica e sistematizada de dados, com o objetivo de identificar e responder às necessidades da pessoa de forma contínua, antecipando e intervindo precocemente sobre eventuais complicações, garantindo uma intervenção minuciosa, concreta, eficaz e em tempo útil.

Seguidamente irei realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e das situações vivenciadas/experimentadas, com vista ao desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na área da PSC. Procurarei destacar algumas das experiências mais determinantes que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

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

As situações de saúde da PSC e/ou falência orgânica bem como a sua família/cuidador, exigem do EE conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a dar uma resposta eficaz e holística face à complexidade que está inerente a esta tipologia de doente (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Ao longo do ensino clínico no SU, com o objetivo de desenvolver e aprimorar as competências na prestação de cuidados à PSC, foi dada prioridade à permanência nas áreas onde esses cuidados eram constantes, com destaque para a SE. Esta área é particularmente importante, pois representa a interface entre a emergência extra-hospitalar e a urgência hospitalar, conforme destacado pela Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Por ser um espaço crítico, a sala de emergência exige uma abordagem célere e precisa, sendo um ponto estratégico para garantir uma resposta rápida e eficaz.

Durante este período, tive a oportunidade de prestar cuidados a diversos doentes críticos, o que envolveu antecipar e identificar focos de instabilidade e agir rapidamente para prevenir a falência orgânica. A capacidade de intervir com rapidez e precisão é fundamental para a estabilização do doente e a prevenção de complicações graves, características que foram continuamente trabalhadas neste ambiente. Além disso, a experiência prévia em SU, bem como a atividade profissional desenvolvida no contexto extra-hospitalar, revelaram-se facilitadores cruciais para o sucesso deste processo de

aprendizagem. O contacto anterior com situações de emergência, tanto dentro como fora do hospital, permitiu-me ter uma base sólida de conhecimentos e práticas, o que facilitou a minha adaptação às exigências do ensino clínico na sala de emergência. A familiaridade com o atendimento extra-hospitalar e o trabalho sob pressão em situações críticas contribuiu para que a prestação de cuidados emergentes no SU não fosse uma realidade completamente desconhecida, mas sim um campo onde foi possível aprofundar e consolidar as competências já adquiridas.

Com o objetivo de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, foram criadas as Vias Verde (VV), que constituem uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento dos doentes, desde a assistência extra-hospitalar até ao contexto intra-hospitalar. As VV são especialmente importantes para os quadros clínicos mais frequentes e/ou graves, com impacto significativo na saúde pública, como referenciado pelo Ministério da Saúde (2020).

As VV são delineadas para garantir uma resposta rápida e eficaz, particularmente em situações onde existe uma relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido desde o início dos sintomas e a eficácia do tratamento. Quanto mais rápido for o tratamento, maior é a probabilidade de obter um prognóstico favorável. Assim, as VV desempenham um papel crucial na redução de complicações e na melhoria dos desfechos clínicos.

Segundo a DGS (2010), as Vias Verdes consistem num conjunto de procedimentos que, quando realizados nas fases iniciais da doença, contribuem diretamente para a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade. A implementação precoce desses protocolos permite intervenções rápidas e direcionadas, melhorando significativamente a probabilidade de sucesso terapêutico.

Além de contribuírem para a melhoria dos resultados clínicos, as VV têm também um impacto importante na gestão de recursos. A implementação alargada desses protocolos terapêuticos possibilita a otimização dos recursos existentes, ao racionalizar o uso de equipamentos e pessoal de saúde, e também reduz os custos associados ao tratamento de doenças em estádios mais avançados. Com uma abordagem estruturada e organizada, as VV não apenas melhoram a eficiência do sistema de saúde, mas também ajudam a reduzir os custos ao evitarem complicações que poderiam exigir intervenções mais complexas e dispendiosas.

Perante o anteriormente descrito, durante os ensinamentos clínicos foi garantida a aplicação de protocolos terapêuticos complexos e específicos de abordagem à PSC, através dos protocolos de VV, nomeadamente a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Trauma (VVT) e Via Verde Coronária (VVC), bem como do protocolo de SAV em situações de peri e paragem cardiorrespiratória e o protocolo de Transfusão Maciça no Adulto.

Recordo uma situação na SE, que identifiquei durante um turno em que estava na sala de triagem, de uma vítima que é trazida pelos bombeiros por um quadro de astenia, amnésia de curta duração, referindo uma sensação de formigamento e diminuição de força no braço direito, com cerca de 2 horas de evolução. Durante a triagem, ao questionar se o doente sabia assobiar, ele responde que sim, e quando lhe solicito para o fazer, ele não consegue, ficando logo ansioso perante a situação, tendo despoletado em mim a confirmação do foco das minhas questões. Encaminhado para a SE, ativada a VVAVC, e desde a admissão na sala de emergência colaborei com a equipa multidisciplinar, realizando a avaliação segundo a metodologia ABCDE, coloquei acessos venosos e efetuei recolha de sangue para análises, preparei e administrei a terapêutica fibrinolítica prescrita, realizei eletrocardiograma, efetuei monitorização e vigilância durante a realização dos exames complementares de diagnóstico (tomografia axial computadorizada – TAC e angioTAC) e posterior transferência para a Unidade de Neurorradiologia de Intervenção para terapêutica endovascular, através de trombectomia mecânica.

A rápida identificação da sintomatologia ainda na triagem, permitiu que o doente fosse rapidamente atendido. A ativação da VV, permitiu a celeridade de todos os procedimentos, com vista ao tratamento e consequente redução de sequelas que esta patologia acarreta, trazendo benefícios para o doente e sua família. A minha rápida atuação na identificação da sintomatologia, fruto dos conhecimentos e experiência já adquirida, promoveu a antecipação e identificação dos focos de instabilidade, permitindo identificar o quadro subjacente, levando a que todos os procedimentos fossem efetuados, nomeadamente a ativação da VV, dando resposta de forma eficaz e holística perante a situação.

Destaco, algumas das competências adquiridas no âmbito da VVAVC, VVT e VVC na sua vertente hospitalar e extra-hospitalar. Na VVAVC, o objetivo principal é minorar o tempo decorrido entre o início dos sinais/sintomas e a implementação do

tratamento mais adequado nas pessoas elegíveis, numa fase precoce da doença, numa janela de tempo reduzida como no caso de AVC de etiologia isquémica, segundo os critérios de inclusão e de exclusão (DGS, 2017a).

A aplicação destes protocolos a nível hospitalar, permitiu-me um aumento dos conhecimentos desta realidade, com a perceção de todo o circuito da pessoa desde o extra-hospitalar até ao intra-hospitalar. A identificação destas situações no extra-hospitalar é recorrente, levando a que quando me confronto com estes quadros, a minha atuação precoce tenha repercussões a nível hospitalar, seja a nível da identificação da sintomatologia o mais rapidamente possível, com o registo horário do início dos sintomas e a distância a que me encontro de um hospital de referência, registo de sinais vitais, realização de colheita de informação e historial clínico, bem como alergias conhecidas, de forma a conseguir identificar critérios de inclusão e exclusão na VVAVC estabelecendo acessos venosos e iniciando terapêutica se estiver disponível. Todos estes procedimentos realizados ainda no extra-hospitalar, permitem reduzir significativamente o tempo necessário para a realização de exames de imagem aquando da chegada ao hospital e confirmação de diagnóstico, reduzindo o tempo de acesso a outros métodos de tratamento, trazendo benefícios para o doente.

Relativamente à VVT, esta tem o objetivo de identificar de forma célere e eficaz todas as vítimas de trauma major (lesão grave confirmada ou possibilidade de desenvolverem uma lesão grave), sendo tratados rapidamente por uma equipa treinada, potenciando a possibilidade de sobrevivência (DGS, 2022).

As equipas de trauma compreendem uma equipa multidisciplinar, que realizam a avaliação e o tratamento iniciais da vítima de trauma, abordagem diagnóstica e terapêutica, sendo o tempo e a qualidade de atuação fulcrais para a sobrevivência da vítima de trauma, requerendo formação avançada em trauma para médicos e enfermeiros, bem como técnicas básicas de trauma e imobilização para os restantes profissionais. O enfermeiro detém a responsabilidade de integrar estas equipas de trauma, gerindo os recursos técnicos e o equipamento de trauma na SE (DGS, 2022)

Não descurando as outras VV, a VVT tem particularidades na forma como o trauma foi provocado, sendo importante que na informação verbal e na documentação escrita sejam utilizadas as mnemónicas ISBAR, bem como também a mnemónica MIST

(Mechanism of incident, Injuries suspected, Signs and symptoms, Treatments), como referido na Norma nº 012/2022 (DGS, 2022).

Estas mnemónicas promovem uma comunicação eficaz, permitindo a sistematização e uniformização da informação transmitida, originando uma menor perda de informação, reduzindo o tempo das reavaliações com consequente redução do erro médico. O MIST complementa esta comunicação, contemplando dados relevantes acerca da vítima de trauma, tal como o mecanismo de lesão, sinais vitais iniciais, suspeita de lesões e/ou intercorrências no transporte, essencial no tratamento adequado e adaptado às necessidades da vítima (DGS, 2022).

Participei ativamente, com a equipa multidisciplinar em todo o circuito desta VV tendo a oportunidade de estar presente na ativação do protocolo de transfusão maciça, onde a celeridade destes procedimentos, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, culmina na prestação de cuidados emergentes com a realização de vários procedimentos em simultâneo, que se não estiverem bem delineados podem culminar em resultados menos favoráveis.

Durante os procedimentos da VVT, e tendo identificado alguns pontos de melhoria na abordagem à pessoa vítima de trauma, de forma a promover a excelência dos cuidados, devidamente articulado com a Enfermeira Tutora, desenvolvi uma formação em serviço, de forma a otimizar determinados procedimentos na avaliação, imobilização e transferência de uma vítima de trauma. Esta formação decorreu em 2 dias, de forma a abranger o maior número de profissionais possível. Foram abordados nesta formação a cinemática em trauma, a avaliação inicial da vítima de trauma com as guidelines mais atualizadas e foi também abordado o tema referente às imobilizações, baseada na mais recente literatura científica, finalizando com bancas práticas. Nestas, foi realizada uma revisão do material disponível para imobilizar e transferir vítimas de trauma, com colocação de cinto pélvico, colar cervical e a mais-valia da utilização da maca scoop para levantamento de vítimas de trauma em detrimento do plano duro.

A adesão por parte da equipa foi muito positiva, estando presente o Enfermeiro Chefe, os Enfermeiros coordenadores e grande parte da equipa, tendo recebido um feedback muito favorável e construtivo, sendo o tema considerado pertinente, apropriado e relevante para o desempenho da atividade profissional, sendo reconhecida por parte de todos a importância destas formações para a excelência dos cuidados à vítima de trauma.

O trauma, responsável por uma em cada 10 mortes, continua a ser um problema maior de saúde pública. Anualmente, é estimado que este seja responsável pela morte de 5,8 milhões de pessoas, infligindo também sequelas num elevado número de pessoas, cerca de 18% do total de doenças a nível global (WHO et al., 2009; American College of Surgeons, 2018; Spahn et al., 2019; Mendes, 2022).

