



**CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA DESDE CONTEXTO DE URGÊNCIA AOS CUIDADOS INTERMÉDIOS
CORONÁRIOS:
A PARTICULARIDADE DAS COMPLICAÇÕES ELÉTRICAS**

Ana Francisca Carneiro Gonçalves

Outubro de 2023
Porto



**CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA DESDE CONTEXTO DE URGÊNCIA AOS CUIDADOS
INTERMÉDIOS CORONÁRIOS:
A PARTICULARIDADE DAS COMPLICAÇÕES ELÉTRICAS**

Ana Francisca Carneiro Gonçalves

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, orientado pela Professora Doutora Merícia Bettencourt, e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Outubro de 2023
Porto

“O crescimento pessoal e profissional está fora da zona de conforto. Aprenda a apreciar a zona de desconforto, pois é lá que o seu futuro é traçado.”

Josi Mello

AGRADECIMENTOS

É com grande contentamento que aproveito este momento para expressar o meu mais profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente neste percurso de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço à professora orientadora Doutora Merícia Bettencourt pelo fundamental apoio, sabedoria, orientação, motivação, partilha e disponibilidade ao longo deste percurso.

A todos os enfermeiros que me acompanharam nesta caminhada, os enfermeiros especialistas Ricardo Costa, Bruna Rocha e Rui Vilaça, fontes de inspiração, apoio, motivação, dedicação, partilha de conhecimentos e admiráveis momentos de reflexão, o meu obrigada pelos exemplos de profissionalismo e dedicação, estes foram, determinantes para o sucesso do meu percurso. Não esquecendo também o devido agradecimento a todos os elementos da equipa de enfermagem, pela amabilidade com que me acolheram e integraram nos serviços, pela disponibilidade e partilha.

À minha família pelos princípios e valores que me transmitiram, pelo apoio, amor, carinho e paciência incondicional. Um muito obrigado por proporcionarem a minha vida mais leve e feliz.

Às minhas amigas pela amizade, apoio, incentivo e, sobretudo, pelos momentos em que estive ausente, com um agradecimento muito especial à Susana Pereira e à Andreia Mendes pelo seu precioso contributo.

Por fim, a ti Rafael pelo amor, respeito, cumplicidade, compreensão, amizade e contributo.

A todos, o meu mais sincero OBRIGADO!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACC - American College of Cardiology

ACSS – Administração Central Sistema de Saúde

AV - Auriculoventricular

AVC - Acidente Vascular Cerebral

APA - American Psychological Association

BAV - Bloqueio Auriculoventricular

BRD - Bloqueio Ramo Direito

BRE - Bloqueio Ramo Esquerdo

CK-MB - MB da criatinaquinase

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

DGS - Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte agudo do Miocárdio

EAMcST - Enfarte Agudo do Miocárdio com supra do segmento ST

EAMsST - Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra do segmento ST

EC - Ensino Clínico

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMc - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgico

ESSM- Escola Superior de Saúde Santa Maria

ESC - European Society of Cardiology

GT-SU - Grupo de Trabalho Serviço de Urgência

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation.

OCDE - Organização de Cooperação Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PICCO – Pulse Countour Cardic Output

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

SA - Sinoauricular

SAV - Suporte Avançado de Vida

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SMIP - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Paliativos

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TCE - Traumatismo Crânio encefálico

TDC - Transporte do Doente Crítico

Tnc - Troponinas cardíacas

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Coronários

VV - Via Verde

VV AVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC - Via Verde Coronária

VVS - Via Verde Sepsis

VVT - Via Verde Trauma

WHO - World Health Organization

RESUMO

A crescente inovação face à evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber e na prática dos cuidados de enfermagem, requer um investimento na especialização/formação dos profissionais. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny emerge no plano de estudos a elaboração de um relatório de estágio, a sua apresentação e discussão pública, que visa a obtenção do grau de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem na pessoa em situação crítica.

Refletir o percurso de aprendizagem ao longo do Mestrado no cuidado prestado à pessoa em situação crítica é o objetivo deste relatório, cujo tema é “Cuidar Especializado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica desde a Urgência aos Cuidados Intermédios Coronários: a particularidade das complicações elétricas”. Demonstra o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como as competências para a obtenção do grau de Mestre. Foi utilizada uma metodologia descritiva, crítico-reflexiva e fundamentada na evidência científica, realçando o percurso dos ensinamentos clínicos, tendo como realce a abordagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos polivalente e nos cuidados intermédios coronários, revelando uma evidente aposta no desenvolvimento das competências de autoaprendizagem.

A doença cardiovascular representa a principal causa de morte a nível global. Cuidar da pessoa em situação crítica do foro coronário, com uma atenção especial às alterações da condução elétrica, foi um grande desafio e revelou-se fundamental no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e das competências específicas na área da Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a qualidade e excelência do cuidar atual e futuro.

Palavras-Chave: Competências, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

The growing innovation due to the evolution of knowledge in multiple areas of knowledge and the practice of nursing care requires greater investment in the specialization/training of professionals. Within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Nursing for people in critical situations, from the Escola Superior de Saúde Santa Maria in partnership with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, arouses the elaboration of an internship report, its presentation and public discussion, which aims to obtain a Master's degree in medical-surgical nursing in the area of nursing for people in critical situations.

Reflecting the learning path throughout the Master's in the care provided to people in critical situations is the objective of this report, whose theme is “Specialized Nursing Care for People in Critical Situations from Emergency to Intermediate Coronary Care: the particularity of electrical complications”. It shows the development and acquisition of common and specific skills in providing care to people in critical situations, as well as the skills expected to obtain a Master's degree. A descriptive, critical-reflexive methodology based on scientific evidence was used, enhancing the path throughout clinical teaching, mainly the approach to people in critical situations in the emergency department, multipurpose intensive care unit and in intermediate coronary care, showing an evident focus on the development of self-learning skills.

Cardiovascular disease represents the leading cause of death globally. Caring for a person in critical coronary condition, with special attention to changes in electrical conduction, was a great challenge and proved to be a fundamental process for the development of the common skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and specific skills in the area of People in Critical Situations, contributing to the quality and excellence of current and future care.

Keywords: Skills; Specialist nurse; Person in Critical Situation

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM COMPLICAÇÕES CARDÍACAS ELÉTRICAS.....	15
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA	33
2.1. CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1.1. Ensino Clínico I – Urgência Polivalente	36
2.1.2. Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente.....	41
2.1.3. Ensino Clínico III - Opção Clínica: Unidade Cuidados Intermédios Coronários.....	46
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	51
2.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	52
2.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	58
2.2.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	67
2.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	71
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO /FALÊNCIA ORGÂNICA	74
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	76
2.3.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	87
2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	92
CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	99
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório – Módulo III, inserida no 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, foi proposto a elaboração de um relatório do estágio desenvolvido, tendo em conta o conhecimento e compreensão adquiridos ao longo dos ensinamentos clínicos realizados num Hospital Polivalente da Região Norte de Portugal. O presente relatório intitula-se “Cuidar especializado em Enfermagem à PSC desde o contexto de Urgência aos Cuidados Intermédios Coronários: a particularidade das complicações elétricas”, sob a orientação da professora Doutora Merícia Bettencourt.

O estágio com relatório - módulo III tem por base o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da PSC, adquiridas ao longo de três ensinamentos clínicos, no período compreendido entre os meses de março e junho, abrangendo o cuidar integral da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto de urgência, serviço de medicina intensiva polivalente (SMIP) e unidade de cuidados intermédios coronários (UCIC).

O cuidado à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é de elevada complexidade e exige respostas adequadas tanto para o doente como para a família. O EEEMC é o profissional dotado de maior competência para cuidar e dar resposta à PSC e sua família. Este detém conhecimento aprofundando num domínio específico de enfermagem, sendo detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permite atuar em todos os contextos de vida das pessoas consoante as necessidades de saúde, sabendo mobilizar e aplicar o conhecimento nos diferentes contextos e fases de vida das pessoas, assim como para ser capaz de dar resposta em tempo útil e de uma forma holística (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indica que as doenças cardiovasculares nos estados-membros da União Europeia são a principal causa de morte, representando cerca de 36% das mortes na região, sendo uma em cada três mortes devido a doenças cardiovasculares. Em Portugal, os dados divulgados revelam

que, aliado ao envelhecimento da população, existem fatores de risco modificáveis como a obesidade, seguido do consumo de tabaco e álcool. Neste sentido, a doença cardiovascular observa-se como um importante problema de saúde pública em diversos países (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021).

Conscientes da singularidade e complexidade desta problemática, tem surgido uma crescente preocupação na saúde e no âmbito social do impacto que a doença cardiovascular constitui na vida das pessoas e na sociedade (Monteiro et al., 2020). Os fatores de risco são sensíveis tanto nas intervenções dirigidas para a prevenção, como para as intervenções orientadas para o tratamento, sendo, portanto, um grande desafio para os profissionais de saúde. Por este mesmo motivo a pertinência e relevância da escolha desta temática, teve em consideração o quão desafiante e motivador é cuidar do doente do foro coronário, sendo que este se evidencia na casuística do meu dia-a-dia enquanto enfermeira da emergência extra-hospitalar. Deste modo, pretendo o desenvolvimento de competências especializadas no meu desenvolvimento pessoal e profissional que me permitam prestar os melhores cuidados de enfermagem à PSC do foro coronário, uma vez que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial (Ahmadi & Lanphear, 2022; Roth et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2023).

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). A prestação de cuidados de saúde seguros e com qualidade só será possível, se o enfermeiro que cuida da PSC do foro coronário identificar prematuramente sinais e sintomas de alterações cardíacas e demonstrar a sua aptidão na implementação de medidas adequadas que permitam a manutenção da vida (Ahmadi & Lanphear, 2022; Roth et al., 2020; WHO, 2023).

As doenças cardiovasculares nem sempre se apresentam com uma sintomatologia típica, e para que seja possível atender às necessidades da PSC do foro coronário, é imprescindível que o enfermeiro seja detentor de um vasto conhecimento baseado em evidência científica para prestar cuidados de enfermagem devidamente fundamentados, atendendo aos princípios éticos e ao código deontológico que regem a nossa profissão. A compreensão do funcionamento do sistema de condução elétrica do coração é basilar para

identificar e tratar adequadamente as alterações elétricas do coração, sejam elas relacionadas com o ritmo ou com a condução. O sistema de condução elétrica do coração é crucial para assegurar que o coração mantenha um ritmo cardíaco eficiente, capaz de colmatar as necessidades de oxigênio e nutrientes do corpo humano (Urden et al., 2021).

De acordo com os autores supracitados, as anomalias no sistema de condução elétrica do coração podem acarretar uma ampla diversidade de arritmias e de outros problemas cardíacos, onde a identificação e o tratamento das mesmas são fundamentais para garantir uma saúde cardíaca e permitir a qualidade de vida dos doentes (Urden et al., 2021).

O presente relatório tem como objetivo demonstrar o meu percurso de aprendizagem na prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa, família a vivenciar situações complexas de doença crítica e /ou falência orgânica durante dos ensinos clínicos realizados em contexto de serviço urgência (SU), SMIP e UCIC desenvolvendo várias estratégias que possibilitam ampliar inúmeras competências no cuidado especializado ao doente crítico.

No que diz respeito à estruturação deste relatório, este encontra-se organizado em três capítulos, segundo uma metodologia descritiva, reflexiva e expositiva, tendo por base alguma da evidência científica e *guidelines* mais recentes. No primeiro capítulo será explanada uma contextualização acerca das particularidades das complicações cardíacas elétricas no cuidar especializada à PSC. O segundo capítulo irá incidir sobre a análise e reflexão do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, comuns e específicas, explanadas de acordo com os regulamentos nº 140/2019 e nº 429/2018, respetivamente, contextualizando a orgânica, funcionamento e o contributo das experiências vivenciadas nos locais onde os ensinos clínicos decorreram. Para terminar, no terceiro capítulo será realizada uma análise reflexiva sobre as competências de mestre adquiridas ao longo deste percurso académico de concretização do mestrado.

A concretização deste relatório teve como base a bibliografia cedida em sala de aula, a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de artigos científicos em bases de dados, nomeadamente EBSCO, PubMed e Scielo. A norma utilizada foi a norma *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, conforme o guia orientador de formatação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Santa Maria.

**CAPÍTULO I – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA COM COMPLICAÇÕES CARDÍACAS ELÉTRICAS**

A crescente inovação face à evolução do conhecimento nas áreas do saber e na prática dos cuidados de enfermagem na área do doente crítico requer, inevitavelmente, um maior investimento na especialização/formação dos profissionais. A aquisição de competências requer, uma atualização contínua e sistemática dos conhecimentos para fazer face a esta evolução com o objetivo de alcançar a valorização pessoal e profissional com otimização de recursos e a maximização de resultados.

Os cuidados de enfermagem à PSC e/ou falência orgânica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Assim, dada a importância da especialização para a melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde de qualidade, é fundamental uma deteção precoce de focos de instabilidade, uma eficaz estabilização das funções vitais, com manutenção das mesmas e a recuperação, sempre que possível, através da utilização de meios avançados de monitorização e terapêutica, procurando sempre identificar e evitar complicações advindas dos procedimentos sendo capaz de antecipar focos de instabilidade, tal como defende o regulamento 429/2018 referente às competências específicas do EEEMC PSC.

A prestação de cuidados de enfermagem centra-se no cuidar da pessoa, o qual inclui práticas desde a promoção da saúde, prevenção da doença, assim como, o tratamento ao longo de todo o ciclo vital. Assim, e tendo isto em consideração, o enfermeiro assume um papel preponderante no que respeita aos cuidados de saúde prestados à população em diversos níveis, seja ele mundial, nacional ou regional. Neste sentido o enfermeiro tem o dever e a responsabilidade de prestar cuidados humanizados, individualizados a cada pessoa, sã ou doente, de forma a melhorar a sua saúde, de uma forma holística (Perry & Potter, 2018).