Segundo Mendes (2022), o trauma é uma das principais causas de morte entre pessoas com idade até aos 44 anos, uma fase da vida em que o indivíduo é mais produtivo. Esse problema afeta, em grande parte, vítimas do sexo masculino. Nos Estados Unidos, o trauma é a principal causa de morte em jovens adultos, resultando em cerca de 50 milhões de admissões anuais no SU, de acordo com Kostiuk e Burns (2021).

Em Portugal, o cenário é semelhante, sendo o trauma uma das causas mais relevantes de mortalidade e morbilidade, especialmente entre a população jovem. Segundo a Ordem dos Médicos (2009) e a DGS (2010), os dados refletem uma preocupação com a saúde pública, especialmente porque essa condição afeta principalmente homens (70,8%) e indivíduos em idade ativa (71,6%), como apontado pelo INEM (2021).

As sequelas resultantes de eventos traumáticos podem ter consequências graves, incluindo deficiências e limitações de longa duração. Esses traumas frequentemente exigem processos de reabilitação prolongados, com impacto direto na qualidade de vida das pessoas, pois geram questões emocionais e interferem no desempenho dos papéis sociais dos indivíduos. Isso acaba por exercer uma influência significativa na capacidade de trabalho e nas relações sociais, além de comprometer o bem-estar geral, como destacado por Santos et al. (2018).

No que se refere à VVC, similar às outras já descritas, o objetivo é a redução do tempo entre o início dos sinais e sintomas e o início do tratamento, ampliando e estimulando a estratégia de reperfusão mais adequada e célere possível. O tempo volvido entre o início dos sintomas e a reperfusão é o principal fator da extensão de miocárdio lesado, e como resultado, da mortalidade e da morbilidade, em particular do enfarte agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento de ST (EAMSST) (Ermida, 2018).

Segundo diversos autores, a nível mundial, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade (Vale, 2023; Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020; Roth et al., 2020). Uma intervenção precoce, com a rápida identificação de sinais e

sintomas, bem como a obtenção de um ECG que permita identificar a presença de um EAMSST, possibilita a agilização de cuidados médicos essenciais bem como uma referenciação adequada, conduzindo ao aumento da sobrevivência dos doentes.

Os Açores, devido à sua geografia, apenas dispõem de um laboratório de hemodinâmica/cardiologia de intervenção, situado na Ilha de S. Miguel, no Hospital Divino Espírito Santo, onde é realizada a revascularização urgente por Angioplastia Primária. Durante o ensino clínico realizado na Ilha Terceira, e perante a identificação de um EAMSST pela SIV Terceira após realização de ECG, o doente foi encaminhado para o Hospital de Santo Espírito, EPER, onde dá início de imediato o protocolo de fibrinólise, após confirmação de ausência de contraindicações e validado o ECG pelo Cardiologista, como descrito na Circular Normativa nº 20/2021, sendo de imediato ativada a equipa de evacuações, para que todos os procedimentos inerentes a esta evacuação sejam celebrados durante a administração da terapêutica fibrinolítica (Direção Regional da Saúde, 2021).

Esta coordenação entre equipas, permite à equipa de evacuação tempo para se deslocar à unidade hospitalar, preparar o material necessário ao transporte, bem como receber todas as informações acerca da situação clínica do doente, as quais tive oportunidade de transmitir utilizando a mnemónica ISBAR, promovendo a qualidade da continuidade de cuidados.

Em contexto de SE e UCIP foram diversas as oportunidades de aprendizagem, visto o vasto leque de doentes acometidos de emergências médicas e de trauma. Aquando da admissão dos doentes na SE, vindo frequentemente acompanhados pelas equipas diferenciadas da área extra-hospitalar, nomeadamente as equipas SHEMA, VMER e SIV, a avaliação primária foi realizada de acordo com a metodologia ABCDE, seguindo-se da avaliação secundária e definido o plano de cuidados de enfermagem para o doente em questão. Durante a permanência na SE, tendo em vista serem situações mais complexas, procurei mobilizar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do Mestrado, aliando a minha experiência em extra-hospitalar em consonância com as orientações da Enfermeira Tutora, demonstrando conhecimentos e habilidades em SAV, bem como a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, respondendo aos focos de instabilidade identificados, gerindo protocolos terapêuticos complexos (gestão de aminas, administração de potássio sérico, sedação do doente), bem como os protocolos de insulina e gestão de temperatura. Também colaborei na colocação de vários dispositivos

invasivos, como por ex.: cateteres venosos centrais (CVC), linhas arteriais (LA), tubos oro-traqueais, sondas naso/oro-gástricas e cateteres vesicais (CV), desenvolvendo também um conjunto de cuidados de forma a prevenir a infeção associada a estes procedimentos.

Em contexto UCIP, devido à sua especificidade, foi onde me deparei com doentes que necessitavam de intervenções mais complexas e uma maior diversidade de procedimentos, assim como suporte hemodinâmico com recurso a equipamentos os quais não lido no meu dia-a-dia. As técnicas dialíticas, a técnica de extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), as meias compressoras pneumáticas, que permitem prevenir o tromboembolismo pulmonar, o índice bispectral (BIS), que permite avaliar o estado e a profundidade da sedação através da medição da atividade elétrica cerebral, permitindo adequar os níveis de sedação alvo, possibilitando o decréscimo de eventos adversos associados à mesma, tais como o tempo de internamento, a redução do tempo de extubação, a redução do risco de náuseas e vômito, a redução do delirium ou a diminuição do risco disfunção cognitiva (Lopez, 2016). O BIS reveste-se de maior importância nos doentes neurocríticos, pois estes beneficiam de uma sedação profunda e, através deste, o enfermeiro constata se o nível de sedação é o pretendido. O contato com esta nova diversidade despoletou em mim a necessidade de obter novos conhecimentos teóricos, adquiridos através de pesquisa e consulta de literatura científica direcionada para esta nova realidade e também junto da Enfermeira tutora e restantes colegas de forma a mobilizar e aplicar os conhecimentos adquiridos no cuidar da PSC. Assim, permitiu-me estar mais preparado para dar uma resposta de forma eficaz e holística face à complexidade que está inerente.

A gestão da dor e do bem-estar da PSC foram uma constante, bem como a gestão das situações com necessidade de sedo-analgesia, derivado dos vários procedimentos invasivos a que o doente é submetido.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na gestão da dor, visto esta ser uma das principais queixas dos doentes que recorrem ao SU, pois ocupam uma posição privilegiada devido à sua proximidade com os mesmos, permitindo estabelecer uma relação terapêutica fundamental para compreender e tratar a dor de forma eficaz, seja através de técnicas de alívio da dor, administração de medicamentos ou implementação de intervenções não farmacológicas para ajudar no controle da dor. A presença contínua

e o apoio emocional também desempenham um papel importante no conforto e bem-estar geral dos doentes que lidam com a dor (Giusti et al., 2018; Santos et al., 2021; Figueira et al., 2022; Mendes, 2022).

Desde finais dos anos 90, em Portugal foi reconhecida a necessidade de aperfeiçoar a abordagem da dor, tendo sido criado o primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001. Após este plano seguiram-se outros, atingindo o auge com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor em 2017, com o desígnio de dar continuidade aos objetivos dos planos e programas anteriores (DGS, 2017). De acordo com a DGS (2003), e como identificado pela Circular Normativa n.º 09/DGCG, a dor é reconhecida como o quinto sinal vital, referindo que “o controlo eficaz da dor é um dever por parte dos profissionais de saúde, um direito dos doentes, sendo considerada um elemento fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde” (p.1).

No que respeita à PSC, a gestão e controlo da dor requerem vigilância contínua e monitorização adequada, sendo imprescindível o uso de escalas de monitorização da dor, como referido por Teixeira e Durão (2016). A monitorização regular e abrangente da dor é essencial para o sucesso da estratégia terapêutica analgésica implementada, sendo importante o registo contínuo da intensidade da dor, tal como os outros quatro sinais vitais, com o objetivo de otimizar a terapêutica, assegurar a segurança da equipa de cuidados e melhorar a qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003).

Destaco uma situação, de um doente que dá entrada na SE acompanhado pela VMER, com um Enfarte Agudo do Miocárdio. Após receber as informações relativas ao doente, questionei sobre como estava a dor de forma a reavaliar após a administração de medicação por parte da equipa VMER, referindo que estava novamente a subir de intensidade, avaliando como 8 (escala numérica de 1 a 10), mantendo a localização e características iniciais, tendo então administrado reforço de medicação, registando esta alteração no processo do doente, reavaliando posteriormente o seu efeito. De forma a procurar o bem-estar do doente, e como descrito por Correia (2021), adotei também medidas não-farmacológicas, promovendo o suporte emocional, como o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto, procurando manter o ambiente calmo.

O EEEMSPSC, segundo o Regulamento N.º 429/2018, desempenha um papel muito relevante, garantindo “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (p. 19363).

O enfermeiro, em todos os contextos onde se prestam cuidados à PSC, desempenha um papel fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e com a família ou cuidador, sendo a comunicação um elemento-chave desse processo. No entanto, esta comunicação pode estar frequentemente comprometida, quer seja pela própria condição da doença ou pela necessidade de recursos avançados para garantir a sobrevivência da pessoa.

Nestas circunstâncias, a comunicação com a família ou cuidador assume especial relevância. O protocolo SPIKES, desenvolvido por Buckman (1992), é uma ferramenta que orienta o processo de transmissão de más notícias, dividindo-o em seis etapas: escolher um local apropriado para a comunicação, perceber o que a pessoa já sabe, identificar o que a pessoa quer saber, transmitir a notícia de forma clara, responder às emoções desencadeadas pela informação, e, por fim, propor um plano de seguimento. Este método estruturado facilita uma comunicação mais empática e eficaz, fundamental em situações de grande fragilidade.

Destaco uma situação vivenciada na EMIR, durante uma ocorrência no Funchal, para uma vítima inconsciente. Após a chegada e ao entrar na ambulância, verifico que a vítima estava em PCR. Iniciado protocolo SAV, mantendo o mesmo durante 30 minutos. Atendendo a que a vítima era turista, que no exterior da ambulância se encontravam familiares, deslocados do seu país, sem suporte no momento, após diálogo com o médico da EMIR, foi efetuado transporte para o Hospital. Esta decisão permitiu proporcionar um ambiente mais calmo e adequado para ser transmitida a notícia aos seus familiares, de forma a diminuir a ansiedade, proporcionando conforto na gestão de emoções.

A transmissão de más notícias é sempre uma tarefa delicada, especialmente quando realizada em ambientes não controlados, como o extra-hospitalar, onde frequentemente não existe um local adequado para esse fim. Estas situações podem ocorrer na casa dos doentes ou até em locais públicos, o que aumenta a dificuldade do processo. A forma como estas notícias são transmitidas pode ter um grande impacto no doente e na família, principalmente se a informação for dada de forma incorreta ou

improvisada, o que pode desencadear reações emocionais exacerbadas por parte dos familiares.

Na minha prática profissional, a utilização do protocolo SPIKES tem sido um excelente recurso, pois permite organizar a informação de forma a garantir uma comunicação clara e aberta. Este método possibilita intervir de forma adequada nas necessidades identificadas, gerindo as emoções de maneira eficaz, sobretudo em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), que habitualmente ocorrem de forma súbita e inesperada. A aplicação do protocolo SPIKES ajuda a manter a clareza e sensibilidade necessárias em momentos tão críticos.

A prática clínica permitiu-me constatar a pertinência que o EEEMCPSC assume, bem como solidificar competências nesta área. Esta prática permitiu gerir a comunicação interpessoal de forma eficaz e estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e respetiva família ou cuidador, mesmo perante dificuldades de comunicação por parte da pessoa. Além disso, possibilitou prestar auxílio ao doente e à família/cuidador nas alterações emocionais resultantes da situação crítica de saúde, doença e/ou falência orgânica.

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

O EE, segundo o Regulamento n.º 429/2018, quando confrontado com uma situação de emergência, exceção ou catástrofe deve atuar, de forma pronta e sistematizada, concebendo, planeando e gerindo a resposta, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Situações de exceção, emergência e catástrofe são ocorrências ou estados que não se encontram dentro do que pode ser visto como normal /habitual do nosso dia a dia; são situações extraordinárias que podem ser provocadas pelo homem ou por ocorrências naturais. Caracterizam-se por um elevado número de vítimas, em que existe um desequilíbrio entre as necessidades de socorro verificadas e os recursos que temos disponíveis (OE, 2018; National Association of Emergency Medical Technicians, 2021; Mendes, 2022).

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, alterada pela Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto de 2015, catástrofe é assim definida como um “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” (Diário da República n.º 149/2015, Série I, p. 5316).

Estas situações constituem um desafio para os profissionais, não havendo um “modus operandi” igual para todas as situações, tendo cada situação as suas especificidades. Segundo o ICN, a prestação de cuidados de enfermagem durante uma situação de exceção, emergência e catástrofe requer competência clínica. O ICN, ao emitir o documento «Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0.», refere, pela primeira vez, três níveis de enfermeiros que necessitam de competências em enfermagem de desastre, com níveis crescentes de complexidade. O nível um, contempla todos os enfermeiros que terminaram a sua formação base e que estejam autorizados a exercer a profissão. O nível dois, o enfermeiro que tenha alcançado as competências de nível um e seja o responsável designado para liderar o plano de emergência de uma organização na resposta a uma situação de emergência ou catástrofe. O nível três, o enfermeiro avançado ou especializado, deve demonstrar competências no âmbito do planeamento de simulacros de resposta a situações de emergência nas instituições; da atribuição e definição de papéis de cada um dos membros das equipas em cada uma das fases de gestão da situação de desastre; do planeamento e gestão de sistemas adaptáveis de comunicação de emergência ou catástrofe; entre outras competências (ICN, 2019).

O domínio dessas competências inclui, igualmente, uma gestão articulada de recursos o que vai permitir ganhos económicos, de eficácia e eficiência. Para isso requer, porém, a interoperabilidade dos sistemas e entidades. O planeamento e gestão de cuidados de enfermagem em situações de emergência, exceção e catástrofe é muito complexa e dinâmica, desenvolvendo-se desde o extra-hospitalar até ao contexto hospitalar e baseia-se em 5 pilares fundamentais: a segurança, o planeamento, a articulação, a comunicação e a formação e treino (INEM, 2018).

Segundo o Decreto de Lei nº 43/2020, o planeamento civil de emergência é uma ação transversal a todas áreas governativas do estado, visando a liberdade de ação política e governativa face a uma de situação de crise, de forma a garantir a segurança e bem-estar

das populações. A Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC), enquanto autoridade nacional, é responsável pela coordenação e articulação das diversas entidades no âmbito de emergência e proteção civil e socorro. Detém a competência de planejar, coordenar e executar as políticas de emergência e proteção civil, particularmente na prevenção e na resposta a acidentes graves e catástrofes; de proteção e socorro das populações; de coordenação dos agentes de proteção civil como é previsto legalmente; e de assegurar o planeamento e coordenação das necessidades nacionais na área do planeamento civil de emergência, com o intuito de responder em situações de crise ou guerra (Decreto-Lei nº 43/2020).

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC), é um instrumento que pretende dar resposta de uma forma organizada a situações de acidente grave ou catástrofe, onde se encontram bem definidas e estruturadas as funções de coordenação, direção, comando e controlo. Permite ainda regular a forma como é garantida a coordenação institucional e a articulação entre os intervenientes do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS) e outras entidades públicas ou privadas, envolvidas nas operações. De acordo com o definido na Lei nº 27/2006, referente à Lei de Bases de Proteção Civil, este plano classifica-se como geral, quanto à sua finalidade, e como nacional, quanto à sua área geográfica de abrangência.

Os objetivos do PNEPC visam garantir uma resposta organizada em situações de catástrofe, com os recursos e meios adequados. Incluem a definição de orientações claras para a atuação dos vários intervenientes, estabelecendo uma estrutura de direção, coordenação, comando e controlo das ações necessárias para minimizar a perda de vidas humanas e bens. Além disso, o plano procura mitigar ou até limitar os efeitos de acidentes graves ou catástrofes e restabelecer, o mais rapidamente possível, as condições mínimas de normalidade (Lei nº 27/2006).

Assim, a elaboração de um plano de emergência constitui uma ferramenta essencial. Neste contexto, a Orientação n.º 007/2010 - Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde – emitida pela DGS, recomenda a todas as unidades do SNS a criação de um plano de emergência médica de acordo com as suas diretrizes. Esta orientação reforça a importância de instituir uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e gestão de risco, elementos fundamentais para garantir uma resposta coordenada, integrada, eficaz e eficiente de todos os

profissionais de uma instituição, caso esta venha a ser afetada por uma situação de crise (DGS, 2010).

Segundo Mendes (2022), é de elevada importância a preparação e análise contínua das instituições de saúde para enfrentar diversas emergências, incluindo catástrofes naturais, epidemias, bem como incidentes tecnológicos, nucleares, biológicos, radiológicos ou químicos. De realçar a tendência crescente em gestão de riscos e resiliência organizacional, enfatizando a importância do planeamento proativo e da revisão constante das medidas de segurança e protocolos de emergência das instituições do SNS.

Os hospitais, bem como as restantes instituições ligadas à área da saúde, são fundamentais na resposta a situações de emergência e catástrofe, dada a sua capacidade de organizar e gerir recursos essenciais para salvar vidas. Um hospital seguro e eficaz deve ter planos de contingência bem definidos, profissionais de saúde devidamente treinados e um sistema operacional robusto que permita enfrentar cenários críticos. Os recursos humanos, em particular, são o alicerce de qualquer resposta a emergências. A preparação adequada dos profissionais de saúde, com foco na sua capacidade de atuação em situações de crise, é crucial. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel de grande destaque. O seu papel vai além dos cuidados diretos, envolvendo também a coordenação de respostas rápidas e eficazes em situações de catástrofes e emergências com múltiplas vítimas (WHO, 2010; Pourvakhshoori et al., 2017; WHO & PAHO; 2019).

O aumento do foco na capacitação das equipas de enfermagem, como defendido por Rocha et al. (2021), não só fortalece a capacidade de resposta imediata, como também promove uma cultura de segurança e preparação que é vital para enfrentar desafios em larga escala, como situações de emergência, exceção ou catástrofe, protegendo tanto os profissionais como os doentes, sendo necessário um maior investimento por parte das instituições hospitalares na capacitação destes profissionais. Este investimento contribui de forma significativa para a melhoria da resposta a crises, redução dos riscos e promoção da segurança no contexto hospitalar.

A realização de simulacros para testar a operacionalidade dos recursos humanos e materiais perante uma situação de exceção/catástrofe, deve ser realizada periodicamente, sendo uma forma eficaz de preparar os profissionais envolvidos para

obtenção de competências, experiências e aprendizagens na resposta a estas situações em contexto real (Primeau & Benton, 2021; Vale, 2022).

Seguindo este pensamento, revela-se crucial que os enfermeiros sejam providos de conhecimentos e competências, mediante formação nesta área específica, desenvolvendo a sua prática em situações de emergência, exceção ou catástrofe. Ao longo da minha prática profissional, vários foram os simulacros em que estive envolvido, destacando vários simulacros ao nível de aeroportos e acidentes com aeronaves; acidentes envolvendo comboios; acidentes envolvendo viaturas de transporte de matérias perigosas; simulacros envolvendo estruturas hospitalares, entre outros, que me permitiram adquirir competências nestas situações, onde estão sempre envolvidas várias entidades, respondendo a uma hierarquia, seguindo um fluxo de comunicação, de forma a não se perder informação.

Apesar de toda esta prática ser fundamental, a componente teórica baseada na mais recente evidência científica abordada nas aulas de “Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”, contribuíram para solidificar todos os conhecimentos necessários para uma atuação em situações de emergência, exceção ou catástrofe.

Nos vários locais dos ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de consultar e analisar os vários planos de emergência implementados. No cumprimento da orientação n.º 007/2010 da DGS, o SU onde realizei o ensino clínico concebeu o plano de emergência interno do serviço, de forma a responder a eventuais situações de emergência, exceção e catástrofe, tendo todos os profissionais recebido informação e formação acerca do mesmo, existindo um local definido no SU onde consta todo o material necessário para a resposta a uma eventual situação de emergência, exceção e catástrofe.

Tive a oportunidade de consultar e analisar o referido plano, bem como averiguar todo o material disponível no local definido, tendo também consultado e analisado a documentação presente no mesmo, de forma a poder atuar em conformidade caso alguma situação ocorresse durante o ensino clínico.

A nível das ilhas, a RAA, pelas suas características geológicas e geográficas, é um território suscetível à ocorrência de acidentes graves e catástrofes de origem natural ou tecnológica, tendo sido consultado e analisado o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil dos Açores (PREPCA), que abrange as nove ilhas do arquipélago (Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores, 2019). No que respeita à RAM, foi

consultado e analisado o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM (PREPCRAM) (SRPC, IP-RAM, 2022).

Estes dois planos são de âmbito geral, sendo documentos flexíveis e dinâmicos, articulando-se com o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, e com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil dos vários municípios.

A consulta e análise destes planos de emergência permitiu-me conhecer as ações de prevenção e a resposta operacional dos diversos agentes de proteção civil e demais organismos que se articulam em situações de emergência, exceção e catástrofe. Nos referidos planos é possível consultar a identificação de todas as instalações que poderão ser utilizadas e a função de cada uma, perante a situação vivenciada. Estas oportunidades e partilhas de conhecimento, aliadas à prévia participação em diversos simulacros, foram fundamentais para uma melhor preparação, desde a conceção à ação, a eventuais situações de emergência, exceção e catástrofe.

Durante os ensinamentos clínicos em SU e UCIP não se verificou a ocorrência de nenhuma situação de exceção ou catástrofe, tendo sido vivenciadas várias situações de emergência em contexto extra-hospitalar e também no SU. No entanto, durante o decorrer do ensino clínico no INEM foram planeados dois grandes eventos a nível nacional, sendo um deles o maior alguma realizado no nosso país, sendo considerado o maior a nível mundial.