Os cuidados de saúde e como consequência, os cuidados de Enfermagem e a Enfermagem sofreram uma grande evolução, assumindo, atualmente, uma maior importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização são uma realidade transversal à generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A PSC e família que estão a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica são o foco do cuidar do EEEMC na área da PSC. Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por ser altamente diferenciados, especializados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com risco de falência imediata de uma ou mais das suas funções vitais, permitindo a manutenção das suas funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O papel do EEEMC na área da PSC, nos cuidados à PSC, envolve uma mobilização contínua e importante de conhecimentos e competências, devido à complexidade e multiplicidade das respostas humanas aos processos de transição. Indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no regulamento 429/2018, os cuidados à PSC devem ser prestados, preferencialmente, pelo Enfermeiro especialista nesta área.

O enfermeiro especialista segundo defendeu Benner (2001) deve possuir conhecimento técnico, capacidade de tomada de decisão, capacidade de comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade e criatividade, sentido crítico e iniciativa, aliada a uma conduta ética e deontológica, onde este percurso é construído ao longo da sua vida profissional. (Benner, 2001).

Para mim, enquanto futura EEEMC na área da PSC, desempenhando funções em ambiente pré-hospitalar, com uma elevada casuística de ativações para o doente do foro cardíaco, tornou-se relevante dotar-me de conhecimentos para uma melhoria e desenvolvimento das minhas competências profissionais e pessoais ao doente do foro cardíaco para melhorar a qualidade de assistência aos doentes, sendo capaz de progredir na identificação das necessidades da pessoa, no planeamento e priorização das intervenções de enfermagem direcionadas para a melhoria da condição de saúde e independência da pessoa.

Para que isso fosse possível, a minha prática de Enfermagem foi sustentada na utilização da metodologia do processo de enfermagem, que permitiu uma linguagem padronizada e universal, sustentada em modelos da profissão e conceitos fundamentais ao cuidado individualizado da pessoa.

A identificação de sinais e sintomas no doente do foro cardíaco nem sempre são *standard*, deste modo torna-se imprescindível que o enfermeiro seja dotado de um amplo

conhecimento, devidamente fundamentado e baseado na melhor evidência para ser capaz de atender às necessidades inerentes à PSC. Assim, a capacidade de reconhecer precocemente os sinais e sintomas e alterações do foro cardíaco vão permitir a antecipação de focos de instabilidade e adotar medidas adequadas que possibilitem a prestação de cuidados seguros e de qualidade que vão contribuir para a manutenção da vida (Vahdatpour et al., 2019).

As doenças cardiovasculares emergem como um grande problema de saúde pública em todo o mundo e em Portugal, acarretando elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, representando um enorme desafio para todos os sistemas de saúde, onde a atual evidência demonstra que a implementação de comportamentos e hábitos de vida saudáveis são cruciais para fazer face a esta problemática.

Segundo a World Health Organization (WHO) as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade a nível mundial, representando um flagelo que anualmente afeta milhões de pessoas por todo o mundo, sendo responsáveis pela morte de cerca de 17,9 milhões de pessoas por ano (WHO, 2020).

As doenças cardiovasculares são caracterizadas por doenças que afetam o sistema cardiovascular: coração e vasos sanguíneos. Neste seguimento existem vários tipos de doenças cardiovasculares, tais como a doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congénita, entre outras, sendo que as mais graves são as que afetam as artérias coronárias e as artérias do cérebro.

A evidência científica mais atual revelada por Ahmadi e Lanphear (2022) mostra que a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis podem contribuir para evitar e ou controlar as doenças cardiovasculares, promovendo a saúde e contribuindo ainda para a sustentabilidade económica. Os fatores de risco cardiovascular podem ser entendidos como a probabilidade que o indivíduo tem de vir a sofrer de uma doença cardiovascular no futuro. Torna-se fundamental controlar os fatores de risco uma vez que estes, interagem e influenciam-se, potenciado a sua associação a um efeito sinérgico, contribuindo para um aumento considerável do surgimento de doença cardiovascular.

A prevalência da doença coronária aumenta concomitantemente com a idade, pelo que é considerada um dos mais potentes fatores de risco, uma vez que com o envelhecimento existe um aumento crescente na rigidez dos vasos e da fragilidade da parede arterial (Urden et al., 2021; Visseren et al., 2021).

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser divididos em fatores de risco coronários não modificáveis, como a idade, o sexo, a hereditariedade e a raça ou modificáveis, intimamente relacionadas com os estilos de vida. Como fatores de risco cardiovascular modificáveis temos a hipertensão, o colesterol, a dislipidemia, a obesidade, o tabagismo, a diabetes mellitus, a ingestão de bebidas alcoólicas e o sedentarismo (Urden et al., 2021; Visseren et al., 2021).

Baseado em vários estudos epidemiológicos, Visseren et al. (2021) menciona que a Pressão Arterial elevada tem sido reconhecida como um fator de risco para a doença cardiovascular, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência renal, e, mais recentemente fibrilhação auricular. A hipertensão arterial é o fator de risco cardiovascular com maior prevalência na população portuguesa. Apontar que a hipertensão arterial é, habitualmente, uma doença assintomática, dificultando o seu diagnóstico e respetivo tratamento (Visseren et al., 2021). Reconhecendo a importância desta problemática e no que ela representa, destaca-se uma preocupação não só a nível mundial, mas também a nível nacional e regional.

Em Portugal as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade. Segundo o relatório das estatísticas de saúde de 2021, em 2020, em território Nacional, ocorreram 123 720 óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

Em território Nacional no ano de 2020, verificou-se uma taxa de mortalidade cerca de 28%, associada aos eventos coronários representando assim cerca 34 593 mortes do país. De referir que os óbitos ocorridos em Portugal por doenças do aparelho circulatório, cerca de 30% são relativas à região do Norte do país evidenciando assim a maior percentagem a nível regional (INE, 2023).

Estes números traduzem a dura realidade da problemática que as doenças cardiovasculares representam a nível global, indo ao encontro das estatísticas mundiais, assumindo que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte (INE, 2023).

No final do século XIX, os exames *post-mortem* apontavam para uma relação muito presumível entre a oclusão trombótica de uma artéria coronária e o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). No entanto, as primeiras descrições clínicas a relatar a associação entre a formação de um trombo numa artéria coronária às suas características clínicas só surgiram no início do século XX.

A definição de EAM aconteceu, pela primeira vez, entre os anos 50 e 70, quando a WHO e os seus grupos de estudo instituíram uma definição primariamente eletrocardiográfica (ECG) de EAM aplicada a fins epidemiológicos. A European Society of Cardiology (ESC) e o *American College of Cardiology* (ACC), redefiniram o conceito de enfarte do miocárdio utilizando uma abordagem clínica e bioquímica, considerando a inclusão de biomarcadores cardíacos mais sensíveis, cujas alterações, no contexto de isquemia aguda do miocárdio deveria ser designada por EAM (Abreu et al., 2023; Thygesen et al., 2018).

O conceito de EAM foi, mais uma vez, reformulado pelo consenso de especialistas da ESC (2018), no documento designado “Quarta definição universal de Enfarte do Miocárdio”. Neste o EAM define-se pela presença de lesão aguda do miocárdio detetada pela alteração de biomarcadores cardíacos no contexto de evidência de isquemia aguda do miocárdio (Thygesen et al., 2018).

O mesmo documento acrescenta que a deteção de um valor elevado de troponinas cardíacas (Tnc) acima do percentil 99 do limite superior de referência é definida como lesão do miocárdio. A lesão é considerada aguda se houver uma subida e/ou descida dos valores de Tnc (Thygesen et al., 2018).

Nesta perspetiva, é adequado um diagnóstico de EAM, se a isquemia do miocárdio estiver clinicamente presente ou se for detetado pelas alterações no ECG, em associação com a subida dos valores de Tnc. Assim, e de uma forma mais explícita, no EAM tem de estar presente, pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas de isquemia do miocárdio; alterações isquémicas de novo no ECG (elevação do segmento ST ou bloqueio do ramo esquerdo de novo); desenvolvimentos de ondas Q patológicas; evidência imagiológica de perda de viabilidade miocárdica ou de alterações da motilidade segmentar de novo num padrão compatível com a etiologia isquémica; ou identificação de um trombo coronário através de angiografia (Thygesen et al., 2018).

O EAM está englobado nos Síndromes Coronárias Agudas (SCA). Este termo é utilizado para descrever a manifestação clínica de um trombo rico em plaquetas numa artéria com um resultado comum, a isquemia miocárdica aguda com elevado risco de morte cardíaca e miocárdica (Abreu et al., 2023).

Os SCA compreendem a angina instável e EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMsST) e EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMcST).

O EAM é o termo empregue para descrever a necrose (morte celular) irreversível do miocárdio, surgindo numa diminuição súbita ou mesmo da interrupção total do aporte sanguíneo a uma determinada área do miocárdio (Abreu et al., 2023; Thygesen et al., 2018; Urden et al., 2021). Esta isquemia miocárdica aguda está diretamente associada a um aumento do risco de morte cardíaca e de necrose miocárdica (Abreu et al., 2023).

O EAMsST define-se quando os doentes referem uma dor torácica isquémica aguda, sendo que electrocardiograficamente não existe evidência do supradesnivelamento do segmento ST ou ondas Q, mas com uma isquemia razoavelmente grave causando lesão miocárdica pela evidência da necrose da mesma. Por outro lado, e, com maior índice de mortalidade de SCA apresenta-se o EAMcST, o qual surge quando uma aterotrombose oclusiva é desencadeada, seguindo-se com a abolição completa do fluxo sanguíneo anterógrado do miocárdio com o subsequente supradesnivelamento do segmento ST no ECG (Abreu et al., 2023)

Para confirmar que existe EAM, o ECG é um meio complementar de diagnóstico essencial que permite distinguir estes dois tipos de doentes: com dor torácica aguda e elevação persistente (superior a vinte minutos) do segmento ST e com dor torácica aguda, mas sem elevação constante do segmento ST (Abreu et al., 2023; Thygesen et al., 2018).

O ECG fornece informação fundamental acerca da localização e extensão da lesão miocárdica. Além disso, tendo em conta a localização da oclusão arterial e as camadas musculares atingidas os EAM têm diferentes classificações.

A localização e a amplitude do enfarte determinam os desfechos no que diz respeito à contratilidade e função do miocárdio. Um enfarte que englobe as três camadas musculares (endocárdio, miocárdio e epicárdio) é designado enfarte transmural ou de espessura total (Urden et al, 2021).

Importa salientar que, independentemente das suas classificações, a triagem eficiente e atempada é fundamental nos doentes com EAM, dada a sua natureza e risco de vida e o benefício que as terapêuticas médicas, mecânicas e elétricas oferecem (Thygesen et al., 2018).

Para aumentar a sobrevida de um doente com episódio isquémico é imperativo reduzir o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico para iniciar o tratamento adequado o mais precocemente, como refere o Instituto Nacional

de Emergência Médica [(INEM), 2019] pois tempo é miocárdio (Abreu et al., 2023; Thygesen et al., 2018).

A fibrilhação ventricular é a causa mais frequente da mortalidade precoce no EAM, tendo uma maior incidência no início, reduzindo rapidamente após as primeiras horas. Sensivelmente metade dessas mortes sucedem dentro da primeira hora do início dos sintomas e antes que a pessoa consiga chegar ao hospital. Por esse motivo torna-se fundamental o estado de alerta nas primeiras duas horas após o início de sintomas pois, um número significativo de doentes morre pela presença de arritmias ventriculares potencialmente fatais, a taquicardia ventricular e a fibrilhação ventricular (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019; Thygesen et al., 2018).

Os sinais e sintomas do SCA podem ser atípicos, mas de todos os sintomas descritos o desconforto precordial surge como sendo o mais comum. É essencialmente descrito como sensação de esmagamento, pressão, queimadura ou dor e que surge normalmente com irradiação para o pescoço, mandíbula, costas ou membros superiores, sendo a dor persistente. Este desconforto intensifica-se gradualmente atingindo o seu máximo durante vários minutos, podendo ainda surgir outros sintomas tais como: sudorese, astenia, náuseas e sensação de morte iminente (Abreu et al., 2023; INEM 2019; Thygesen et al., 2018).

Estes mesmos autores relatam ainda que, a dispneia é dos sintomas mais referenciados, associada a uma série de sintomas inespecíficos tais como: eructação, vertigens, sensação de indigestão, cansaço fácil, síncope, palidez e diaforese (Thygesen et al., 2018).

A dor torácica isolada não é indicadora de diagnóstico de EAM, no entanto se esta apresentar características de isquemia (aperto, peso, pressão e esmagamento) influenciará a decisão de diagnóstico. Salienta-se ainda que, a dor que alivia com a administração de nitratos ou nitroglicerina sublingual não é indicativa de EAM (Thygesen et al., 2018).

A diferenciação diagnóstica deve conter a história clínica do doente, para além do exame físico e de alguns meios complementares de diagnóstico.

No caso do EAM estes exames englobam: ECG que deverá ser feito até dez minutos após o contacto com o doente, este permite para além de diagnosticar o EAM (pela depressão ou elevação do segmento ST, transitória ou persistente; inversão da onda T; presença de ondas Q patológicas), é também, um forte preditor do prognóstico a curto

e longo prazos, ecocardiografia, alívio sintomático da dor, monitorização hemodinâmica, e início, quando necessário, de terapêutica anti-plaquetária, anticoagulante e de reperfusão miocárdica (Vahdatpour et al., 2019).

No que respeita aos estudos laboratoriais defendem a importância da determinação de mioglobina. A libertação desta proteína ocorre nas horas que se seguem ao início do EAM, sendo que, atinge o pico entre uma a quatro horas permanecendo elevada até vinte e quatro horas. Da mesma forma, também defendem a determinação da isoenzima MB da creatina-quinase (CK-MB), que aparece no soro nas três horas que se seguem ao início do EAM, atingindo o pico entre as doze e vinte e quatro horas, tendo um tempo médio de aproximadamente três dias. Por fim, remetem para a importância da determinação das troponinas cardíacas. Os seus níveis começam a elevar-se três a doze horas após o início da isquemia, atingindo o pico entre as doze e vinte e quatro horas. Estas podem permanecer elevadas até vinte e um dias se troponina T ou, quatorze dias se troponina I. Os níveis de troponina estão altamente relacionados com necrose miocárdica e indicam um mau prognóstico em doentes com suspeita de SCA (Thygesen et al., 2018).