O primeiro foi o evento anual do *Rally* de Portugal 2023. Evento de grande movimento de massas, que leva a que se realizem grandes projetos de segurança, de forma que tanto os pilotos envolvidos bem como o público, tenham uma resposta rápida e eficaz em caso de acidente ou doença súbita. Os planeamentos deste evento envolvem a constituição de equipas para dar resposta a todo o evento, seja dentro do troço, nas zonas de espetáculo e na zona exterior aos troços onde as viaturas circulam, bem como formação específica em caso de acidente de viação por parte de algum dos concorrentes, com manobras específicas para aproximação e abordagem dos veículos, nomeadamente os veículos elétricos, onde tem de ser cumpridas normas de segurança excecionais, de forma que as equipas de socorro tenham todas as condições de segurança para abordar e remover os pilotos de dentro das viaturas.

Todo este processo exige um grande volume de profissionais, que estão preparados para abordar as viaturas bem como o público, dependendo de onde efetuam o

seu posicionamento. Todos os envolvidos tem conhecimento das regras, bem como rotas de saída para evacuação de vítimas, meios disponíveis fora dos troços e zonas de espetáculo, bem como heli-pontos, na necessidade de evacuar vítimas de helicóptero. Além de toda esta componente prática, estes eventos exigem também uma coordenação exemplar no que respeita à alimentação e descanso das equipas.

Este ano voltei a estar presente neste evento, posicionado numa ambulância SAV, dentro do troço, com o objetivo principal de prestar socorro apenas aos pilotos. Todos os dias carecem de uma leitura do *roadbook* do troço em questão, para que em caso de necessidade consiga rapidamente identificar o local do acidente, qual a rota de emergência mais próxima, bem como o local do heli-ponto caso haja necessidade, de forma a garantir uma assistência eficaz às vítimas.

O segundo evento planeado, foram as Jornadas Mundiais da Juventude (JMJ). As JMJ, foram desde o início, o grande desafio a todas as estruturas do nosso País. Formada um *Task-Force* a nível nacional para organização do evento, todas as estruturas de socorro e segurança do País estiveram envolvidas no processo.

O INEM também esteve envolvido, planeando e definindo estratégias de socorro, para que os milhares de peregrinos que acorreram ao evento, pudessem obter cuidados de saúde sem pressionar as estruturas já existentes no País. Além de todo o processo normal de emergência que decorre diariamente e que já pressiona as unidades hospitalares, o evento JMJ teve um suporte de emergência inigualável. Participaram centenas de profissionais de saúde de Portugal (incluindo Madeira e Açores, os quais tive o prazer de trabalhar diretamente), bom como de outros países. Na semana que antecedeu as JMJ, já todo o dispositivo estava montado, com vários Postos Médicos Avançados (PMA), sete no total, espalhados pela cidade de Lisboa, em particular no Parque Eduardo Sétimo e zonas envolventes, bem como dois módulos do *Emergency Medical Team* (PT-EMT).

O módulo de emergência médica e profissionais do INEM encontram-se certificados desde 2019 como PT-EMT Tipo 1 Móvel e Tipo 1 Fixo, junto da OMS, pretendendo dar uma resposta rápida e eficaz a situações de acidente grave e/ou catástrofe em contexto nacional ou internacional. O PT-EMT tem a capacidade de responder a um elevado número de vítimas, garantindo a triagem, a estabilização inicial, a referenciação

para as unidades de saúde adequadas e o tratamento definitivo de algumas situações médicas e traumáticas de menor gravidade.

Para dar resposta à garantia dos padrões de qualidade no atendimento clínico, também em contextos de exceção tais como Acidentes Graves ou Catástrofes, foi lançado pela OMS um mecanismo de classificação de Módulos de Emergência Médica dos diversos países, classificando-os por tipo de EMT. Este processo de qualidade é gerido pela OMS, resultando na atribuição da classificação como Emergency Medical Team, garantindo assim o cumprimento dos padrões de qualidade e princípios mínimos para projeção nacional e internacional na resposta a Catástrofes (INEM, 2023).

A minha prestação nestas Jornadas, prendeu-se na colocação em um PMA, inicialmente no Parque Eduardo Sétimo, garantindo os cuidados de saúde a todos aqueles que necessitavam. Em um destes dias, fui recolocado no centro do Parque Eduardo Sétimo com mais três elementos, devido a ser uma zona de passagem de Sua Santidade, Papa Francisco, onde no dia anterior cerca de uma dezena de peregrinos se sentiram mal durante a passagem do mesmo.

Findas as cerimónias e eventos no Parque Eduardo Sétimo, todo o dispositivo foi recolocado no dia seguinte no Parque Tejo. Zona ampla onde se encontrava o Palco montado para este evento. De referir que este local estava dotado com sete PMA, bem como dois módulos do PT-EMT montados em cada ponta do recinto. Zona sem qualquer tipo de sombra. Novamente fiquei alocado num PMA, onde estávamos 15 pessoas a trabalhar (quatro médicos, seis Enfermeiros, quatro técnicos de emergência pré-hospitalar e um Bombeiro dos Açores), foi dos dias mais difíceis da minha vida profissional, enquanto Enfermeiro no INEM.

Associado ao calor extremo que se fazia sentir, a falta de sombra, a escassez de água e comida e cerca de 1,5 milhões de pessoas num recinto que rapidamente se tornou pequeno, estavam reunidas as condições para que o que deveria ser um Encontro de Peregrinos, se transformasse numa situação de catástrofe. Após a abertura do PMA, em menos de 10 minutos, recebemos 16 vítimas, trazidas por bombeiros, familiares ou populares, transportadas nas mais diversas formas, todas com a mesma sintomatologia, golpes de calor. O golpe de calor é uma condição que ocorre em indivíduos expostos a altas temperaturas ambientais, desenvolvendo um quadro de hipertermia que, mas nem sempre, pode ser superior a 40°C, associado a uma desidratação grave, levando a uma

disfunção do sistema nervoso central, podendo incluir quadro de confusão, ataxia, delírio ou convulsões, culminando com alterações do estado de consciência (Morris & Patel, 2023; Higareda-Basilio, 2019).

A gestão destas vítimas, bem como dos elementos que as transportam, desperta dentro da equipa do PMA um sentimento de entreatajuda inigualável do ponto de vista que os bombeiros que acorrem ao auxílio destas pessoas também estão expostos às mesmas altas temperaturas. Enquanto profissional neste PMA, e responsável pela triagem das vítimas (função atribuída no *briefing* inicial), não deixei sair nenhuma equipa de bombeiros sem que estes se hidratassem convenientemente, bem como terem repousado uns minutos dentro de uma tenda arrefecida para que pudessem ter condições de prestar socorro após a saída mesma. Estas intervenções, contribuíram para a antecipação de situações potencialmente graves, prestando cuidados e agilizando um conjunto abrangente de conhecimentos, permitindo antecipar focos de instabilidade.

O facto de ser primordial o arrefecimento destas vítimas (dentro do PMA com ar condicionado estariam 15 Graus Celsius), a rápida colocação de luvas cheias de água dentro do frigorífico (medida adotada após ter terminado todo o gelo instantâneo disponível) foi crucial para ajudar ao arrefecimento das vítimas para a sua rápida recuperação, visto que pela situação inicial a que fomos expostos, prevemos de imediato que seria um dia de muito trabalho.

Foram dezenas de situações idênticas, que levaram a uma reorganização interna da equipa do PMA de forma a dar uma resposta rápida e eficiente a estes casos, para que não evoluíssem para situações mais graves. Com o cair da noite a situação aliviou, o que permitiu que a equipa do PMA se voltasse a reorganizar, proporcionando momentos de descanso para refeição ligeira, bem como efetuar um reconhecimento da zona envolvente. Deparamo-nos, que toda a zona á nossa volta estava ocupada, com os corredores de emergência bloqueados por milhares de pessoas, o que levou à necessidade de uma alteração das estratégias inicialmente previstas. Situação reportado ao nosso Posto de Comando, que impotente nos solicita para fazer o melhor que for possível. Mesmo depois do dia inigualável que passamos, a equipa preparou-se para uma noite de trabalho, nunca desistindo.

Situações Major, como esta vivenciada levam-nos a pensar no nosso trabalho, nas nossas competências, na nossa capacidade de lidar com o imprevisível, com a

capacidade de readaptar a constantes mudanças. Enquanto futuro especialista e Mestre em EMC, esta evento dotou-me de uma capacidade de adaptação, de resiliência e de profissionalismo incomparável. Foram cinco dias de experiências únicas, reconhecidas pelos pares e por todos os elementos da equipa, que me deixam ainda mais preparado para a minha vida profissional como EEEMCPSC, nomeadamente no que se refere à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Pelo que foi dito anteriormente, considero que o percurso efetuado contribuiu para a reflexão sobre a complexidade dos cenários de emergência, exceção e catástrofe. Dessa forma, quando ocorrer um evento dessa natureza, estarei certamente mais preparado com os conhecimentos mais solidificados e fortalecidos contribuindo para uma resposta mais eficiente, segura e consistente.

2.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Segundo o Regulamento n.º 429/2-018, o Enfermeiro deve “Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p. 19359).

A complexidade das situações, a diversidade de contextos de atuação e a diferenciação dos cuidados aliada à necessidade de diversos processos invasivos de diagnóstico e terapêutica, indispensáveis à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, e tendo o EE em consideração o risco acrescido de uma infeção, deve atuar de forma eficaz na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Segundo Friedrich (2019), um dos mais importantes desafios para a medicina moderna são, atualmente, as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos. As IACS, por definição, são uma infeção adquirida pela pessoa, afetando também os profissionais de saúde, resultante da

prestação de cuidados de saúde (DGS, 2007). A transmissão de microrganismos em ambiente de cuidados de saúde é complexa, ocorrendo pelo contacto direto com os profissionais de saúde, bem como pelo contacto com o ambiente contaminado que a rodeia (Monegro et al., 2022).

As IACS e o incremento dos microrganismos resistentes aos antimicrobianos, estão relacionadas e com importância crescente, com impacto à escala mundial, tendo repercussões nas pessoas, nas unidades de saúde bem como na comunidade. O peso das IACS é demonstrado pelo agravamento das taxas de morbilidade e mortalidade, pelo prolongamento dos tempos de internamento e no aumento dos custos em saúde, intensificando a pressão geradora de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, resultando no aumento do uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados, sendo a principal ameaça à segurança dos cidadãos e, conseqüentemente, uma grave ameaça à saúde pública (DGS, 2017; DGS, 2018).

A nível nacional, ciente da importância desta problemática, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) através da circular informativa da DGS n.º 20/GAB/DG de julho de 1999, com o objetivo de dar a conhecer a dimensão deste problema e de divulgar medidas de prevenção da infecção. Posteriormente, em julho de 2007, o Ministério da Saúde emite o despacho n.º 14178/2007, aprovando o novo PNCI inserido no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

Em 2013, a DGS emitiu a atualização da norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) – tendo as unidades de saúde de promover a implementação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento, através da realização de auditorias internas, cabendo a estas também a responsabilidade de formação e treino neste âmbito (DGS, 2013).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado através do despacho n.º 2902/2013, sendo atualizado em 2017, pela fusão do já existente PNCI com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas com objetivos e estratégias idênticas para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos. (DGS, 2017; DGS, 2018).

Ainda em 2013, foi determinado através do despacho n.º 15423/2013, a criação de Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA em cada uma das Administrações

Regionais de Saúde, bem como a criação de Grupos de Coordenação Local do PPCIRA em todas as unidades prestadoras de cuidados integradas no SNS (DGS, 2018).

As PBCI, segundo a DGS (2018), traduzem “um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS” (p. 6).

A missão do PPCIRA consiste em promover a diminuição das taxas de IACS, sobretudo através da prevenção, bem como criar condições para uma diminuição dos microrganismos resistentes aos antimicrobianos, nomeadamente com utilização correta destes fármacos. Apresenta também a missão de promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de IACS, do consumo de antibióticos e dos microrganismos resistentes aos antimicrobianos (DGS, 2017).

Sendo os enfermeiros o maior grupo de profissionais nas unidades de saúde, estes assumem um papel central na prevenção e controlo das IACS. Além de prestarem cuidados diretos aos doentes, os enfermeiros têm um papel importante na coordenação do trabalho da equipa multidisciplinar, garantindo a implementação de práticas seguras e eficazes. A sua intervenção é crucial para minimizar o risco de infeções e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo assim para a segurança dos doentes e para a eficácia dos serviços de saúde (Mendes, 2022). Segundo o estudo de Shang et al. (2019), estes constataam que o excesso de carga de trabalho era gerado pela falta de pessoal, comprometendo as práticas de prevenção de infeções e de vigilância.

O EEEMCPSC, portador de conhecimentos e competências específicas na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos no cuidado à PSC, é um elemento-chave na promoção e inclusão das orientações do PPCIRA no seu exercício diário, bem como em toda a equipa multidisciplinar, dado ser visto como um elemento de referência no seio da equipa. Deve ter conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos bem como das diretivas emanadas pelas Comissões de Controle de Infeção (CCI), tendo a capacidade de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e estabelecendo estratégias proativas a implementar (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Para o desenvolvimento desta competência foi fundamental o conteúdo teórico da unidade curricular de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Ao longo do ensino clínico no SU e UCIP, e tendo em conta o contexto pós-pandémico vivenciado, foram feitos todos os esforços por cumprir as medidas de prevenção e controlo da infeção assim como das PBCI, em concordância com os dez padrões de qualidade estabelecidos pela DGS, sendo estes: Colocação dos doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco evitando também as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços; Higiene das mãos, sendo uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes; Etiqueta respiratória, constituída por medidas individuais a cumprir por todos, de forma a reduzir a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotícula; Utilização de equipamento de proteção individual adequado aos profissionais de saúde e de acordo com o risco associado ao procedimento a realizar; Descontaminação do equipamento clínico; Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; Manuseamento seguro da roupa, sendo esta considerada contaminada após ser utilizada; Gestão adequada dos resíduos com respetiva triagem dos mesmos no local de utilização; Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013)

Em contexto de SU, denotei a presença de vários dispensadores de Solução alcoólica á base de álcool (SABA) em todas as divisões do SU, bem como locais para a higienização das mãos, que representa a medida mais eficaz, simples e económica na prevenção das IACS. A lavagem e desinfecção das mãos contribui para a prevenção da transmissão cruzada oriunda de focos de infeção conhecidos ou desconhecidos, visto serem o principal meio de transmissão de microrganismos, contribuindo também para a diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade das IACS, traduzindo-se numa redução dos tempos de internamento com impacto direto na redução das despesas do Sistema de Saúde e aumento da qualidade dos cuidados (Tarso et al., 2017; Graveto et al., 2018; DGS, 2019; Kim et al., 2023; Aldawsari et al., 2023)

Ao longo do ensino clínico do SU, bem como nos restantes ensinos clínicos e vida profissional, a lavagem e desinfecção das mãos faz parte do meu dia a dia, sendo assegurada de forma a cumprir a Norma 007/2019 da DGS que pressupõe 5 momentos

para a higienização das mãos: antes do contacto com o doente; antes de um procedimento limpo ou asséptico; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após o contacto com o doente e após o contacto com objetos e equipamento do ambiente circundante do doente. Não negligenciando outras circunstâncias tal como quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos; antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos; antes da manipulação e/ou preparação de alimentos; antes e após a colocação e remoção de luvas; preparação pré-cirúrgica das mãos e após utilização das instalações sanitárias (DGS, 2019).

O cumprimento da etiqueta respiratória, bem como a utilização EPI adequado, principalmente na SE, foram uma prioridade na abordagem aos doentes. Aquando da receção de um doente na SE, coloquei um avental descartável e máscara FFP2, bem como luvas e óculos de proteção, para poder realizar uma abordagem mais segura, para mim e para o doente, limitando a possibilidade de uma infeção cruzada. No que respeita à proteção das macas, a utilização de material descartável permite a sua rejeição após utilização, diminuindo assim o uso de roupa hospitalar bem como a gestão que isto implica.

Visto o SU ser um local de elevada afluência de doentes, a preocupação em identificar os doentes com infeções já confirmadas (COVID-19 e Gripe A, a título de exemplo) e alocá-los na sala de isolamento, salvaguardando a distância entre estes, permitiu prestar cuidados de forma mais eficaz, possibilitando gerir os recursos humanos alocados a esta sala de forma que não estivessem em contato com os restantes doentes, de forma a prevenir a infeção cruzada. Em contexto UCI, frequentemente os doentes tem diversos dispositivos invasivos, como cateteres centrais, linhas arteriais, cateteres vesicais e tubos endotraqueais (TET). Estes dispositivos são portas de entrada de microrganismos, aumentando a probabilidade de desenvolver IACS (Oliveira et al., 2019).

Durante o ensino clínico prestei cuidados a doentes com diversos dispositivos, nomeadamente CVC e TET. No que respeita aos cuidados ao CVC, procurei manter as orientações da DGS emanadas na norma clínica N.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central e pelo Grupo Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) do Hospital onde decorreu o ensino clínico, nomeadamente através da higienização das mãos antes de

manusear o CVC, procedendo à mudança do penso na periodicidade indicada ou quando visivelmente sujo ou descolado, mantendo técnica asséptica cirúrgica, bem como a descontaminação das conexões antes de as manusear com clorohexidina 2%. A utilização desta solução para descontaminação das conexões, é defendida por diversos autores, ao invés de outros solutos como iodopovidona, diminuindo significativamente as taxas de infecção associadas ao CVC e a colonização de cateter (Bell & O’Grady, 2017; Rupp & Karnatak, 2018; Shi et al., 2019; Cruz-Aguilar, 2020). O cumprimento deste *bundle* de atuação, contribui para a diminuição do risco de infecção do CVC, contribuindo para a diminuição dos dias de internamento, bem como a diminuição da morbidade associada.

No que respeita ao TET, e de forma a incidir sobre a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) como descrito pela DGS na Norma Clínica N.º 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, procurei manter a elevação da cabeceira a 30.º, monitorizei a pressão do cuff, mantendo a mesma entre 20-30 cmH₂O, preservei os circuitos ventilatórios limpos e substituí quando sujos ou não funcionantes, realizei higiene oral em todos os turnos, aspirei secreções subglóticas, mudei o sistema de aspiração tendo também realizado a sua correta manutenção e procurei reduzir a sedação para um nível adequado à adaptação do doente à ventilação. (Santos et al., 2020; Turner et al., 2020; DGS, 2022).

Segundo Coelho et al. (2020), estas atitudes no que respeita ao TET, contribuem para a diminuição do risco de desenvolver PAI, reduzindo assim a incidência da mesma, resultando numa diminuição dos dias de ventilação, de internamento em UCI/hospitalar, dos custos associados bem como da taxa de mortalidade. Os cuidados diferenciados a estes dispositivos, permitiu-me enquanto estudante do MEMC e profissional do extra-hospitalar, desenvolver competências de intervenção na diminuição das infeções, contribuindo para uma redução dos tempos de internamento, bem como os custos associados a estes.

As medidas de prevenção da infeção também foram tidas em atenção nos ensinamentos clínicos realizados em contexto de emergência extra-hospitalar, na SIV Terceira e na EMIR na Madeira. Segundo o INEM (2023), o trabalho em múltiplos contextos, com vários parceiros, trabalhando diariamente com o desconhecido e prestando cuidados fora das unidades de saúde, enfrentando desafios específicos, tem um acréscimo na

responsabilidade na abordagem destes doentes. Esta imprevisibilidade leva-nos frequentemente para situações de *life saving*, em ambientes nada assépticos, contemplando sempre um certo risco de infeção, visto que a abordagem da PSC preconiza a realização de procedimentos e terapêuticas invasivas, sendo importante manter uma coerência entre os procedimentos assépticos e as técnicas de *life saving* (Silva, 2020).

Neste sentido, durante os ensinamentos clínicos no extra-hospitalar, existiu o cuidado em prevenir a infeção, seja através das PBCI, como a desinfecção das mãos, seja na colocação dos diversos dispositivos invasivos, bem como na recolha e separação de resíduos hospitalares produzidos durante as ocorrências. Estes resíduos eram acondicionados em recipientes próprios, para posterior colocação nos respetivos locais ao chegar à base. De referir também um cuidado especial que tive juntamente com as equipas, que foi garantir que os veículos que transportam as equipas até ao local das ocorrências, estejam dotados de EPI para serem utilizados sempre que necessário tendo em conta o nível de cuidados a ser prestado.

Durante o período dedicado ao GCLPPCIRA, através da Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, tive a oportunidade de participar em reuniões, bem como colaborar em auditorias a várias bases e meios de emergência com o intuito de efetuar uma sensibilização para as boas práticas e verificação da taxa de cumprimento das PBCI. Nestas, foram abordados vários pontos no que respeita ao veículo, à sua higienização semanal e entre ocorrências, bem como o que respeita ao material que nela é transportado, à forma como o doente é colocado na ambulância, à forma como são separados os resíduos para posterior separação aquando da chegada à base, e também à base onde as equipas estão instaladas, no que concerne à limpeza da mesma, ao local onde estão guardadas todas as instruções de trabalho emanadas pelo INEM, onde constam as PBCI. Foram também questionados os profissionais acerca das PBCI, nomeadamente à higienização das mãos, da etiqueta respiratória, da utilização de EPI e do controlo ambiental, de forma a manter a integridade da informação e consciencialização da importância das PBCI.

A participação nestes momentos de auditoria permitiu-me obter mais conhecimento sobre a operacionalidade dos meios, permitiu observar e auscultar as dificuldades dos profissionais do extra-hospitalar, bem como as necessidades específicas

de formação e de melhoria no que concerne à área de atuação do PPCIRA, tudo isto de um ponto de vista diferente, não enquanto profissional a ser auditado, mas sim enquanto elemento do CPCIRA a efetuar uma auditoria. Estas contribuem também para a observação da evolução dos indicadores de qualidade, aferir a eficácia das medidas implementadas, e quando estas não estão a ser atingidas encontrar as necessidades de melhoria. As auditorias são também momentos de sensibilização e treino, em proximidade com os profissionais (INEM, 2023).