As troponinas Thygesen et al. (2018) referem que devido ao seu alto grau de sensibilidade e especificidade são, atualmente, os marcadores de eleição para a determinação de necrose miocárdica em contexto de sintomatologia isquémica, em detrimento da CK-MB.

A sintomatologia do EAM é de extrema relevância, mas a diferenciação diagnóstica definitiva é o cateterismo cardíaco com realização de coronariografia. Uma vez que, permite avaliar a anatomia e fisiologia, a vascularização cardíaca, caracterizar a extensão e a gravidade da cardiopatia, contribuindo para uma determinação mais adequada do plano terapêutico a instituir (Thygesen et al., 2018).

Segundo o INEM (2019) aproximadamente dois terços das mortes por eventos coronários agudos ocorrem em ambiente pré-hospitalar. Na maioria das situações a isquemia precipita arritmias fatais.

As principais medidas gerais relativas ao tratamento do SCA abrangem efetuar uma avaliação clínica, complementada com um ECG (idealmente nos primeiros dez minutos após o contacto com o doente). A avaliação de sinais vitais e monitorização eletrocardiográfica contínua, administra terapêutica visando o controlo e alívio dos

sintomas para melhorar a isquêmica e reduzir o risco de paragem cardiorrespiratória (INEM, 2019; Thygesen et al., 2018; Visseren et al., 2021).

Existem intervenções que contribuem para a recuperação do EAM. Podem ser através de medicação, angioplastia coronária, cirurgia de revascularização e adoção de um estilo de vida saudável.

A terapêutica para o EAM tem os seus benefícios condicionados à rapidez com que é instituída, sendo prioritárias as recomendações que diminuem quaisquer atrasos durante o processo.

A angioplastia percutânea primária e a trombólise, são as terapias de reperfusão miocárdica que representam o meio mais eficaz para restaurar o equilíbrio entre a necessidade de oxigénio no miocárdio e o aporte do mesmo, essencialmente em casos de oclusão persistente com zonas de necrose presentes

O principal benefício desta terapia é o fator tempo. Quanto mais precoce a sua utilização, principalmente na primeira hora após o início dos sintomas, maior a probabilidade de sucesso. Este procedimento, fibrinólise ou angioplastia, pode levar à revascularização completa da artéria em cerca de 90% dos doentes proporcionando um maior alívio da sintomatologia.

A intervenção coronária percutânea (ICP) primária deve ser implementada o mais precocemente possível em doentes com EAMcST, nas primeiras doze horas dos sintomas e que mantenham elevação do segmento ST (INEM, 2019; Thygesen et al., 2018).

No que concerne a angioplastia, este é um procedimento invasivo que consiste na introdução de um cateter através da artéria radial ou femoral que vai até às artérias coronárias com o objetivo de alcançar a área de oclusão, sob orientação de imagiologia. A ponta do cateter leva um balão unido que é insuflado para alargar o lúmen da artéria, alargando assim a parede do vaso e rompendo da placa ateromatosa, sendo posteriormente colocado um stent no segmento da artéria ocluída, diminuindo assim o risco de nova oclusão no mesmo local (INEM, 2019; Thygesen et al., 2018).

Relativamente aos doentes com ECG sem supra-desnívelamento do segmento ST, estes devem ser internados em unidades hospitalares especializadas e iniciar de imediato terapêutica anti-isquêmica, anti-trombótica, anti-agregante plaquetária e permanecer em monitorização contínua (Vahdatpour et al., 2019). No que concerne os doentes sem ECG diagnóstico devem permanecer no serviço de urgência em observação aguardando os

resultados seriados dos biomarcadores de necrose miocárdica e alterações em ECG posterior, para vigilância, monitorização e antecipação de focos de instabilidade.

As complicações associadas aos EAM dependem da localização e da área abrangida. Os enfartes com menor isquemia associada podem não provocar complicações clinicamente significativas, enquanto, nos EAM que abrangem uma grande área de isquemia podem provocar problemas mecânicos comprometedores e ameaçadores da vida da pessoa.

As complicações mecânicas graves associadas ao enfarte incluem o choque cardiogénico (frequentemente nos EAM da parede anterior), rutura ventricular da parede livre, podendo levar a um tamponamento cardíaco, rutura da parede do septo e rutura do músculo papilar (Abreu et al., 2023; INEM, 2019; Visseren et al., 2021)

As disritmias são complicações elétricas graves do EAM e são observadas com frequência durante e após o evento agudo. Estas complicações podem ser bradicardia sinusal; ritmo juncional acelerado; extrassístoles supraventriculares; fibrilação e flutter auriculares; extrassístoles, taquicardia e fibrilação ventriculares; ritmo idioventricular acelerado; BAV de primeiro e segundo grau, mobitz tipo I e II e BAV completo e ainda os bloqueios fasciculares (INEM, 2019).

Contudo, dada a abrangência das complicações inerentes ao EAM optei por abordar apenas os bloqueios cardíacos no contexto do EAM da parede inferior, algo que encontro com frequência no meu dia a dia.

O EAM da parede inferior revela no ECG alterações nas derivações DII, DIII e AVF e é causado geralmente por uma oclusão na artéria coronária direita ou com menos probabilidade na artéria circunflexa (INEM, 2019).

Os bloqueios cardíacos representam distúrbios de condução com origem no nóculo sinusal, no nóculo auriculoventricular (AV) ou no sistema de condução. Os sintomas associados ao bloqueio cardíaco são, geralmente, um reflexo do seu impacto na frequência ventricular global.

O bloqueio sinoauricular (SA) representa uma perturbação na condução do nóculo SA para as aurículas. Isto acontece, quando não há despolarização das aurículas e na ausência do complexo P-QRS-T. Diversa etiologia pode estar na origem do bloqueio SA aumento do tónus vagal, EAM da parede inferior, degeneração do sistema elétrico de condução relacionada com a idade, fármacos como a digoxina, betabloqueadores,

bloqueadores dos canais de cálcio e antiarrítmicos de classe IA, hipercalemia e miocardite. O tratamento do bloqueio SA passa pela determinação da causa, administração de atropina se necessário e colocação de pacemaker se necessário (Silva & Maciel, 2021)

Os Bloqueios Aurículoventriculares (BAV) representam a condução prolongada, intermitente ou ausente entre as aurículas e os ventrículos. Existe BAV de primeiro grau, segundo grau Mobitz tipo I, e Mobitz tipo II e o BAV de terceiro grau ou completo.

O BAV de primeiro grau representa a condução consistentemente prolongada entre as aurículas e os ventrículos. É caracterizado por um bloqueio parcial dentro do nóculo AV, resultado no prolongamento do intervalo PR e na preservação do ritmo subjacente. A sua etiologia é diversa tais como: fármacos (digoxina, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, agentes antidirítmicos de classe IC), aumento do tônus vagal, hipercalemia, EAM parede inferior, miocardite, degeneração das vias de condução, envelhecimento e causas idiopáticas. Nenhum tratamento específico está preconizado, uma vez que este bloqueio não apresenta sintomas consideráveis (Silva & Maciel, 2021).

O BAV de segundo grau, tipo I, conhecido como Mobitz tipo I reflete a condução intermitente entre as aurículas e os ventrículos. Segundo Silva e Maciel (2021) a localização do bloqueio situa-se, mais frequentemente dentro no nóculo AV. É um distúrbio passageiro, o bloqueio AV de segundo grau do tipo I, tal como BAV de primeiro grau não origina sintomas significativos. Na sua etiologia estão identificados os fármacos tais como os digitálicos, tônus vagal excessivo, o EAM da parede inferior, a isquemia, miocardite e a uma variante normal (especificamente atletas).

O tratamento deste BAV é normalmente desnecessário, porque a maioria dos doentes permanecem assintomáticos. No entanto, se se verificar que a intoxicação por fármaco for uma das causas, a medida mais adequada passa por suspender o mesmo, se o BAV agravar poderá utilizar-se um pacemaker provisório como suporte elétrico. Se surgirem sinais e sintomas relacionados com a bradicardia tais como a fadiga, cefaleia e síncope, a frequência sinusal pode ser aumentada de uma forma cuidada e gradual através da administração de atropina (INEM, 2019).

O BAV de segundo grau ou Mobitz tipo II reflete a perda intermitente ou repentina da condução entre as aurículas e os ventrículos. A localização do bloqueio encontra-se,

na maioria das vezes, abaixo do feixe de his. Este BAV pode ser potencialmente perigoso porque, pode progredir de uma forma silenciosa para bloqueio cardíaco ou até assistolia ventricular. A sua etiologia está relacionada com EAM da parede anterior, fármacos (digitálicos, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio) e degeneração do sistema de condução resultante do aumento da idade. O tratamento adequado deste, passa por depender essencialmente do quadro clínico do doente e baseia-se no mesmo tratamento do BAV Mobitz tipo I (INEM, 2019; Silva & Maciel, 2021).

O BAV de terceiro grau ou completo representa a total ausência de condução entre as aurículas e os ventrículos, existe um batimento independente entre a aurícula e o ventrículo. Na sua origem estão a intoxicação por fármacos, o EAM, a degeneração do sistema elétrico de condução relacionada com a idade, miocardite, endocardite, cirurgia cardíaca e também pode ser de origem congénita (INEM, 2019; Silva & Maciel, 2021; Toscana et al., 2021).

O tratamento deste BAV completo passa tanto por acelerar a condução pelo nódulo AV e apoiar a frequência ventricular, pois o BAV completo é normalmente acompanhado de sintomas relacionados com a frequência. Para tentar restaurar a condução através no nódulo AV devemos administrar atropina e fármacos adjuvantes para apoio da frequência tais como isoprenalina (INEM, 2019; Toscana et al., 2021). Se o BAV se dever a intoxicação de fármacos devem ser de imediato suspensos, e na maioria das vezes é necessário a colocação de um pacemaker provisório num bloqueio temporário ou em emergências. Consoante o quadro clínico associado pode ser recomendada a colocação de pacemaker definitivo.

Associado aos bloqueios cardíacos também existem os bloqueios de ramo. Os bloqueios de ramo representam defeitos na condução intraventricular que, geralmente não produzem quaisquer sintomas indesejáveis. O impulso supraventricular que emerge do feixe His prossegue o ramo do feixe desbloqueado e despolariza o ventrículo. Do lado do bloqueio de Ramo, o impulso difunde-se lentamente através do músculo ventricular, resultando numa despolarização anormal. O complexo QRS anormalmente largo daí resultante é o que distingue o bloqueio de ramo (Thygesen et al., 2018; Toscana et al., 2021).

Existem bloqueios de ramo direito (BRD) e bloqueios de ramo esquerdo (BRE). O BRD resulta de um bloqueio ou atraso na condução dentro do ramo direito. A sua

etiologia está inerente a diversos fatores tais como hipertrofia ventricular direita, distensão ventricular direita resultante de embolia pulmonar aguda e doença pulmonar crônica ou aguda, por defeito no septo auricular, na síndrome Wolff-Parkinson-White tipo A, doença das artérias coronárias, miocardite, contusão cardíaca, causas idiopáticas. Para este BRD não existe tratamento (Silva & Maciel, 2021).

O BRE resulta de um atraso ou bloqueio na condução dentro do ramo esquerdo. A sua etiologia pode estar na origem de uma hipertrofia ventricular esquerda, associada a uma cardiomiopatia, hipertensão, doenças das coronárias, miocardite e síndrome de Wolff-Parkinson-White tipo B. Geralmente o tratamento para o BRE é desnecessário, a não ser seja em quadro agudo, como por exemplo no EAM. Podem também surgir perturbações de ritmo que requerem uma intervenção específica, como BAV (Thygesen et al., 2018).

Para além de todos os bloqueios supracitados, existem ainda os bloqueios fasciculares também conhecidos como hemibloqueios. Representam a condução perturbada quer na divisão ou fascículo anterior, quer na divisão posterior do ramo esquerdo. O bloqueio fascicular anterior esquerdo ou hemibloqueio anterior esquerdo, representa um atraso na condução através do fascículo anterior do ramo esquerdo. O fascículo anterior é mais comprido e fino e tem um único fornecedor de sangue, o que o torna mais vulnerável ao bloqueio do que o fascículo posterior. A sua etiologia deriva de doença das artérias coronárias, EAM, doença cardíaca congénita, cirurgia cardíaca, processo de envelhecimento e variante normal. O tratamento não é indicado, apenas em circunstâncias de episódio agudo após avaliação das causas subjacentes (Thygesen et al., 2018).

O bloqueio fascicular posterior esquerdo denominado como hemibloqueio posterior esquerdo, representa um atraso na condução através da divisão posterior do ramo esquerdo. O fascículo posterior é curto, grosso e tem um duplo fornecimento de sangue, tornando-o menos suscetível a lesões do que no fascículo anterior. Este aparecimento implica, geralmente, a ocorrência de uma grande quantidade de lesões do miocárdio, por isso as implicações do bloqueio fascicular posterior esquerdo são mais graves que as do direito. A sua etiologia deriva de doença das artérias coronárias, EAM, doença cardíaca congénita e de cirurgia cardíaca. O seu tratamento normalmente não é necessário apenas recomendado se ocorrer durante um EAM, uma vez que implica danos

musculares extensos que podem conduzir a disritmias significativas e à paragem cardíaca (Silva & Maciel, 2021).

O bloqueio do sistema elétrico do coração requer registo do ritmo com um traçado eletrocardiográfico que comprove a sua existência. Existem diversos dispositivos implantados e monitores portáteis que permitem a sua deteção. Atualmente com o avanço da tecnologia a utilização de telemóveis e relógios em que as monitorizações constantes da frequência cardíaca podem ser muito úteis na identificação precoce de arritmias.

As opções terapêuticas das arritmias cardíacas resultante de perturbações de condução com ritmo cardíaco lento, mais concretamente dos bloqueios do sistema de condução auriculoventricular, vão depender do coração de cada pessoa assim como a sua sintomatologia. Pode ser efetuada uma abordagem farmacológica ou outras formas interventivas, tais como a implantação de pacemaker, sendo usado no tratamento das arritmias lentas e bloqueios do sistema elétrico do coração (INEM,2019; Toscana et al.,2021).

O procedimento de pacing pode ser não invasivo, pacing de percussão ou pacing transcutâneo ou invasivo, sendo pacing temporário (transvenoso) ou pacing permanente (implantável). Na UCIC os mais usados são os pacing invasivos e são implantados por equipas treinadas, médico cardiologista com experiência em eletrofisiologia, enfermeiro e técnico de cardiopneumologia.

O pacemaker definitivo é a única terapêutica eficaz para tratamento permanente das arritmias lentas e bloqueios do sistema elétrico do coração. Não existem alternativas farmacológicas viáveis e sólidas para tal. O pacemaker ou denominado como marca-passo é um pequeno aparelho implantado sob a pele, que envolve duas partes o gerador de impulsos e os eletrocateres. O gerador é uma caixa metálica que tem uma bateria e os circuitos eletrónicos que regulam o sistema. Os eletrocateres são cabos elétricos introduzidos, habitualmente, através da veia cefálica ou subclávia que fazem a ligação do coração para que os sinais elétricos sejam distribuídos pelas cavidades cardíacas direitas, estimulando o coração, controlando e promovendo os batimentos cardíacos (Toscana et al.,2021).

O pacemaker monitoriza todos os batimentos cardíacos, e quando o batimento do coração é demasiado lento o pacemaker faz a estimulação elétrica. Como qualquer procedimento cirúrgico pode ter complicações, embora sejam raras. Durante a

implantação as complicações mais comuns são: disseção da veia de acesso, perfuração da parede do coração, paragem cardíaca por indução de bloqueios de alto grau, indução de taquiarritmias ventriculares, derrame pleural e pericárdico. Após a implantação, as complicações mais comuns são hemorragia/hematoma, infecções no local da implantação e deslocamento do elétrocáteter (INEM,2019; Toscana et al.,2021).

A intervenção do enfermeiro especialista é fundamental, porque representa um pilar para a gestão de cuidados, sendo que por isso exige conhecimento, atitudes e competências específicas. Nomeadamente, estar atualizado com as mais recentes orientações para o tratamento da PSC do foro cardíaco. Na avaliação inicial, o enfermeiro garante a continuidade de cuidados à pessoa, ao transmitir a informação relacionada com os sinais e sintomas sugestivos e as alterações isquémicas no ECG ao médico, ao qual ativa precocemente os procedimentos internos de forma que a pessoa receba o tratamento adequado no menor tempo possível.

Ao longo das experiências vivenciadas percecionei a importância que as competências técnicas têm na abordagem do doente cardíaco, a importância da evolução hemodinâmica, as características da dor e a sua gestão, as alterações eletrocardiográficas entre outras. Mas de realçar que a componente relacional com o doente/família é fundamental no sucesso terapêutico, algo muito valorizado pelo doente, porque somos uma fonte de conforto, devido ao tempo que investimos a explicar a sua condição clínica e o tratamento necessário.

Enquanto futura mestre e enfermeira especialista permiti sempre o acesso à informação pretendida pelo doente, com isto tinha a compreensão por parte do doente/família sobre a doença, tratamento e no envolvimento na tomada de decisão o que contribuía para a redução do medo e ansiedade e com isto conseguia estabelecer um elo fundamental no que diz respeito à relação interpessoal entre doente/profissional de saúde.

O EEEMC PSC é, atualmente, um integrante decisivo na afirmação de uma enfermagem mais rigorosa e proactiva para a pessoa alvo dos nossos cuidados. A reflexão sobre as experiências e os caminhos traçados é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Cuidar da PSC do foro cardíaco implica uma base consistente de conhecimentos atuais e baseados em evidência científica, para que seja possível gerar resultados e melhorias no estado clínico da pessoa, e cuidados altamente especializados produzem ganhos em saúde. A capacidade de compreensão do estado de saúde da pessoa,

principalmente das suas necessidades promove o desenvolvimento e a capacidade de diagnóstico clínico, permitindo planejar as intervenções de enfermagem segundo a metodologia do processo de enfermagem. Assim, garantimos uma prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência que permite uma prestação de cuidados mais responsável e segura, especialmente na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica/ e ou falência orgânica.

CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Os cuidados de saúde e como consequência, os cuidados de Enfermagem e a Enfermagem sofreram uma grande evolução. Atualmente, é de crucial importância a exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização são uma realidade transversal à generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A busca pela excelência do exercício profissional do enfermeiro constitui um objetivo altamente complexo. Segundo a OE (2015a) está associada à ideia de um nível superior de prestação de cuidados, reconhecido como universalmente bom, ou seja, a OE entende “... a excelência como o humanamente desejável para todo o ato de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve” (p. 92).

Cuidar do doente crítico tem intrínseca uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos devido à sua complexidade. Ao enfermeiro que exerce funções em unidades com doentes críticos é exigida uma capacidade de adaptação e de resposta imediata e adequada às necessidades holísticas destes doentes.

Ao longo da vida, as pessoas passam por diversas mudanças e transições que emergem por vezes em novos comportamentos, em novas relações, em novos conhecimentos e em novas concepções de vida e de si próprios. Segundo a Teoria das Transições em Enfermagem proposta por Meleis, os enfermeiros têm a missão de auxiliar as pessoas a gerir as transições que ocorrem ao longo do ciclo de vida, ou seja, procurar maximizar os seus pontos fortes e implementar intervenções que permitam ajudá-las a alcançar níveis ideais de saúde, função, conforto e sensação de bem-estar (Meleis, 2019).

Paralelamente surge a necessidade de conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, o que pressupõe a aquisição de competências especializadas que vão ao encontro da pessoa e dos processos de saúde/ doença a que está exposta.

Este segundo capítulo do relatório tem como desígnio demonstrar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC e ou/ falência orgânica, nos domínios técnico-científicos, humanos, éticos e relacionais. Ao longo deste capítulo irei fundamentar, através de uma análise crítico-reflexiva, todo o meu percurso ao longo do mestrado, a articulação da componente teórica adquirida ao longo do mesmo com a prática adquirida nos ensinamentos clínicos, bem como da mobilização das competências desenvolvidas através da minha experiência pessoal e profissional.

Cada domínio das competências do enfermeiro EE engloba um conjunto de competências, estando estas subdivididas em unidades de competência e critérios de avaliação, sendo estes o conjunto de comportamentos compreendidos como a evidência de um desempenho profissional competente. As experiências vividas só integram aprendizagem quando refletidas e desconstruídas, conjecturando flexibilidade cognitiva para desenvolver possíveis cenários interpretativos (Silva & Silva, 2016).

2.1. CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências requer uma atualização contínua e sistemática dos conhecimentos para fazer face a esta evolução com o objetivo de alcançar a valorização pessoal e profissional com otimização de recursos e maximização de resultados.

Os ensinamentos clínicos são locais formativos que permitem aos estudantes o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, onde através de situações reais em contextos diferenciados permitem mobilizar e integrar os conhecimentos obtidos em ensino teórico e prático. São espaços de oportunidades, dado que colocam em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção de saberes, pois “é no agir em situação que se desenvolvem as competências” (Silva & Silva, 2016,p.102)e que se promove e consolida a praxis de enfermagem, ou seja, é com a interação entre o estudante, a formação e o ensino clínico que os processos formativos têm o potencial para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e pensamento crítico (Silva & Silva, 2016).

Assim, o ensino clínico (EC) tem como principal objetivo proporcionar o contacto com a realidade da prática de enfermagem, e irá permitir a aplicabilidade dos conteúdos teóricos adquiridos, possibilitando deste modo a expressão da identidade profissional no caso do curso de enfermagem e do aperfeiçoamento e desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo no caso de uma especialização (Silva & Silva, 2016).

No âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à PSC surge assim como uma área emergente. A PSC 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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

A PSC e família/cuidador que estão a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica são o foco do cuidar do EEEMC na área da PSC. Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por ser altamente diferenciados, especializados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com risco de falência imediata de uma ou mais das suas funções vitais, permitindo a manutenção das suas funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Deste modo, irei realizar uma breve contextualização dos contextos de prática onde tive a possibilidade de aplicar os conhecimentos desenvolvidos ao longo do meu mestrado, tendo em consideração a aquisição e desenvolvimento de novas competências especializadas em enfermagem.

2.1.1. Ensino Clínico I – Urgência Polivalente

O EC I foi desenvolvido numa Urgência Polivalente do Norte do país, perfazendo um total de 257 horas, com a finalidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família em contexto de urgência/emergência.

O Hospital onde foi realizado o EC, foi criado em 2011, com uma capacidade de internamento de 704 camas, constitui uma Entidade Pública Empresarial integrada no SNS (Sistema Nacional de Saúde). Presta cuidados de saúde a uma população com cerca de 1,2 milhões de habitantes, residente nos distritos de Braga, Viana do Castelo, e dispõe de equipas multidisciplinares, altamente qualificadas com equipamentos e tecnologias de primeira linha, para a prestação de cuidados de saúde de excelência. Tratando-se de um hospital central para além de abranger globalmente uma área com cerca de 1.100.000 de habitantes como referência de 1ª linha para algumas especialidades médicas e referência de 2ª linha nas restantes.

O SU localiza-se no piso 1 do Hospital e dispõe de 3 entradas distintas, designadamente a urgência de adultos, urgência pediátrica e obstétrica e com uma gestão e organização e equipa de enfermagem independentes. O SU adultos, no que se refere à estrutura física e organização do SU, encontra-se organizada por áreas funcionais, nomeadamente: área de triagem de prioridades; 2 salas de emergência; área das vias

verdes; área médica; área cirúrgica; área de trauma; área pediátrica; área obstétrica; unidades cuidados intensivos do SU; unidade de decisão clínica 1; unidade de decisão clínica 2; unidade de decisão clínica 3; áreas de apoio clínico específico no hospital. Existem também áreas de apoio clínico como a sala de recepção de exames, imagiologia, nebulizações e salas de intervenção de enfermagem; área da Viatura Médica de Emergência e Reanimação; Áreas de apoio logístico na urgência; salas de espera: exteriores para acompanhantes e utentes pouco urgentes e interiores para urgentes; secretariados: admissão de doentes e secretariado clínico.

Relativamente aos recursos humanos, o SU polivalente, possui equipa de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros profissionais de saúde, tal como as orientações da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência ([CRRNEU],2012). A equipa de enfermagem encontra-se distribuída por equipas, sendo o rácio de enfermeiro por turno de cerca de 17 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas.

A equipa de enfermagem, na sua globalidade, apresenta elementos especialistas nas mais diversas áreas, nomeadamente, médico-cirúrgica, reabilitação, e saúde mental e psiquiátrica. Tendo sempre em consideração que a dotação adequada de enfermeiros num serviço, bem como o nível de qualificação e competências dos mesmos, constituem pedras basulares nos índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, pude verificar que o número de especialistas, e particularmente de EEEMC na área da PSC, se encontra ainda abaixo das necessidades deste serviço (Regulamento n.º 743/2019, 2019)

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

Ao longo do ensino clínico era pretendido que o estudante fosse capaz de realizar o planeamento, execução/implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de SU. Neste sentido, através do desempenho clínico, da reflexão e análise crítica das intervenções realizadas foi possível o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade em contexto de serviço de urgência polivalente.

Foi fundamental proceder à clarificação dos conceitos de situação urgente e emergente para permitir uma compreensão mais aprofundada sobre os mesmos. A CRRNEU define como emergentes todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais enquanto, e por outro lado, urgentes como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência [CRRNEU], 2012).

De acordo com o descrito no relatório do Grupo de Trabalho Serviço de Urgência (GT-SU, 2019), em 2011, Portugal foi o país da OCDE com mais procura pelos SU. Estes, são serviços multidisciplinares e multiprofissionais, que apresentam como objetivo a receção, o diagnóstico e tratamento de pessoas acidentadas ou vítimas de doenças súbitas que careçam de atendimento imediato em meio hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

O elevado número de episódios de urgência, não urgentes nos SU, é uma realidade atual. Estes atendimentos consomem recursos de emergência tanto ao nível de equipamento médico como de profissionais de saúde, o que em algumas circunstâncias pode comprometer o acesso rápido e seguro do doente urgente aos cuidados. Os SU continuam a ser o modo de entrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), e com isto, a elevada afluência provoca um o aumento dos tempos de espera, o que leva a uma insatisfação por parte dos doentes, para além do aumento da carga de trabalho dos profissionais, o que por vezes pode originar diagnósticos tardios e comprometer os tratamentos necessários (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência [GT-SU], 2019).

Os SU constituem um desafio para o SNS, com um horário de funcionamento de 24horas/dia, 7 dias por semana. São submetidos, diariamente, a uma grande dinâmica e constante mudança, onde nada é programado, o que lhes impõe a necessidade de uma imensa flexibilidade e adaptação. Devido a esta complexidade, é evidente a exigência por respostas atempadas, eficazes e cientificamente adequadas (GT-SU, 2019).

Nos termos do último despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, os SU distinguem-se em três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Os SU integram ainda um dos pilares

fundamentais do Sistema Integrado de Emergência Médica, cujo funcionamento e articulação é imprescindível para a qualidade dos cuidados que se prestam aos doentes agudos (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SUP representa o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência. Deve responder às necessidades da procura, resultantes da demografia regional e das necessidades decorrentes das redes de referenciação existentes. Em termos de rácio, é recomendável e aceite que exista um SUP por cada 750.000 - 1.000.000 habitantes. Assim, em Portugal Continental está definida uma rede aproximadamente de dez a treze SUP. Estes devem “oferecer resposta de proximidade à população da sua área, nomeadamente assegurando resposta semelhante ao nível de responsabilidade de SUMC, devendo, portanto, possuir todos os recursos preconizados para este nível de SU” (CRRNEU, 2012, p. 26).