Durante o período do ensino clínico participei também no curso de formação PBCI ministrado no INEM, com vista á minha recertificação do mesmo.

Ao longo da minha prática clínica, demonstrei e realizei diversas medidas de prevenção e controle de infeção, abrangendo desde o ambiente extra-hospitalar até ao intra-hospitalar, evidenciando que a prevenção e o controle de infeção se tornaram focos essenciais na minha atuação como enfermeiro, nomeadamente em contexto extra-hospitalar, fruto da minha prática profissional. As atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos possibilitaram o aprimorar tanto das competências comuns como das competências específicas do EEEMCPSC, comprometo-me ainda a continuar a desenvolver estas competências de forma contínua ao longo da minha carreira profissional.

CAPÍTULO III

3.1 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No presente relatório, foi descrito o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC na área da PSC, evidenciando como as experiências adquiridas durante o percurso contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, permitindo-me alcançar um nível de competência que assegura a prestação de cuidados de qualidade à PSC. Este percurso atinge o seu auge na fase de demonstrar a aquisição das competências para obtenção do grau de Mestre.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, etimologicamente, Mestre provém do latim *magíster*, *tri* ou *magistru*, referindo a palavra Mestre como aquela pessoa que ensina ou orienta, que é um mentor, a pessoa que seja perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional, bem como também referente ao grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado.

No Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, no capítulo III, artigo 15.º, está designado que o de grau de mestre pode ser adquirido no decurso de uma especialidade, tendo, para isso, de possuir conhecimentos e capacidade de: compreensão para desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo de estudos, permitindo constituir a base de desenvolvimento em contextos de investigação; deter um conjunto de conhecimentos e capacidade de compreensão, aplicando-os na resolução de problemas novos e não familiares e em contextos alargados e multidisciplinares; capacidade para incorporar conhecimentos, lidando com situações e contextos complexos, desenvolvendo soluções ou elaborar juízos em situações com informação limitada ou mesmo incompleta, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou os condicionem; ter a capacidade para transmitir as suas conclusões, conhecimentos e o respetivo raciocínio a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade; deter a competência de aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma e auto-orientada.

Uma base de conhecimentos sólida, onde se enquadra a Licenciatura em Enfermagem, o Mestrado em EMC com todas as suas unidades curriculares de extrema importância, bem como todas as formações, cursos e recertificações efetuadas no contexto da pessoa em situação crítica, da emergência e catástrofe e do trauma (referenciadas no capítulo anterior) aliadas à minha atividade profissional do extra-

hospitalar que promove constantemente o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitiram o desenvolvimento de conhecimentos específicos e diferenciados na arte do cuidar.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, desenvolvi competências especializadas no cuidado à PSC, sustentadas nas diversas vivências experienciadas que permitiram desenvolver conhecimentos técnico-científicos especializados, sobretudo na adaptação a novas técnicas e tecnologias desenvolvidas no cuidado à PSC, na criteriosa gestão de protocolos terapêuticos complexos, na elaboração de uma relação terapêutica com o doente/família crucial no cuidado à PSC, na determinação de focos prioritários de atuação prevenindo efeitos adversos bem como o estabelecimento de medidas de prevenção e controle da infecção contribuindo para a redução das IACS, entre outras. Para este desenvolvimento de competências, foi necessário mobilizar um conjunto de saberes teóricos e práticos, apoiados na mais recente evidência científica, sustentados pelos princípios éticos e pelo CDE, contribuindo para a tomada de decisões assertivas e apropriadas às necessidades dos doentes.

As dificuldades sentidas ao longo dos ensinamentos clínicos, nomeadamente no ensino clínico em UCI por ser uma área de atuação nova e não familiar, num contexto alargado e multidisciplinar, despoletaram a necessidade de recorrer à investigação/evidência científica, tendo realizado diversas pesquisas baseadas na mais recente evidência científica, de forma a prestar cuidados mais seguros e de excelência à PSC.

Durante o ensino clínico em UCI foi também realizado um estudo de caso fundamentado, alicerçado no modelo teórico de Nancy Roper, permitindo-me realizar uma avaliação integral da PSC. Este modelo de Nancy Roper sustenta-se no modelo de vida que tem como foco a pessoa, sendo esta definida como um sistema aberto em constante interação com o meio ambiente, abrangendo doze atividades de vida diárias, que estão dependentes pelos estádios de vida, sendo que podem existir alturas em que o indivíduo consegue ou não realizar determinada atividade. O ciclo de vida entende-se como o período que vai desde o nascimento até à morte, sendo que este varia de pessoa para pessoa. Os estádios de vida são caracterizados por um desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social variados, que influenciam o modo como cada pessoa realiza as suas atividades de vida diárias. (Chan, 2015; Pinkney et al., 2013; Beh, 2012; Roper et al., 2001).

Após a etapa da avaliação e identificação dos focos de atenção, foram identificados diagnósticos de enfermagem, prescritas e implementadas intervenções de Enfermagem, objetivando os resultados a alcançar. Este trabalho foi apresentado em sala de aula e discutido com os colegas bem como com a docente orientadora, contribuindo para o desenvolvimento da competência de mestre referente à capacidade de comunicar as minhas conclusões conhecimentos e o respetivo raciocínio a especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades.

A minha atividade profissional conduz-me diariamente para situações complexas onde a informação fornecida, ou observada, por vezes é limitada ou incompleta, o que estimula a minha capacidade para desenvolver soluções ou emitir juízos, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou os condicionem, mantendo sempre o princípio ético da não maleficência. Como exemplo do anteriormente dito, e já referido em capítulo anterior, temos as vítimas em PCR que são submetidas a manobras de SAV, onde frequentemente a informação obtida por parte de familiares que estão presentes, seja para evoluir nos cuidados prestados seja para decidir suspender manobras, é incompleta ou limitada.

Por fim, referente à competência de aprendizagem de forma autónoma e auto-orientada ao longo da vida, desenvolvi, ao longo do percurso do MEMC, um conjunto de trabalhos académicos nas distintas unidades curriculares. Nos ensinamentos clínicos foram realizados diversos trabalhos, nomeadamente um projeto de autoformação e respetivo relatório, bem como este relatório final, tendo a nível profissional realizado um conjunto de atividades como a frequência de formações descritas no capítulo anterior, congressos, jornadas e simpósios relacionados com a PSC, promovendo o desenvolvimento de forma autónoma e auto-orientada, procurando desenvolver um conjunto de competências com vista à melhor prestação de cuidados possível.

O presente relatório evidencia a importância da formação contínua e aprofundada para a prática de enfermagem em ambientes de alta complexidade. A ênfase no desenvolvimento das Competências Comuns do EE e Específicas do EEEMC permite uma prática baseada em evidências, focada na segurança do doente e na excelência dos cuidados prestados. Ao longo deste percurso, foram abordados aspetos cruciais como a gestão do stress, a tomada de decisões rápidas e fundamentadas, e a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar bem como com os doentes e a sua família.

Além disso, o desenvolvimento das Competências Comuns do EE bem como as Competências Específicas do EEEMCPSC, como a capacidade de liderança, a promoção da saúde e a gestão de recursos, complementa a formação especializada, proporcionando uma visão holística e integrada dos cuidados em saúde. O presente relato confirma que a formação e o desenvolvimento profissional contínuo bem como a atualização dos conhecimentos são fundamentais para enfrentar os desafios diários da prática clínica e para proporcionar um cuidado de qualidade e humanizado.

CONCLUSÃO

O presente relatório representa o término deste trajeto, sendo fundamental refletir sobre este caminho de aprendizagem e evolução contínua. Sem dúvida que a realização dos vários ensinamentos clínicos foi um fator decisivo para o meu progresso, tanto profissional como pessoal, focado na prestação de cuidados qualificados e diferenciados à PSC bem como à sua família/cuidador, o que me permitiu desenvolver as competências comuns do EE bem como as competências específicas do EEEMCPSC. Além disso, tive a oportunidade de testemunhar uma nova perspectiva sobre o cuidado à Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a qualidade e excelência na prática de Enfermagem, assim como para o desenvolvimento das competências de Mestre.

Ao longo deste relatório realizei uma análise crítico-reflexiva e fundamentada das aprendizagens adquiridas, aprofundando os conhecimentos e as competências impostas ao EEEMCPSC, indo ao encontro dos objetivos inicialmente propostos que foram: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns, sendo estas o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais bem como das competências específicas no que respeita ao cuidar da PSC/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta às situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.; demonstrar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, no que respeita à obtenção de conhecimentos técnico-científicos e da sua perceção, desenvolvendo a capacidade de os integrar na formulação de juízos e tomadas de decisão bem como nas soluções apresentadas, na capacidade de transmissão dos conhecimentos adquiridos de forma clara e do processo de autoformação contínua, fomentando o crescimento pessoal e profissional.

Na RAA, a experiência adquirida na LEM e na SIV Terceira, bem como na EMIR e no STAT-CIC na RAM, e no CODU em Portugal Continental, permitiu-me aperfeiçoar habilidades e ampliar conhecimentos na abordagem ao doente crítico no

extra-hospitalar. Estas vivências proporcionaram uma visão global do Sistema Integrado de Emergência Médica das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, bem como do Continente.

O ambiente em que os ensinamentos clínicos no SU e UCIP, bem como no INEM decorreram, contribuiu sem dúvida para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, tendo sido essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me aprimorar significativamente a capacidade de mobilizar, de forma rápida e sistemática, um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais baseados na melhor evidência científica, no confronto de situações de doença crítica em contexto de urgência. Os Enfermeiros tutores bem como os elementos de todas as equipas que acompanhei, tiveram um papel crucial neste processo, ressaltando também a importância dos docentes orientadores ao longo do Mestrado e dos ensinamentos clínicos, bem como na realização do presente relatório, que sem dúvida, sem o apoio deles este caminho percorrido não teria sido possível.

Ao longo deste trajeto, as dificuldades foram surgindo, sentidas sobretudo a nível da conciliação da atividade profissional e a vida pessoal, dado o ritmo inerente aos ensinamentos clínicos, realizados maioritariamente em horário pós-laboral e em locais distantes como as ilhas, bem como à exigência da elaboração deste relatório, concomitantemente com a pouca experiência no âmbito da investigação e o tempo decorrido entre o fim da Licenciatura e o ingresso no presente Mestrado, desencadeando uma motivação, dedicação, empenho e esforço acrescido.