A sua missão visa a prestação de cuidados de saúde diferenciados em situação de urgência e emergência, em articulação com as demais unidades de saúde que constituem o SNS e na formação contínua dos profissionais que desempenham funções no SU.

O que diferencia o SUP dos restantes níveis de cuidados é a capacidade de resposta nas valências existentes, tais como: neurocirurgia, imagiologia, com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cirurgia vascular, pneumologia (com endoscopia), Via Verde Sépsis (VVS), Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC [VV AVC]), Via Verde Trauma (VVT) e Via Verde Coronária (VVC) (com cardiologia de intervenção). Para além disso, devem ainda assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito das valências de cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva e gastroenterologia. Apesar de em grandes centros urbanos onde existe mais que um SUP é exequível e até recomendável, que estes cuidados possam ser assegurados por um único SUP. No caso em concreto do SUP existem as valências necessárias de um SUP, porém no caso das valências de cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia Plástica e Reconstrutiva estas são asseguradas pelo SUP do Hospital de S. João no Porto. Também nos SUP é necessário ter uma gestão integrada com uma Viatura de Emergência Médica e Reanimação para participar na prestação de cuidados ao doente crítico no SU e no seu transporte ao SU (CRRNEU, 2012).

O SU dispõe de três entradas distintas, designadamente a urgência de adultos, urgência pediátrica e obstétrica. O SU adultos, local onde foi realizado o ensino clínico

encontra-se organizado por áreas funcionais, nomeadamente: área de triagem de prioridades; duas salas de emergência; área das vias verdes; área médica; área cirúrgica; área de trauma; área pediátrica; área obstétrica; unidades cuidados intensivos do SU; unidade de decisão clínica 1; unidade de decisão clínica 2; unidade de decisão clínica 3; áreas de apoio clínico específico no hospital. Existem também áreas de apoio clínico como a sala de receção de exames, imagiologia, nebulizações e salas de intervenção de enfermagem; área da Viatura de Emergência Médica e Reanimação; áreas de apoio logístico na urgência; salas de espera exteriores para acompanhantes e utentes pouco urgentes e interiores para urgentes; secretariados de admissão de doentes e secretariado clínico.

Ainda nos termos do regulamento n.º 743/2019, no SU todos os elementos da equipa de enfermagem devem ter formação em suporte avançado de vida (SAV) e pelo menos 50% da sua equipa devem possuir competências específicas do EEEMC na área da PSC, atribuída pela OE (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O papel do EEEMC na área da PSC, nos cuidados à PSC, envolve a mobilização contínua e importante de conhecimentos e competências, devido à complexidade e multiplicidade das respostas humanas aos processos de transição. Os cuidados à PSC devem ser prestados, preferencialmente, pelo EE nesta área (OE, 2018).

O EE é definido no Estatuto da OE e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) como sendo:

Habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2015b, p. 99).

Neste sentido, é-lhe reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, além de cuidados de enfermagem gerais (OE, 2015b; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Segundo Benner (2001), o EE deve possuir conhecimento técnico, capacidade de tomada de decisão, capacidade de comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade e criatividade, sentido crítico e iniciativa, aliada a uma conduta ética e deontológica, onde este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

O SU é um serviço multiprofissional e multidisciplinar que exige respostas rápidas, de equipas diferenciadas, qualificadas com competências técnicas e não técnicas para que seja possível uma tomada de decisão rápida e eficaz na prestação de cuidados ao doente crítico. A liderança, trabalho em equipa, a gestão das tarefas e a comunicação interpessoal assumem um papel fundamental, porque é através destas, que se torna possível a articulação do trabalho em equipa, possibilitando deste modo um atendimento de qualidade e melhores cuidados de saúde para o doente crítico (INEM,2019).

A prática profissional deve estar assente na humanização dos cuidados, o que pressupõe dar atenção ao utente como uma totalidade, inserido numa família e numa comunidade e contribuir para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

2.1.2. Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente

O EC II foi realizado de uma forma contínua, mas subdividiu-se em duas unidades curriculares do mestrado, o EC II – Cuidados Intensivos Polivalente e o módulo I do EC III estágio com relatório. Ambos são relativos a uma prática de cuidados de enfermagem no serviço de medicina intensiva de um hospital polivalente do norte do país perfazendo um total de 149 horas do EC II e 108 horas do EC III – módulo I.

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar das ciências médicas que tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Ministério da Saúde, 2017).

O serviço de medicina intensiva deverá existir em todos os hospitais que possuam serviço de urgência polivalente e médico-cirúrgico e em todos os hospitais que realizem cirurgias que exijam medicina intensiva no pós-operatório (Ministério da Saúde, 2017).

As unidades de cuidados intensivos são locais qualificados e altamente diferenciados na prestação de cuidados de saúde, exigindo muito conhecimento e

condições de trabalho bastantes específicas, sendo estas unidades essenciais para a avaliação e tratamento do doente crítico. Assumem ainda, um papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença que apresentam falência de uma ou mais funções vitais potencialmente reversíveis (OE,2018).

Nos termos do parecer n.º 15/2018, emito pela OE, relativo às funções do EEEMC nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva, o profissional detentor do título de EEEMC é aquele que possui competências adequadas para dar resposta às necessidades dos cuidados. Preconiza ainda que, nestas unidades os níveis de dotações seguras sejam de 50% de EEEMC num rácio de enfermeiro/doente (OE, 2018).

O rácio ideal de enfermeiros em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) na prestação direta dos cuidados de enfermagem, deve ser flexível, mas tendo em conta os níveis de cuidados necessários a prestar a cada doente. Nos termos do Regulamento n.º 743/2019 referente à norma do cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 184, recomendam-se os rácios mínimos de um enfermeiro para dois doentes em camas de nível III e em camas de nível II um enfermeiro para três doentes.

A segurança assume uma dimensão chave na prestação de cuidados, mas na medicina intensiva é imprescindível, uma vez que estes doentes são mais vulneráveis, dependentes de um suporte vital, com uma margem de erro terapêutica estreita, onde só será assegurada uma prestação de cuidados eficaz ao doente crítico se existir segurança nos cuidados, esta, assegurando a redução do risco e de danos evitáveis (Ministério da Saúde, 2017).

O Ministério da Saúde (2017) defende que os serviços de medicina intensiva devem assumir a total responsabilidade pelo doente crítico com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e recuperando as falências de órgão com implicações vitais através de saberes, tecnologias e metodologias muito próprias, independentemente do local onde se encontre no hospital, seja na urgência, unidade de cuidados intensivos ou intermédias ou no internamento através das equipas de emergência interna.

Nas UCI as equipas devem ser altamente diferenciadas com formação específica e especializada, dada a complexidade das técnicas, procedimentos e equipamentos que são disponibilizados, estas permitem manter as funções básicas da vida, prevenir complicações e limitar, na medida do possível, incapacidades tendo em consideração a

recuperação total. A função dos enfermeiros abrange a prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico ou potencialmente crítico nas suas diferentes valências e que necessitam de suporte e de monitorização contínua e intensiva, a prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico, no pós-operatório imediato, nas situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), na prevenção e controlo da infeção perante o utente em situação crítica e ou falência orgânica.

As UCI devem estar preparadas com sistemas de monitorização, que permitam a avaliação contínua dos aspetos relevantes que contribuem para a identificação de problemas ou situações de melhoria potencial, como por exemplo a monitorização neurológica (neuro-motorização), cardiovascular (eletrocardiograma, oxigenação, pressão arterial invasiva e não invasiva), equipamentos de ventilação invasiva e não invasiva, equipamentos que sejam capazes de realizar técnicas depurativas (por exemplo técnica de substituição renal e plasmaferese).

Os cuidados intensivos evidenciam-se se por ser uma área complexa, bastante específica e onde a interdisciplinaridade é constante e obrigatória, o que proporciona aos profissionais de saúde que lá exercem funções uma constante reavaliação e aquisição de conhecimento e competências. O SMIP onde foi realizado o EC é uma unidade de cuidados de Nível III com uma equipa multidisciplinar altamente especializada que presta cuidados diferenciados a doentes com critérios de gravidade elevados e potencial de reversibilidade da sua condição clínica, recorrendo a um grande suporte, não apenas farmacológico e tecnológico, mas também do potencial dos seus recursos humanos.

Estruturalmente, o SMIP está dividido em SMIP 1 e SMIP 2 com capacidade de internamento nível II e nível III cumprindo todas as recomendações técnicas para instalações de unidades de medicina intensiva (Ministério da Saúde, 2017).

O SMIP 1 onde foi realizado o EC localiza-se no quarto andar do hospital e tem capacidade para 14 doentes de nível III onde são prestados cuidados diferenciados à PSC. Das 14 camas disponíveis, 4 delas são em quarto de isolamento que possibilita o internamento de doentes com doença infeto/contagiosa, seja por contato, gotículas ou via aérea. Os quartos de isolamento permitem fazer um isolamento por pressão positiva ou negativa.

As pessoas admitidas no SMIP são pessoas em situação crítica provenientes do exterior, do SU e de outros serviços do hospital. Recebe doentes de nível 3, com falência

múltipla de órgãos (dois ou mais) com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória e substituição renal.

Os motivos de admissão mais prevalentes no serviço durante o meu EC foram: quadro clínico de sépsis e choque séptico; choque circulatório de diferentes etiologias; *status* pós PCR; insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada; politraumatismo; Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e Traumatismo Vertebro Medular; intoxicações; AVC hemorrágico e isquémico, insuficiência renal aguda e crónica agudizada; insuficiência hepática aguda e crónica agudizada; disfunção metabólica e neuro-endócrina; manutenção e referência de doadores multiorgânicos.

A equipa multiprofissional do SMIP é constituída por médicos com especialidade em Medicina Intensiva, enfermeiros entre os quais Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e em Enfermagem de Saúde Mental, bem como assistentes operacionais que asseguram a prestação de cuidados durante 24 horas em horário rotativo. A distribuição de Enfermeiros por turno no serviço é a preconizada para uma dotação mínima segura, rácio de um enfermeiro para dois doentes nos termos do regulamento nº 743/2019 Ordem dos Enfermeiros - Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

A metodologia de trabalho em uso no SMIP é o método individual, sendo o enfermeiro afeto ao utente responsável pela prestação de cuidados à PSC/família. De ressaltar que todos os elementos que se encontram no turno conhecem a realidade de cada pessoa internada, uma vez que a passagem de turno é efetuada em conjunto com todos os enfermeiros do turno. Dada a estrutura da UCI no conceito *openspace*, esta possibilita o contacto visual direto com os doentes e uma vigilância contínua e permanente com controlo em tempo real dos parâmetros hemodinâmicos do mesmo. Os registos clínicos são efetuados no programa *B-Simple*® utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Cada unidade do doente é provida de uma cama elétrica, elevatória e tripartida, com sistema de precursão e colchão de pressão alterna, com uma estrutura que suporta equipamentos necessários para a perfusão e manutenção de medicação, ventilador, fonte de oxigénio e ar comprimido, sistema de aspiração, insuflador manual, monitor e equipamentos como termómetro e máquina de pesquisa de glicémia entre outros.

Os doentes estão continuamente monitorizados com eletrocardiografia, frequência cardíaca, oximetria de pulso e tensão arterial direta ou indireta. Também podem ser avaliados outros parâmetros hemodinâmicos, tais como a pressão venosa central, o ECG de 12 derivações, Índice Bispectral, Pulse Countour Cardiac Output (PICCO), pressão intra-abdominal, pressão intracraniana e temperatura (axilar, esofágica, nasofaríngea, timpânica). Para apoiar na decisão clínica o serviço possui de uma máquina de gasometria, ecógrafos, máquinas de substituição renal contínua, carro de emergência, para além de todo o material clínico necessário para a prestação de cuidados ao doente crítico.

O EC em UCI é fundamental no desenvolvimento de competências do EE e de mestre em enfermagem médico cirúrgica, pela natureza específica do contexto em que decorreu e pela complexidade das situações de saúde. Exigiu de mim uma capacidade de adaptação dos conhecimentos, de aprendizagem e transformação que impôs uma pesquisa de evidência científica mais exaustiva e diversificada, como por exemplo sobre a abordagem da via aérea difícil, abordagem do politraumatizado grave, ventilação invasiva e não invasiva, dor no doente crítico, *delirium*, suporte nutricional no doente crítico, técnicas de substituição da função renal, morte cerebral, síndrome pós cuidados intensivos, transporte do doente crítico, entre outros.

A prestação de cuidados de enfermagem no SMIP foi bastante enriquecedora e essencial no meu percurso académico. Neste local é notório e comprovado a importância do papel do EEEMC na área da PSC, proporcionando o contacto comum a realidade até então desconhecida de forma a adquirir novos conhecimentos, novas competências e desenvolver competências técnicas e científicas. Exercer funções numa unidade de cuidados intensivos é um desafio diário, onde ao longo deste EC tive a oportunidade de contactar com doentes complexos, com necessidades de cuidados e um suporte vital elevado, possibilitando inúmeras oportunidades de crescimento, melhoria e aprofundamento de conhecimentos e daqui adveio excelentes momentos de aprendizagem em que contribuem para uma melhoria na prestação de cuidados ao doente crítico e consequentemente o alcance dos objetivos delineados ao longo do meu percurso.

Para desenvolver competências de adaptação à estrutura física, organização e dinâmica funcional do SMIP no início do EC foi necessário conhecer melhor as infraestruturas e particularidades do serviço para possibilitar uma melhor integração neste

ambiente de cuidados altamente diferenciados. Desde o início do EC que me foi permitido consultar, no processo documental do hospital, os protocolos específicos de atuação que uniformizam os cuidados prestados que se encontram apenas para acesso restrito aos seus profissionais.

No SMIP os doentes admitidos encontram-se em situação crítica e com elevada instabilidade clínica. O trabalho em equipa é fundamental para conseguir prestar os cuidados ao doente/família em situação crítica o mais eficazmente possível, devendo a equipa multidisciplinar estar em concordância com os objetivos e finalidades de tratamento. Um ambiente de confiança e entreaajuda constante, permite alcançar o objetivo traçado de forma mais natural e rápida, sendo este aumentado com o aprofundar de conhecimentos na área do doente crítico. Tal como mencionado no regulamento n.º 429/2018, a antecipação de focos de instabilidade e reconhecimento de sinais e sintomas precoces é fundamental, para atuar de forma a contribuir para estabilização do doente (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Cuidar de um doente crítico é algo que abrange uma enorme complexidade e que envolve uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento/mobilização de conhecimentos. O enfermeiro a exercer funções em UCI deve ser resiliente e demonstrar capacidade de se adequar às necessidades holísticas do doente crítico. Ao longo do EC tive a oportunidade de vivenciar situações em que demonstrei a minha capacidade de adaptação às diferentes necessidades que iam surgindo no doente crítico, o que contribuiu para a aquisição de competências EEEMC na área da PSC.

2.1.3. Ensino Clínico III - Opção Clínica: Unidade Cuidados Intermédios Coronários

A abordagem ao doente crítico do foro cardíaco exige cuidados de enfermagem altamente especializados. A UCIC é um serviço que se destina a doentes agudos do foro cardíaco com falência iminente ou estabelecida de funções vitais, que necessitam de monitorização contínua, apresentando patologias diversas, o que exige um conhecimento abrangente e integrado dos órgãos e sistemas. O EC estágio com relatório - módulo II, foi concretizado na UCIC num Hospital Polivalente do Norte do País perfazendo um total de 486 horas.

A ESC desenvolveu um sistema de classificação para as unidades de cuidados intensivos coronários fazendo corresponder o nível de diferenciação de cuidados prestados às situações cardiovasculares agudas que são admitidas nestas unidades e os recursos técnicos e humanos que devem estar disponíveis em cada nível. Estas são classificadas nos níveis 1, 2 e 3, da menor para a maior diferenciação técnica e gravidade clínica dos doentes (Monteiro et al., 2020).

A UCIC onde decorreu o EC corresponde ao nível 2 de diferenciação de cuidados prestados às situações cardiovasculares agudas, pelo motivo da inexistência de Cirurgia Cardíaca o que faz com que não seja possível o nível 3 de cuidados intensivos de cardiologia (Monteiro et al., 2020). É uma unidade de nível 2 por ser um centro regional de referências do Norte do país que possui uma área de influência com uma característica fundamental, a existência de laboratório de hemodinâmica. Para além disso, dispõe também da capacidade de realização de técnicas não invasivas e de Pacing cardíaco.

Esta unidade está dotada de uma equipa multidisciplinar altamente especializada que presta cuidados diferenciados a doentes com critérios de gravidade elevados e potencial de reversibilidade da sua condição clínica, recorrendo a um grande suporte, não apenas farmacológico e tecnológico, mas também do potencial dos seus recursos humanos. É constituída por médicos com especialidade em Cardiologia com várias subespecialidades nomeadamente eletrofisiologia cardíaca, cardiologia de intervenção, enfermeiros entre os quais Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialistas em Enfermagem de Reabilitação bem como assistentes operacionais que asseguram a prestação de cuidados durante 24 horas em horário rotativo.

A UCIC recebe doentes com patologias cardiovasculares agudas, cujo risco requer observação mais avançada que numa unidade de internamento, sendo doentes graves ou com elevado risco de insuficiência cardíaca congestiva e/ou baixo débito cardíaco e por vezes com uma patologia cardíaca aguda ou crónica associada. Tem como meios tecnológicos e terapêuticos disponíveis equipamentos invasivos e não invasivos de monitorização de parâmetros clínicos, tais como ecocardiograma, ecografia torácica, ventilação não invasiva, pacing transcutâneo temporário, colocação de dreno torácico, acesso venoso central guiado por ecografia, pacing transvenoso temporário, cateter da artéria pulmonar/cateterização cardíaca direita, suporte circulatório percutâneo e sistema de Raio-X por fluoroscopia (Monteiro et al., 2020). Durante o EC tive oportunidade de

contactar com estes meios de monitorização avançada e compreender a sua relevância para o tratamento/diagnóstico/recuperação do doente cardíaco, sendo assim capaz de demonstrar mais uma das competências de EEEMC PSC como enunciado no regulamento n.º 429/2018 em que o enfermeiro deve ser capaz de monitorizar, avaliar e adequar as respostas aos problemas identificados.

A metodologia de trabalho na UCIC é o método individual, sendo o enfermeiro afeto ao utente por quem é responsável pela prestação de cuidados. A passagem de turno é realizada em conjunto e todos os elementos conhecem o estado clínico das pessoas internadas no serviço. A distribuição de Enfermeiros por turno no serviço corresponde à dotação mínima segura, rácio de um enfermeiro para dois ou três doentes segundo o regulamento nº 743/2019 Ordem dos Enfermeiros - Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

A unidade tem um conceito *openspace* que permite uma vigilância permanente com equipamentos dispostos na unidade que permitem a visibilidade em todos os espaços da unidade dos parâmetros hemodinâmicos e ritmo cardíaco, assim como o contacto visual com os doentes. Os registos clínicos são efetuados no programa *GLINT®* utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Para prestar cuidados de enfermagem ao doente cardíaco e para me conseguir integrar na equipa multidisciplinar foi necessário demonstrar competências na adaptação à estrutura física, organizacional e dinâmica funcional da UCIC. Para isso, tive de compreender a metodologia de trabalho existente no serviço, tal como defendido no Regulamento n.º 26/2019 em que o EE tem que ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, em que deve reconhecer os distintos e interdependente papéis e funções de todos os membros da equipa. Isso foi possível com a aquisição do conhecimento da dinâmica e funcionamento do serviço e das equipas, consulta das normas e protocolos existentes no serviço que permitiu prestar cuidados de enfermagem baseados na responsabilidade profissional, ética e legal para contribuir numa melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para conhecer a estrutura física, organização e dinâmica funcional da UCIC, foi necessário visitar as infraestruturas, identificar as suas particularidades, o que possibilitou uma melhor integração neste ambiente de cuidados altamente diferenciados, como o

serviço de hemodinâmica e sala de pacemaker, onde também se realizam os estudos eletrofisiológicos. Desde o início do EC que me foi permitido consultar, no processo documental do hospital, os protocolos específicos de atuação que guiam os cuidados a prestar.

De salientar que, um ambiente de confiança e entreajuda constante permite alcançar o objetivo traçado de forma mais natural e rápida com base nos conhecimentos na área do doente crítico. Para que este ambiente seja possível é fundamental que exista um trabalho em equipa, de forma a conseguir prestar os cuidados ao doente/família em situação crítica o mais eficazmente possível, devendo a equipa multidisciplinar estar em concordância com os objetivos e finalidades de tratamento, e assim consegui ter a plena noção no decorrer do EC. Tal como mencionado no regulamento n.º 429/2018, em doentes instáveis, a antecipação de focos de instabilidade, o reconhecimento de sinais e sintomas precoces é fundamental para atuar de forma a contribuir para estabilização do doente, aqui o trabalho em equipa e a concordância nos objetivos tem um papel muito preponderante (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante este EC foi possível constatar que os diagnósticos mais frequentes na UCIC são as síndromes coronárias agudas, as tempestades arrítmicas, miocardites, pericardites, endocardites, status pós-PCR por EAM, complicações pós procedimentos, como por exemplo tamponamento após implante de pacemaker definitivo, derrame pericárdico de grande volume complicado com tamponamento cardíaco e bloqueios cardíacos. Ao longo do EC identificar e antecipar os focos de instabilidade, assim como agir em conformidade, foi um dos maiores desafios do EC.

Na UCIC tive a oportunidade de vivenciar e participar em ações educativas e informativas de diversas temáticas, tais como ensino de hábitos de vida saudáveis para o aumento da qualidade de vida, recomendações aos doentes submetidos a procedimentos tais como cateterismo cardíaco, pacemaker e estudo eletrofisiológico. Através destas ações de ensino, consegui assimilar a importância que a aplicação de técnicas de comunicação verbal/ não verbal aquando da comunicação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica são fundamentais para capacitar a pessoa, promovendo o envolvimento da família nos cuidados, e até mesmo, para compreender o grau de aquisição de conhecimento.

Considerando a importância da família no envolvimento do processo terapêutico, observei a postura e relação terapêutica do meu enfermeiro tutor com o doente e família, e após algumas situações compreendi como se consegue estabelecer uma boa relação terapêutica e eficaz, perante o doente/família, de uma forma calma, compreensiva, breve e clara, respondendo a questões, medos e até frustrações e ainda consegui perceber as inquietações das famílias que por vezes são bem diferentes das da equipa multidisciplinar.

Participei em vários momentos em que foi necessário um envolvimento terapêutico tanto com o doente como com a família, e percebi que a informação deve ser transmitida de uma forma clara e sucinta e com a devida adequação linguística para facilitar a compreensão, fornecendo a quantidade de informação que o familiar deseja saber e assim consegui demonstrar mais uma das competências de EEEMC PSC enumerada no regulamento n.º 429/2018, conseguindo adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e ainda reconhecer o impacto das transições na relação terapêutica junto da pessoa/família para melhor adequar a relação de ajuda necessária.

Para que tudo isto fosse possível, foi essencial uma interação terapêutica com o doente/família em situação crítica, demonstrando conhecimentos científicos, éticos e deontológicos específicos direccionados para o doente crítico, transmitindo segurança e conforto à pessoa/família que vivenciam um processo transição saúde/doença. Com o estabelecimento da relação terapêutica, o enfermeiro consegue ser um agente facilitador no processo de transição e de adaptação a hábitos de vida saudáveis.

Esta relação terapêutica inicia-se logo no momento de admissão/acolhimento da pessoa/família em situação crítica. O contacto seja ele físico ou telefónico, é imprescindível na gestão do processo de saúde/doença, e constitui uma área altamente sensível aos cuidados de enfermagem, uma vez que existe uma vulnerabilidade emocional associada, tanto no doente como na família em situação crítica, o que pode causar falhas na comunicação e originar más interpretações. Para combater estas possíveis complicações devemos proporcionar um ambiente resguardado, calmo e seguro, de forma a tentar tranquilizar a família para que de forma, e sem ocultar informação, se consiga abordar o prognóstico do doente. Assim enquanto futura EEEMC PSC consegui, tal como enunciado no regulamento n.º 429/2018, gerir a comunicação interpessoal e a relação

terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica e assim tornar-me num vetor facilitador na gestão de ansiedade e medos da pessoa e da família.

A avaliação do doente crítico do foro cardíaco e a identificação precoce de focos de instabilidade e atuação em conformidade foi uma das minhas prioridades ao longo do EC, onde verifiquei o papel fundamental que o enfermeiro desempenha na avaliação inicial do doente, diagnóstico e estratificação do risco.

Os enfermeiros encontram-se geralmente na posição ideal para a identificação precoce da PSC do foro cardíaco, na medida em que são dos primeiros profissionais a contactar com o doente nas unidades hospitalares. A abordagem inicial do enfermeiro na triagem hospitalar, pode ativar precocemente os procedimentos internos da VVC, promovendo em tempo útil a prestação de cuidados dirigidos, e garantindo que a pessoa será avaliada por todos os profissionais necessários, assegurando a gestão de cuidados e promovendo o acesso ao tratamento definitivo mais adequado.

Considero que o EC na UCIC foi bastante rico e essencial no meu percurso académico, uma vez que neste local é conhecida e comprovada a importância do papel do EEEMC na área da PSC. É certo que trabalhar numa unidade de cuidados intermédios é um desafio diário, onde tive a oportunidade de contactar com doentes complexos, com necessidades de cuidados e suporte vital elevado, possibilitando inúmeras oportunidades de crescimento, melhoria e aprofundamento de conhecimentos. Daí advieram excelentes momentos de aprendizagem, os quais contribuíram para a melhoria da minha prestação de cuidados ao doente crítico, na direção dos cuidados de enfermagem especializados, seguros e de qualidade, e consequentemente o alcance do objetivo geral delineado ao longo do meu percurso para o desenvolvimento de competências.

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com Estatuto da OE e o REPE, os enfermeiros no exercício da sua atividade contribuem para as diversas áreas da enfermagem, designadamente para a área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, com o intuito na promoção da melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

As competências comuns são definidas como as competências transversais a todos os EE, ou seja, competências que todos os EE partilham, independentemente da sua área

de especialidade, comprovadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e também pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os domínios que integram as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O EEEMC, nos termos do regulamento n.º 140/2019, detém competências para desenvolver uma prática profissional de responsabilidade, ética e legal agindo em concordância com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, e ainda, possibilitar a melhoria contínua da qualidade que respeitem os direitos humanos, na gestão de cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No atual domínio, o EE apresenta duas competências, as quais contemplam o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional bem como a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O desenvolvimento de uma prática profissional alicerçada nas dimensões ética, legal e deontológica já é algo inerente à minha prática diária, uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem é uma área propícia a discussões éticas, legais e deontológicas, e enquanto enfermeira devo assentar a minha prática nos valores e princípios que regem a profissão. Porém, como futura EE torna-se acrescida a responsabilidade na garantia de uma prática profissional de excelência.

Nos termos do artigo n.º 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos “All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood” (United Nations, 2017, p. 7).