Apesar deste percurso estar concluído, uma nova etapa iniciará, continuando a percorrer o caminho pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional, contribuindo para uma profissão mais desenvolvida e autónoma, permitindo aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados que prestarei enquanto futuro EEEMCPSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A., Duro, C., & Lima, M. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181-190. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência: RT-14/2019*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Afonso, T., & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica: reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Enformação: Enfermagem em contínuo movimento*, (9), 13-17. <http://hdl.handle.net/10400.26/36823>
- Ahmadi, M. & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: na assessment of Rose's big idea. *BMC Public Health*, 22, (14). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12421-0>
- Aldawsari, M., Soh, K. L., Abdul Raman, R., Mohd Taib, N., & Aboshaiqah, A. (2023). Knowledge, Attitude and Practice of Hand Hygiene among Healthcare Workers Caring for Children with Leukaemia in the Paediatric Oncology Ward of King Saud Medical City, Saudi Arabia. *The Malaysian journal of medical sciences*, 30(4), 116–131. <https://doi.org/10.21315/mjms2023.30.4.11>
- Alves, J., Silva, C., & Sá, G. (2023). *Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco de queda em pessoas idosas hospitalizadas*. <https://repositorio.ifpe.edu.br/xmlui/handle/123456789/1064>
- American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, American Trauma Society, National Association of EMS Physicians, National Disaster Life Support Education Consortium, & State and Territorial Injury Prevention Directors Association. (2008). SALT Mass

- Casualty Triage: Concept Endorsed. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(4), 245–246. <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e31818d191e>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual* (10th ed.). Author
- Aued, G. K., Bernardino, E., Da Silva, O. B. M., Martins, M. M., Peres, A. M., & De Lima, L. S. (2021). Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200211. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>
- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Percepção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), e29242. <https://doi.org/10.12707/RVI23.13.29242>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., Salari, A., Safarpour, H., & Khankeh, H. R. (2022). Accuracy of Triage Systems in Disasters and Mass Casualty Incidents; a Systematic Review. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 10(1), e32. <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1526>
- Beh Hui, P. (2012). Application of Roper, Logan and Tierney model on the management of iron deficiency anaemia for an elderly patient. *Singapore Nursing Journal*, 39(2), 25-30.
- Bell, T., & O’Grady, N. (2017). Prevention of central line-associated blood stream infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(3), 551-559. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2017.05.007>.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto.

- Beuran, M., Paun, S. & Bogdan, G., Vartic, N., Hostiuc, S., Chiotoroiu, A. & Negoii, I. (2012). *Prehospital Trauma Care: A Clinical Review*, 107, 564-70.
- Boggan, J. C., Shoup, J. P., Whited, J. D., Van Voorhees, E., Gordon, A. M., Rushton, S., Lewinski, A. A., Tabriz, A. A., Adam, S., Fulton, J., Kosinski, A. S., Van Noord, M. G., Williams, J. W., Jr, Goldstein, K. M., & Gierisch, J. M. (2020). Effectiveness of Acute Care Remote Triage Systems: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), 2136–2145. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05585-4>
- Branco, M., Lucas, A., Marques, R., & Sousa, P. (2020). O papel do enfermeiro perante o paciente crítico com sepse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190031. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: revisão da literatura. *Revista Servir*, 59(4), 12-16. <https://doi.org/10.48492/servir024.24024>
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8–14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professions*. John Hopkins Press.
- Castanho, O. (2022). *Desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: da avaliação à intervenção* [Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S.José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43706>
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho. (2021). *Manual de Governação Clínica do Serviço de Urgência de Emergência Médica*. Author.
- Chan, L. (2015). Applying the Roper, Logan and Tierney Model on the management of thalamic haemorrhage in the critical care setting: A case study. *Singapore Nursing Journal*, 42(1), 22-28.

- Coelho, D., Demarche, N., Ficagna, F. & Valcarenghi, R. (2020). O impacto da utilização de bundles na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 92(30), 6-20. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.468>.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- College Of Emergency Nursing Australasia. (2009). *Position statemen: Triage nurse*. Author
- Correia, P. (2021). *Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos: uma revisão integrativa* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10284/10805>
- Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. P. (2022). Triage de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Coutinho, A., Cecílio, L., Mota, J. (2012). *Classificação do risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester*. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (2), 188-198. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/101>
- Cruz-Aguilar, R. (2020). A quality improvement Study on the reduction of central venous cateter associated blood stream infections by use of self-disinfecting venous access caps (STERILE). *American Journal of Infection Control*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.09.002> 0196-6553.
- Da Costa, F. A. D., Torres, R. S., & de Sousa, C. P. F. (2121). Triage de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influencia. *Revista Referência de Enfermagem*, a, 6(1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>

- Dall'Orso, M., & Concha, P. (2012). Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 83-99. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_09.pdf
- Danski, M., De Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciências dos Cuidados de Saúde*, 16(2), 1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
- Declaração Universal dos Direitos Humanos*. (2017). https://e4k4c4x9.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf
- Decreto Legislativo Regional n.º 11/2007/A da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira, Diário da República: Série I, 98 (22 maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/11-2007-520609>
- Decreto Regulamentar Regional n.º 17/2009/M da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira, Jornal Oficial: I Série, nº 18 (30 junho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/17-491927>
- Decreto Regulamentar Regional n.º 24/2021/A da Região Autónoma dos Açores – Presidência do Governo, Diário da República: Série I, n.º 173 (06 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar-regional/24-2021-170794630>
- Decreto-Lei nº 34/2012 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série I, nº 32 (14 fevereiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>
- Decreto-Lei nº 43/2020 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: Série I, nº 140 (21 julho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/43-2020-138461839>
- Decreto-lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: 1.^a série, 157 (16 agosto). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Deodato, S. (2015). Prefácio I. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Deontologia profissional em enfermagem* (p. 9). Ordem dos Enfermeiros.

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série II, n.º 153 (11 agosto) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série II, n.º 102 (27 maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: Série II, n.º 187 (24 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: II Série. 198 (15 outubro). <https://dre.pt/application/conteudo/116654166>.

Despacho n.º 1400-A/2015. do Ministério da Saúde, Diário da República: 2ª Série. 28 (10 fevereiro). [www: https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015](https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015)

Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde, Diário da República; Série II, n.º 120 (24 junho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>

Despacho n.º 10438/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República: 2.ª série, n.º 230 (25 maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10438-2016-75166597>

Direção Geral de Saúde (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>,
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma nº 002/2015: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma nº 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Orientação nº 017/2011: Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Author.

- Direção-Geral da Saúde. (2003). Norma n.º 09/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. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa n.º 07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos* (pp. 1–24). Author. <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-2017-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGSPrograma_Nacional_para_a_Prevencao_e_controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário* (pp. 1–37). Author. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Norma n.º 015/2017 Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção-Geral de Saúde. (2022). *Norma n.º 012/2022. Via Verde do Trauma no Adulto*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2023). *Norma n.º 008/2023: Medicamentos de alta vigilância*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. (2018). Determinants of non-urgent emergency department use. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 41–52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Dos Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257-563. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>
- Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogaisky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA network open*, 3(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>

- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma nursing core course (TNCC): Provider manual*. Emergency Nurses Association.
- Emergency Nurses Association. (2017). *Emergency nursing triage course*. <https://www.ena.org/education/onlinelearning/Pages/ENT.aspx>.
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide*. <https://www.ena.org/education/tncc>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G. & Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock. *Intensive Care Medicine*, 47, 1181–1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Ferreira, P. (2022). *Competências especializadas no cuidar do doente crítico: do transporte terrestre às evacuações aéreas* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43711>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIP Santarém*, 6(2), 102–107. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Fonseca, E. (2019). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Revista Nursing*, 1-7. <http://www.nursing.pt/wpcontent/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862016000300014&lng=pt&tlng=pt.

- Franc, J. M., Kirkland, S. W., Wisnesky, U. D., Campbell, S., & Rowe, B. H. (2022). *METASTART: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) Algorithm for Disaster Triage. Prehospital and disaster medicine*, 37(1), 106–116. <https://doi.org/10.1017/S1049023X2100131X>
- Friedrich, A. (2019). Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 169(S1), 25–30. <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0676-5>
- Gaio, S., Caldeira, S., Charepe, Z., Lourenço, M., & Nunes, E. (2021). Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica em unidade de cuidados intensivos neonatais: a scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 77-78. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10271>
- Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- Graveto, J., Santos, C., Costa, P. S., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N., & Albano, H. (2018). Hand hygiene management among nurses: collective health challenges. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 1), 562-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0538>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formando* (2ª ed.). Author
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes: princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

- Haboba, L. A. Y. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 21. <https://www.revistaremeecs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802>
- Higareda-Basilio, A. E., Trujillo-Narvaez, F. A., & Jaramillo-Ramirez, H. J. (2019). Mortality and functional disability in heat stroke. *Salud Pública De México*, 61(2), 99-100. <https://doi.org/10.21149/9849>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2018). *Manual do módulo de emergência médica*. Author.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2018). *Resolução do comité de certificação*. www.inem.pt/wpcontent/uploads/2018/07/CER_RES_2016_024_R1_Resolucao-do-Comite-de-Certificacao.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Controlo de qualidade do programa nacional de DAE*. Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Carteira de serviços do INEM, I.P.* Author
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Manual de controle de infeção do INEM: Versão 3 (2.^a ed.)*. Author
- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: version 2.0*. Author
- International Trauma Life Support (2016). *International trauma life support for emergency care providers* (8th ed.). American College of Emergency Physicians.
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normando, D., Baubet, T., Ricard-

- Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>
- Kaminsky E, Lindberg Y, Spangler D, Winblad U, K. Holmström I. (2021) Registered nurses' understandings of emergency medical dispatch center work: A qualitative phenomenographic interview study. *Nursing Health Science*, 23, 430–438. <https://doi.org/10.1111/nhs.12824>
- Kim, J., Yu, S.N., Jeong, Y.S., Kim, J. H., Jeon, M. H., Kim, T., Ju Choo, E., Lee, E., Kim, T. H., & Park, S. Y. (2023). Hand hygiene knowledge, attitude, barriers and improvement measures among healthcare workers in the Republic of Korea: a cross-sectional survey exploring interprofessional differences. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 12, 93. <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01296-y>
- Kim, K., & Oh, B. (2023). Prehospital triage in emergency medical services system: A scoping review. *International emergency nursing*, 69, 101293. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101293>
- Kostiuk, M., & Burns, B. (2021). *Trauma Assessment*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555913/>
- Leal, L., Camelo, S., Soares, M., Dos Santos, F., Correa, R., & Chaves, L. (2016). Competências profissionais para enfermeiros: A visão de discentes de graduação em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1-12. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16380>
- Lei nº 27/2006 do Ministério da Educação, Diário da República: Série I, n.º 126, (03 junho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/27-2006-684601>
- Lei nº 156/2015 da Assembleia da República, Diário da República: 1ª Série 28 (16 setembro). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Loureiro, F., & Charepe, Z. (2018). Satisfação do paciente com os cuidados de

- enfermagem no hospital: análise de conceito. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 23-29.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.6787>
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (Eds.). (2014). *Emergency triage: Manchester Triage Group* (3rd ed.). John Wiley & Sons
- Magalhães, M. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros* [Doctoral Dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalhães.pdf
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T. & Costa, T. (2015). A presença da família durante a reanimação do doente no extra-hospitalar e na sala de emergência: Uma revisão integrativa. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (29), 74-96. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/384>
- Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 920–926. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Matiello, R., Lima, E., Coelho, M. C., Oliveira, E., Leite, F., & Primo, C. (2016). A Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 21, 1–9.
<https://pdfs.semanticscholar.org/82d5/295c3464839f99a8424ffa64d63a749d05c4.pdf>
- Mendes, A. (2022). *Abordagem à pessoa em situação crítica pelo enfermeiro no serviço de urgência em contexto de via verde de trauma* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório UM.
<https://hdl.handle.net/1822/81386>
- Merin, O., Miskin, I. N., & Lin, G. (2012). Triage in mass-casualty events: The Haitian Experience. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(5), 386-390.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X11006856>.

- Mesraoua, B., Cross, J. H., Perucca, E., & Asadi-Pooya, A. A. (2022). Epilepsy management during difficult times. *Disorders*, 24(5), 787–794. <https://doi.org/10.1684/epd.2022.1453>
- Ministério da Saúde. (2020). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2020* (pp. 1–260). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Monegro, A., Muppidi, V., & Regunath, H. (2022). *Hospital Acquired Infections*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>
- Montandon, D. S., de Souza-Junior, V. D., Dos Santos Almeida, R. G., Marchi-Alves, L. M., Costa Mendes, I. A., & de Godoy, S. (2019). How to perform prehospital emergency telephone triage: A systematic review. *Journal of trauma nursing*, 26(2), 104–110. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000380>
- Morris A., & Patel G. (2023). *Heat Stroke*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537135/>
- Mota Guedes, H., Aparecida Araújo, F., Pinto Júnior, D., Amado Martins, J. C., & Machado Chianca, T. C. (2017). Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(2), 174–181. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a06>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (9ª ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., & Zobolit, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), e4500014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, L. & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem. manual de ética, direito e deontologia profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Nunes, L., Amaral, M., & Goncalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira A., Sousa, A. D., Gonçalves, C., Figueira, C., Marote, É., Silva, N., Faria, V., & Lourenço, T. (2021). O Impacto da Liderança Transformacional do Enfermeiro Gestor na Satisfação dos Enfermeiros. *Journal of Aging & Innovation*, 10(1), 120-130. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v10i1-9>.
- Oliveira, M., Gomes, R., Costa, A., Dázio, E., Lima, R., & Fava, S. (2019). Infections related to Health assistance under the view of nursing in adult intensive care. *Ciência, cuidado e saúde*, 18(4), 2-8. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/en_1695-6141-eg-18-53-215.pdf
- Oliveira, M., Meira, L. & Valente, M. (2012). *Manual TAS: Situação de exceção*. [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Parecer nº 23/2015: Avaliação de sinais vitais na triagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_2015_07_15_MCEEMC_Avaliacao_Sinais_Vitais_Triagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Author. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer CJ 64/2017: Pedido de parecer sobre disponibilização/indicação de medicação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaoIndicacaoMedicacao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 10/2017. Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em*

relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do Colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

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

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma* (pp. 1–227).
https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Patient Safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Organização Mundial de Saúde & Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*.
http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf. 61

Parra, D. I., Loza, D. C. T., Nariño, C. C. D., & Torres, J. N. (2016). Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1271-1278. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.322>

Peng, Y., & Hu, H. (2021). *Assessment of earthquake casualties and comparison of accuracy of five injury triage methods: evidence from a retrospective study*. *BMJ open*, 11(10), e051802. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051802>

Pepper M, Archer F, Moloney J. (2019). Triage in Complex, Coordinated Terrorist Attacks. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(4), 442-448.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X1900459X>

- Peta, D., Day, A., Lugari, W. S., Gorman, V., Ahayalimudin, N., & Pajo, V. M. T. (2023). Triage: A Global Perspective. *Journal of emergency nursing*, 49(6), 814–825. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.08.004>
- Pinkney, T. D., Calvert, M., Bartlett, D. C., Gheorghe, A., Redman, V., Dowswell, G., Hawkins, W., Mak, T., Youssef, H., Richardson, C., Hornby, S., Magill, L., Haslop, R., Wilson, S., Morton, D., West Midlands Research Collaborative, & ROSSINI Trial Investigators (2013). Impact of wound edge protection devices on surgical site infection after laparotomy: multicentre randomised controlled trial (ROSSINI Trial). *BMJ*, 347, f4305. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4305>
- Ponce, P. (2015). Aspectos éticos das decisões clínicas na unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds.). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 557-563). Lidel.
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International emergency nursing*, 31, 58–63. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>
- Primeau, M. & Benton, A. (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>.
- Ramos de Azevedo, L., Sousa, A., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12–22. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7277>
- Reay, G., Smith-MacDonald, L., Then, K. L., Hall, M., & Rankin, J. A. (2020). Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. *International Emergency Nursing*, 48, 100791. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100791>

- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: série II, n.º 26 (06 Fevereiro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: série II, n.º 135 (16 Junho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: Série II, n.º 184 (25 setembro). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento nº 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: série II, n.º 123 (26 Junho). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Rocha, M., Oliveira, A., Araújo, D., Queiroz, A., & Paes, G. (2021). Safe intra-hospital care in context of vulnerability to socio-environmental disasters: implications for nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0223>
- Roivainen, P., Hoikka, M., J., Raatiniemi, L., Silfvast, T., AlaKokko, T., & Kääriäinen, M. (2020). Telephone triage performed by nurses reduces non-urgent ambulance missions: A prospective observational pilot study in Finland. *Acta Anaesthesiology Scand*, 64, 556–563. <https://doi.org/10.1111/aas.13542>
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *The Roper Logan Tierney model of nursing: Based on activities of living*. Churchill Livingstone Publications.
- Roth, G., Mensah, G., Johnson, C., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L., Barengo, N., Beaton, A., Benjamin, E., Benziger, C., Bonny, A., Brauer, M., Brodmann, M., Cahill, T., Carapetis, J., Catapano, A., Chugh, S., Cooper, L. T., Coresh, J., ... Fuster, V. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American*

- College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- Rutenberg, C., & Greenberg, M. (2012). *The art and science of telephone triage: How to practice nursing over the phone*. Anthony J. Janetti.
- Ruup, M., & Karnatak, R. (2018). Intravascular Catheter–Related Blood stream Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(4), 765-787.
<https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.06.002>
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1–8.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>;
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., & Miranda, L. (2018). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, 4(2), 11–22.
<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648>
- Santos, M., Toscano, C., Batista, R., & Bohomol, E. (2021). Assessment of the implementation of a nurse-initiated pain management protocol in the emergency department. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1303>
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2019). *Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma dos Açores*.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/operacoes/documentos/?cat=20>
- Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. (2019). *Norma operacional permanente (NOP): Sistema de regulação de funcionamento do CIC-CROS, NOP 1601 2019*.
- Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. (2023). *Emergência médica*.
<https://www.procivmadeira.pt/pt/emergencia-medica.html>.

- Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM. (2023). *Relatório de atividades Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM de 2023*. https://www.procivmadeira.pt/images/Instrumentos_de_Gestao/Rel_atividades_2023.pdf
- Shang, J., Needleman, J., Liu, J., Larson, E., & Stone, P. W. (2019). Nurse Staffing and Healthcare-Associated Infection, Unit-Level Analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(5), 260–265. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000748>
- Shi, Y., Yang, N., Zhang, L., Zhang, M., Pei, H. H., & Wang, H. (2019). Chlorhexidine disinfectant can reduce the risk of central venous catheter infection compared with povidone: a meta-analysis. *American journal of infection control*, 47(10), 1255–1262. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.02.024>
- Silva, A., & Dias, B. (2018). Registos de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing*, 21(246), 2476–2481. <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/214/209>
- Silva, D. & Silva, E. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium: Journal of Education Technologies and Health*, 103-119. https://www.researchgate.net/publication/266878448_Ensino_clinico_na_formacao_e_m_enfermagem
- Silva, M. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Silva, T. (2019). *A triagem realizada no pré-hospitalar e hospitalar por profissionais em situações de exceção/catástrofe garantindo a continuidade de cuidados* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.8/4713>

- Soares, C. & Heidemann, I. (2018). *Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200301
- Spahn, D., Bouillon, B., Cerny, V., Duranteau, J., Filipescu, D., Hunt, B., Komadina, R., Maegele, M., Nardi, G., Riddez, L., Samama, C., Vincent, J., & Rossaint, R. (2019). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical Care*, 23(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>
- Tareco, E. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão sistemática* [Master's thesis, Universidade do Algarve]. Sapientia. <http://hdl.handle.net/10400.1/7670>
- Tarso, A., Delgado, C., Alves, D., Fontes, F., & Santos, P. (2017). A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, 6(6), 96-104. <https://atualizarevista.com.br/article/higienizacao-das-maos-no-controle-da-infeccao-hospitalar-na-unidade-de-terapia-intensiva-v-6-n-6/#:~:text=A%20lavagem%20das%20m%C3%A3os%20%C3%A9,na%20Unidade%20de%20Terapia%20Intensiva>.
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem*. Lusociência.
- Turner, M., Feeney, M., & Deeds, J. (2020). Improving endotracheal cuff inflation pressures: An evidence-based project in a military medical center. *AANA Journal*, 88(3), 203-208. https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-webdocuments-1/improving-endotracheal-cuff-inflation-pressures-an-evidence-based-project-in-a-military-medical-center-aana-journal-june-2020.pdf?sfvrsn=4564298_6;

- Vale, S. (2023). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica acometida de enfarte agudo do miocárdio: Do pré-hospitalar à unidade de cuidados intensivos coronários* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43824>
- Veiga, G. (2020). *Proteção de dados: o direito à privacidade na era digital* [Master's thesis, Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões]. Repositório Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/entities/publication/b4f91d68-a4b5-4843-87d9-25894b1abf57>
- Veríssimo, O. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57753>
- Wei, H., Sewell, K., Woody, G., & Rose, M. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>
- Wheeler S., Greenberg M., Mahlmeister L., & Wolfe N. (2015). *Safety of Clinical and Non-Clinical Decision Makers in Telephone Triage: A Narrative Review*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(6), 305-322. <https://doi.org/10.1177/1357633X15571650>
- Wisnesky, U., Kirkland, S., Rowe, B., Campbell, S., & Franc, J. (2022). A qualitative assessment of studies evaluating the classification accuracy of personnel using START in disaster triage: A scoping review. *Front Public Health*, 10, 676704. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.676704>.

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2019). *Hospital safety index: Guide for evaluators*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548984>

World Health Organization, International Association for Trauma Surgery and Intensive Care, & International Society of Surgery. (2009). *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma*.
<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>

World Health Organization. (2010). *Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Non-structural and Functional Indicators*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>

World Health Organization. (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330375/WHO-2019-nCoV-IPC-v2020.1-eng.pdf>

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 Health Organization. (2022). *Global Report on Infection Prevention and Control*.
Author.

Yashchuk, S. (2019). *Estratégias na prevenção de úlceras por pressão: revisão integrativa da literatura* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/126560/2/388052.pdf>

Yoon, J., & Son, H. (2021). Factors associated with school nurses' triage competency in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8279. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168279>

Zinger, N. D., Blomberg, S. N., Lippert, F., & Collatz Christensen, H. (2019). Satisfaction of 30 402 callers to a medical helpline of the Emergency Medical Services Copenhagen: a retrospective cohort study. *BMJ open*, 9(10), e029801. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029801>