A deontologia profissional, alicerce do agir profissional do enfermeiro, é composta por um conjunto de regras e orientações práticas da forma como o enfermeiro deverá atuar enquanto membro de um grupo (OE, 2015b), pelo que no exercício das suas funções o EE deverá demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, empregando as suas capacidades de tomada de decisão com base no conhecimento ético-deontológico e na avaliação sistemática das melhores práticas e segundo as preferências de cada pessoa que cuida (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em Portugal os problemas éticos reportados à OE pelos enfermeiros relativamente à sua prática profissional, entre 2001 e 2004, foram alvo de estudo por Nunes (2015), tendo resultado 12 categorias distintas. Posteriormente, no ano 2015, um estudo idêntico desenvolvido pela mesma autora, em contexto médico-cirúrgico, versando os problemas éticos relacionados com a pessoa em situação crítica, emergiram apenas sete categorias: a informação, o acompanhamento em fim de vida, a responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes, as decisões dos destinatários dos cuidados, a distribuição de recursos, o respeito pela pessoa e, por fim, o sigilo profissional.

De acordo com a mesma autora, os enfermeiros detêm a responsabilidade de garantir e proteger os direitos humanos em todos os momentos e situações, de modo a garantir que de uma forma ética os cuidados sejam adequados face aos recursos disponíveis. O enfermeiro detém também a responsabilidade de garantir que a pessoa cuidada recebe toda a informação adequada no sentido de consentir o procedimento ou o tratamento de forma livre, devidamente informada e esclarecida (Nunes, 2015).

O respeito pela pessoa e pela dignidade, é um pilar fundamental na nossa vida pessoal e profissional, é um valor universal que deve estar inerente a cada um de nós, através do qual resultam outros princípios implícitos ao processo de tomada de decisão e de intervenção em que o exercício profissional do enfermeiro deve reconhecer e respeitar o carácter e a dignidade de cada pessoa envolvida, sejam da pessoa ou da pessoa que cuida com a finalidade de promover o bem-estar não apenas físico, mas também mental, psicológico e moral. Deste modo, o princípio da autonomia está intimamente relacionado com o princípio da liberdade e dignidade (OE, 2015b).

A igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, solidariedade, competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais em que deve ser pautada a relação profissional (OE, 2015a).

Os enfermeiros diariamente na sua prática deparam-se com vários dilemas éticos, em domínios como a recusa de procedimentos e tratamentos, obstinação terapêutica, privacidade, consentimento informado, confidencialidade e sigilo profissional, pelo que se verifica a necessidade de recurso à bioética a qual é definida como a “ética aplicada à vida” (Neves & Pacheco, 2004, p. 155).

O domínio profundo desta ciência, bioética, por parte do enfermeiro auxilia-o na reflexão acerca da sua atuação, ajudando-o a encontrar a atitude mais justa na abordagem às questões éticas.

No decorrer dos EC, as questões éticas na minha opinião que assumiram uma maior relevância foram as inerentes à privacidade, intimidade, consentimento informado, confidencialidade e sigilo profissional. Como anteriormente mencionado, o SU é um serviço muito particular, com uma dinâmica e características muito próprias, onde se impõe ao enfermeiro uma constante capacidade de adaptação, aliada à exigência de cuidados adequados, eficazes e eficientes, o que é gerador de stress.

Nos EC verifiquei a preocupação por parte dos enfermeiros pela salvaguarda da intimidade, privacidade e confidencialidade da pessoa. No entanto, no SU devido à grande afluência de pessoas nem sempre era possível assegurar a privacidade da mesma, uma vez que as áreas de trabalho se tornavam bastante pequenas para acomodar todas as pessoas e também pelo facto de serem *openspace*, dificultando bastante o direito à privacidade e ao sigilo profissional, uma vez que a informação partilhada entre a pessoa e o profissional de saúde era passível de ser audível pelas pessoas presentes na respetiva área do SU. Assim ao longo do mesmo foram adotadas diversas estratégias na medida do possível na preservação de um ambiente privado, com recurso a cortinas e biombo, e sempre que fosse possível, garantindo a manutenção das pessoas devidamente resguardadas.

De ressaltar o papel fundamental dos enfermeiros orientadores perante as questões que me suscitaram dúvidas ou dilemas éticos, no desenvolvimento de diversas reflexões em conjunto, o que me permitiu não só a aquisição de novas estratégias como o aperfeiçoamento das existentes, tendo em consideração a melhor evidência científica, promovendo sempre a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tendo como guias orientadores o Código Deontológico, o Estatuto da OE e o REPE. Esta reflexão é de extrema importância, pois permitiu tomar consciência da nossa forma de atuar,

contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências para uma prática profissional, ética e legal, o que está de acordo com o defendido pela OE (2015a) quando esta refere que os enfermeiros assumem um papel muito significativo na criação e adoção de estratégias, assumindo o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la (...)” e de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p. 85).

Em contexto de emergência, a necessidade de tomadas de decisão rápidas e cuidados imediatos podem levar à perda de direitos da pessoa, designadamente direito à informação, ao consentimento informado ou o direito à recusa de cuidados.

O sentido de responsabilidade do enfermeiro face a situações críticas, de urgência, emergência e de cuidados intensivos, onde lhe são impostas decisões céleres e cuidados de elevada complexidade leva a que a competência técnica, com foco na preservação da vida, seja priorizada em detrimento dos aspetos relacionais, culturais e humanos e, consequentemente, das questões éticas (Nunes, 2015), salientando-se as inerentes ao respeito pelo direito à informação, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes.

Neste sentido, nós enfermeiros assumimos um papel muito relevante na criação e adoção de estratégias, assumindo o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la (...)” e de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015a, p. 85). Sempre que a situação o permitia era garantida a manutenção da distância indicada entre as macas, contudo, devido à grande afluência de pessoas ao SU leva a que as diferentes áreas se tornem pequenas para dar resposta a todas as pessoas, dificultando o direito à privacidade e ao sigilo. Durante os EC, foram adotadas diversas estratégias na preservação de um ambiente privado como o assegurar a privacidade da pessoa cuidada, referido anteriormente, o recurso a um tom de voz adequado, e sempre que possível, a recolha de dados era realizada num local mais adequado e tranquilo.

Num ambiente do SU, causador de ansiedade para a pessoa e família, a presença de um acompanhante representa um agente facilitador, contribuindo não só para o bem-estar da pessoa, como também para a própria família. Face à sua importância, é legalmente reconhecido, nos serviços do SNS, o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo esta informação ser prestada aquando da sua admissão

no serviço, assim como o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em unidades de saúde, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, (Decreto-lei n.º 15/2014, 2014).

A prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos abrange um conjunto de aspetos éticos e legais específicos, entre os quais cuidados de elevada complexidade, envolvendo o suporte vital dos diversos sistemas. Durante o EC na SMIP, um dos aspetos éticos e legais que para mim mais se destacou foi a manutenção do potencial dador de órgãos, talvez por ser uma situação à qual não detinha grande conhecimento. Esta situação implica vários aspetos legais relacionados com a declaração da morte cerebral e a manutenção da homeostasia corporal do potencial dador de órgãos. A prestação de cuidados a um potencial dador de órgãos em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, fez-me desenvolver conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, uma das competências específicas e inerente ao EEEMC, bem como diversas competências comuns aos enfermeiros especialistas, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal.

Baseada em princípios e valores profissionais, enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro, publicado pela OE, a capacidade de tomar decisões exige competência ética, estando relacionada com a autonomia do profissional. Procurando sempre o bem-estar e a segurança da pessoa, o enfermeiro na tomada de decisão ética, dispõe e é influenciado por um conjunto de elementos, nomeadamente éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, os quais conferem complexidade e incerteza e determinam as suas ações e decisões (Nora et al., 2016).

A tomada de decisão em enfermagem, em contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica, é um processo complexo e com impacto na qualidade dos cuidados prestados, onde tendo em conta a dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros, tem vindo a ser aprofundado gradualmente. Segundo Nora et al. (2016) o final da etapa conduzida pelo raciocínio é a tomada de decisão. Todos os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas, delineando as intervenções que vão implementar. Estas decisões, referem-se às múltiplas realidades, vivenciadas pelas pessoas e que implicam mudanças nas suas vidas (Nora et al., 2016).

De acordo com Benner (2001, p. 33),

a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem.

Na prática clínica de enfermagem, tem-se tornado cada vez mais frequente, a necessidade de resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, sendo fundamental a capacidade de o enfermeiro combinar o conhecimento adquirido e a experiência vivenciada com a capacidade de pensar. A tomada de decisão centra-se na relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com a pessoa e/ou grupo, que possuem um quadro de valores, crenças e desejos, devendo o enfermeiro confrontar estes mesmos valores individuais face aos valores humanos universais, privilegiando sempre o respeito pela dignidade humana (Bristot et al., 2017).

No decorrer dos EC foi possível esclarecer e clarificar que a decisão ética em enfermagem se desenvolve em diversas fases e que resulta da realização de uma ou mais intervenções do enfermeiro. Emerge, assim, da identificação de um problema/dilema ético que encaminha o profissional para um conjunto de ações que orientem na resolução do problema, ou seja, que assegurem a proteção da pessoa, da sua vida, dos seus direitos, da sua dignidade e dos seus familiares e nós, profissionais de saúde, devemos ressaltar sempre a pessoa/ família nas suas vontades expressas. Ao longo do EC presenciei diversas situações em que nós enfermeiros não estamos confortáveis com as decisões que tomamos, e existem fatores que contribuem para uma dificuldade na tomada de decisão no contexto de cuidados à PSC, aliada a alguma insegurança, falta de conhecimento devido ao acesso de informação escassa, levam-nos não tomar decisões assertivas. Posso dar o exemplo da agudização de uma pessoa que se encontrava a cumprir pena no estabelecimento prisional, em que a comunicação desta agudização não foi realizada à família, mas sim ao departamento de saúde da instituição. Apesar de algum desconforto, devido às circunstâncias, tivemos de cumprir o “protocolo”.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos a minha atitude foi transversal, procurei adotar uma postura assertiva, sempre em busca do desenvolvimento do meu autoconhecimento, isenta de juízos de valor, respeitando a multiculturalidade de cada pessoa, contribuindo para a garantia de cuidados individualizados, assegurando respeito pela privacidade e dignidade da pessoa. No entanto, em contexto de urgência/emergência torna-se por vezes difícil assegurar estes direitos, por vários fatores, entre os quais a área física onde os cuidados são prestados. Mostrar disponibilidade para informar e esclarecer a pessoa sobre qualquer questão ou pedido de informação colocada acerca de algum procedimento ou cuidado prestado promovendo o consentimento informado, foi atitude que sempre garanti.

No nosso quotidiano profissional agindo contra as nossas convicções, princípios e valores temos em causa a nossa deontologia profissional. Para que isso não aconteça o EE deve então munir-se de competências enquadradas em dimensões éticas, deontológicas e legais, que facilitem o processo de tomada de decisão. Enquanto futura EE ao longo deste percurso do mestrado procurei sempre na minha prática profissional ter uma conduta baseada no respeito pela pessoa, pelas suas crenças e vontades considerando a sua individualidade com base nos princípios, valores e normas deontológicas da profissão, promovendo sempre o respeito pelo princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência, reconhecendo o respeito pela dignidade da vida humana, pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

2.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o EE deve ser capaz de 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 e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Decreto de Lei n.º 15/2014, 2014).

Os cuidados de saúde atualmente são bastante dinâmicos, sendo, regularmente, emanadas novas orientações e *guidelines* baseadas na mais recente evidência científica. A preocupação e atenção despendida pelas entidades que regulam a saúde com a melhoria contínua dos cuidados de saúde e da sua qualidade é cada vez mais evidente no nosso país, constituindo um desafio constante e exigente pela complexidade inerente.

A Organização Mundial de Saúde refere que cuidados de saúde de qualidade são cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas e que para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam autênticos, os serviços de saúde terão de ser oportunos, eficientes, equitativos e integrados (WHO, 2020).

A evolução dos cuidados de saúde e a informação que as pessoas detêm destes, é impreterível que se prestem cuidados de maior qualidade (Ribeiro et al., 2017). Assim, a criação e implementação de sistemas de qualidade em saúde torna-se uma prioridade, sendo esta uma responsabilidade, não apenas do exercício profissional de enfermagem, mas sim transversal a toda a equipa multiprofissional. Neste sentido, já em 2001 a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o propósito de “promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” e pretendendo esclarecer a natureza e os vários aspetos do mandato social da enfermagem (OE, 2001, p. 7; Ribeiro et al., 2017).

A definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem implica a melhoria dos cuidados de enfermagem e a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2017). A OE em 2017 procedeu à atualização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem 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” (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017, p. 2).

No que concerne a PSC incidem na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de saúde e na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estes enunciados descritivos constituem um referencial promotor da reflexão e da criação de projetos de melhoria contínua da qualidade, levando o EE a adotar um importante papel na promoção, elaboração, colaboração e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

Ao longo do mestrado e durante os ensinamentos clínicos fiz questão de me inteirar dos projetos de melhoria contínua da qualidade dos serviços por onde passei e, apesar de não ter sido integrada especificamente em qualquer deles, tive a oportunidade de debater com

os enfermeiros tutores acerca da sua implementação, sendo assim possível identificar as áreas de melhoria necessárias identificadas através das auditorias realizadas, de levantamento de necessidades em reuniões de serviço. A equipa de enfermagem encontra-se envolvida em vários projetos internos e transversais às unidades como a gestão do risco clínico e não clínico, a incidência de úlceras de pressão, comissão de controle de infeção segurança do doente, entre outros. Alguns elementos com SAV asseguram também a reanimação intra-hospitalar. E é francamente notável a envolvimento e preocupação das equipas na atualização de protocolos do serviço baseados na melhor evidência.

Enquanto futura EEEMC na PSC, ao longo dos EC foi-me possível identificar vários aspetos fortes no funcionamento dos serviços por onde passei, tais como por exemplo a definição clara das funções e responsabilidades dos elementos da equipa multidisciplinar, a existência de elos de ligação aos diferentes projetos da instituição, a existência de um plano de integração para novos profissionais no serviço, plano de formação em serviço, a definição de protocolos/procedimentos disponíveis para consulta para dar resposta a necessidades atuais, assim como a preocupação da revisão e atualização dos mesmos à luz da mais recente evidência científica. Com isto, todos estes aspetos contribuíram para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura EE para prestar cuidados de saúde com base numa tomada de decisão devidamente fundamentada, minimizando a probabilidade de errar, o que implicou uma maior segurança na minha prestação de cuidados contribuindo para uma prática segura e de qualidade, pois a segurança da pessoa representa um atributo essencial para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem de acordo com o *International Council of Nurses* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 atribui relevância à qualidade e à segurança na saúde, apresentando como objetivo a consolidação e a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, designadamente, no SNS. Este assenta em cinco pilares, nomeadamente cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e realização de práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A segurança do doente, a qualidade dos cuidados e comunicação para além dos restantes pilares foram essenciais na prestação de cuidados nos diferentes contextos.

Neste percurso procurei durante a minha prática de cuidados de enfermagem à PSC garantir os padrões de qualidade, através dos conhecimentos adquiridos e da evidência científica mais atual, atender às prioridades da PSC em tempo útil e de forma holística prestar cuidados altamente eficazes. Para que isto fosse possível foi necessário a antecipação dos focos de instabilidade para atuar precocemente sempre que necessário, baseando a minha prestação de cuidados na melhor evidência, em protocolos terapêuticos e interventivos existentes em contexto de urgência/emergência nos diferentes contextos para assegurar a gestão de protocolos terapêuticos complexos e prevenir as complicações.

Durante este ensino clínico existiram diversas situações que remeteram para a antecipação de focos de instabilidade, como por exemplo ter equipamentos de monitorização devidamente programados e com alarmes ajustados que me informavam do estado hemodinâmico da PSC, fornecendo dados sobre a tensão arterial média, frequência cardíaca e frequência respiratória, de instrumentos de avaliação neurológica tendo como exemplo a escala de coma de Glasgow, que me permitiam à mínima alteração no estado de consciência ficar alerta e prever possíveis episódios de instabilidade e prevenir complicações. Perante um alarme, um valor/parâmetro alterado era oportunidade de proceder ao juízo clínico e atuar, uma vez que estes traduzem-nos sempre alterações significativas do estado geral da PSC e não devem nem podem ser ignorados. Tornou-se prioritário interpretar o valor e traduzi-lo em cuidados direcionados para que não surja a instabilidade.

Dados relevantes, também envolviam o resultado das análises sanguíneas realizadas, das gasometrias arteriais e de outros exames complementares de diagnóstico (radiografias, eletrocardiogramas, ressonâncias, ecotranstorácicos e tomografias axiais computadorizadas). Todos estes elementos fornecem dados relevantes para a estabilização das funções vitais da PSC ou, pelo menos, na antecipação de complicações para evitar que estas se agravem. Paralelamente, sempre que detetava uma situação de possível instabilidade procurava planear os meus cuidados para tentar colmatá-la, validando sempre com o enfermeiro tutor, e após a minha intervenção monitorizar a eficácia dos meus cuidados e refletir sobre a situação, o que havia aprendido, o que poderia ter feito diferente e melhor e que contributo teria trazido a minha intervenção para a PSC.

Detive como base o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas e procurei dar continuidade aos cuidados, mencionando as

situações problemáticas identificadas para a restante equipa multidisciplinar. Responsabilizei-me pelas decisões tomadas, pelos atos que pratiquei e que deleguei e executei cuidados técnicos de alta complexidade, tendo todos estes fatores culminado num interesse comum: prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC que antecipem os focos de instabilidade. Salvaguardo ainda que, os cuidados prestados foram sustentados no processo de enfermagem, como base para a tomada de decisão e fortalecidos na evidência científica, sempre com base na reflexão e com origem na PSC/família. A antecipação de focos de instabilidade foi possível, através da rápida identificação dos problemas potenciais da PSC, planeando, implementando e avaliando intervenções que contribuíram para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.

O trabalho em equipa e a comunicação são reconhecidos como elementos importantes na melhoria da segurança do doente (INEM, 2019). A comunicação será tão ou mais eficaz dependendo da forma como é efetuada pelo que a qualidade da comunicação na relação entre o enfermeiro e a pessoa influencia diretamente o seu estado de saúde, pois a comunicação eficaz leva à satisfação da pessoa e à adesão aos planos terapêuticos e naturalmente, a uma maior adesão à mudança de comportamentos (Serqueira, 2016).

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é compreendida 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” (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017a, p. 4).

O trabalho em equipa e uma boa comunicação interpessoal verifica-se quando os diferentes membros da equipa apresentam uma comunicação clara, objetiva e eficaz, pois a evidência revela que 70% dos casos adversos da saúde são referentes a falhas na comunicação entre profissionais de saúde INEM (2019). As dificuldades no processo de comunicação entre os profissionais de saúde estão interligadas com a diminuição da qualidade de cuidados, sendo a transição de cuidados um dos momentos cruciais (Brás & Ferreira, 2016).

Deste modo, um dos elementos essenciais na segurança da pessoa é a qualidade na transição dos cuidados de saúde. Existem diversas metodologias de transmissão de informação segura e objetiva sobre os doentes. Em Portugal, a Direção-Geral de Saúde

(DGS) emitiu, no âmbito da qualidade organizacional, a norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde relativa à metodologia ISBAR. Esta técnica permite a sistematização e a uniformização da comunicação em saúde, promovendo a continuidade e segurança da informação que deve ser transmitida de modo a garantir a segurança dos cuidados e da pessoa. A mnemónica ISBAR corresponde a Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações). É ainda usada para uniformizar a comunicação entre profissionais, porque promove a uma rápida tomada de decisão, pensamento crítico e diminui o tempo de transferência de informação (DGS, 2017a).

É essencial durante todo o processo de cuidados, essencialmente nos momentos de transição de cuidados, de transferência de responsabilidade ou de passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, como por exemplo a passagem de turno e os registos, dado que são momentos de transição, reconhecidos como vulneráveis e exigentes (DGS, 2017a).

A qualidade dos cuidados de enfermagem é também medida através da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem. Estes representam a comunicação escrita, refletindo tanto a qualidade assistencial como a produtividade do seu trabalho, fundamental para a continuidade dos cuidados, para os processos de auditoria e como atividade de pesquisa, representando um elemento essencial para a organização e planeamento dos cuidados, e também representa um meio legal que representa a nossa proteção enquanto profissionais (Silva & Dias, 2018).

Ao longo dos ensinamentos clínicos consegui demonstrar competências na documentação das minhas intervenções no programa de registo próprio em uso no hospital, e tive oportunidade de explorar os seus vários campos e efetuar registos das minhas intervenções.

Garantir a segurança da pessoa só se torna possível com a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade, que visam a prevenção e redução dos riscos, erros e danos que possam suceder durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2019).

A ocorrência de eventos adversos durante a prestação de cuidados é um facto que pode comprometer a vida dos doentes. Por esta razão existe uma preocupação por parte dos enfermeiros na criação de um ambiente terapêutico seguro para minimizar o risco,

pelo que o EE deve destacar-se procurando através de estratégias assegurar a promoção e desenvolvimento de cuidados de saúde de qualidade. Para tal é essencial que exista também uma política institucional que implemente uma cultura de segurança ajudando a propiciar uma maior consciência dos seus profissionais em relação ao comprometimento ético na gestão do risco, contribuindo assim para a segurança de todos (Matiello et al., 2016).

No entanto, a prestação de cuidados em situações de urgência/emergência envolve um maior nível de complexidade exigindo uma priorização de cuidados para intervir de forma eficiente e em tempo útil na manutenção de funções vitais, tornando-se um desafio a humanização dos cuidados. Apesar de não exercer funções num SU, no meu dia-a-dia presto cuidados à PSC o que facilitou em diversas situações demonstrar competência no sentido de tentar humanizar ao máximo os cuidados prestados nestas situações.

O papel do enfermeiro na segurança da pessoa no SU não se reduz apenas à implementação de estratégias, compreende também a monitorização e levantamento dos riscos, prevenção de erros e eventos adversos (Azevedo et al., 2020).

No âmbito da qualidade, tentei incorporar a evidência científica como base na minha prática de cuidados durante os EC, com o propósito de prestar cuidados fundamentados em evidência e não apenas por repetição ou imitação. Foram consultados diversos documentos de diversas entidades de referência da saúde tais como a DGS, a OE, Ordem dos Médicos, a OMS, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), entre outros, assim como os documentos existentes no processo documental da instituição onde realizei os ensinamentos clínicos que permitiram aumentar os meus conhecimentos e possibilitaram o desenvolvimento e consolidação de competências neste âmbito.

A melhoria da qualidade e segurança da pessoa é uma preocupação presente na política na unidade hospitalar onde se desenvolveram os EC. É uma instituição certificada pela entidade acreditadora internacional Caspe Healthcare knowledge System, o que significa que os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais e com os eixos prioritários da estratégia nacional para a qualidade na Saúde com o propósito de aplicar as melhores práticas de gestão, tendo em vista a melhoria contínua, e o alcance de uma maior eficiência, sustentabilidade, satisfação e qualidade.

A prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente é outro dos aspetos da garantia de cuidados de qualidade e na melhoria contínua dos cuidados na instituição relativamente à gestão de incidentes, para o qual está implementado o sistema de notificação de incidentes através da plataforma HER+. Durante os EC, não existiu qualquer incidente de segurança a registar. Porém, a prevenção dos incidentes de segurança é um aspeto relevante a ter em consideração. Durante a prestação de cuidados é dever do profissional promover ambientes seguros à pessoa de quem cuida. Foi-me possível constatar uma preocupação por parte da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de qualidade, tendo verificado a existência de elementos dinamizadores em diversas áreas, como na avaliação do sistema de triagem, na formação em serviço, no plano de emergência e situações de catástrofe, entre outros, expondo questões para a melhoria contínua dos cuidados, assim como a promoção no desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Ao longo dos EC verifiquei que os cuidados prestados pelos enfermeiros assentam em normas, protocolos e instruções de trabalho, que considero fundamentais, pois contribuem para o aumento da qualidade de cuidados prestados.

Em Portugal, uma das estratégias concebida para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde, permitindo uma acessibilidade ao tratamento mais adequada e eficaz, passa pela existência e implementação das Vias Verdes (VV) as chamadas “vias rápidas”. Estas, são definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, pela sua relevância na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido entre o início dos sintomas/problemas e eficácia do tratamento, com claras implicações ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020).

As VV são um conjunto de cuidados/atitude que, e quando realizados numa fase precoce da doença, diminuem as taxas de morbilidade e mortalidade. A implementação destes protocolos terapêuticos representa um meio possível para a otimização na gestão dos recursos existentes e simultaneamente com uma redução ao nível dos custos (Evans et al, 2021 & Ministério da Saúde, 2020).

A OMS também revela a prática de auditorias clínicas como uma das estratégias de melhoria na qualidade dos cuidados. A auditoria clínica e o seu feedback após a

monitorização da adesão às normas, protocolos e instruções de trabalho podem identificar sugestões de melhoria, assim como fornecer instrumentos de apoio à decisão clínica que fomentem a melhoria da prestação de cuidados de saúde (WHO, 2020). Assim, ao longo do meu processo de aprendizagem, foi possível reconhecer a importância que as normas e protocolos fundamentados na mais recente evidência científica assumem, bem como a existência de programas de auditorias internas e externas contribuem para a qualidade e segurança da pessoa para a melhoria contínua na prestação dos cuidados.

Para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade é necessário assegurar a dotação segura de profissionais. Neste sentido, a OE concebeu 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, assegurando a segurança e satisfação das pessoas.

Atualmente em Portugal o elevado número de episódios de urgência não urgente nos SU é a atual realidade e representa uma problemática criando situações de sobrelotação, sobrecarga nos serviços, onde estes atendimentos consomem recursos de emergência tanto ao nível de equipamento médico como de profissionais de saúde, o que em algumas circunstâncias pode comprometer o acesso rápido e seguro do doente urgente aos cuidados (GT-SU, 2019). No SU, a excessiva carga de trabalho, o número imprevisível de pessoas que recorrem ao SU e a existência de uma equipa multidisciplinar diversa são fatores de risco que potenciam a ocorrência de erros (Azevedo et al., 2020).

Tendo em conta o anteriormente referido, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos são aspetos basilares para alcançar índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população-alvo e para as organizações, onde devem ser utilizadas metodologias e critérios que possibilitem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem deve ser realizado por cada posto de trabalho. No entanto, constatei que no SU o número de enfermeiros distribuídos por posto de trabalho foi sempre o mesmo, não se tendo verificado qualquer ajuste tendo em conta a afluência, o que por vezes levava a um número inferior de profissionais para o que era expectável, o que compromete a salvaguarda da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Já na UCIC e no SMIP o número de enfermeiros por

turno era ajustado com vista às dotações seguras, o que também levava a uma maior satisfação por parte dos profissionais, pois a sobrelotação para além de ser um problema de saúde pública leva à deterioração da qualidade dos cuidados de saúde, aumento dos custos em saúde e à insatisfação das pessoas (Dixe et al., 2018). No SU onde realizei o EC vivenciei a realidade da sobrelotação devido à afluência ao SU, em que são notáveis os elevados níveis de stress vividos pelos profissionais e pelas pessoas, os quais interferem com o bem-estar dos enfermeiros, causa stress relacionado com o trabalho e afeta negativamente a prestação de cuidados (Shang et al., 2019). Nestas situações o EE desempenha um papel essencial promovendo não só eficácia na gestão dos recursos, como na agilização e dinâmica dos processos de cuidados no SU e na transferência, quer intra ou inter-hospitalar.

Na minha prática demonstrei conhecimento relativo à promoção de um ambiente terapêutico e seguro, promovendo cuidados de enfermagem tendo em consideração a segurança e proteção das pessoas, envolvendo a família ou prestador de cuidados sempre que era permitido, incentivando a adesão à sua saúde, preparando e administrando terapêutica de forma segura, notificando na gestão do risco sempre que necessário e contribuindo para práticas de prevenção e controlo da infeção conforme as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA).

A cultura de segurança promove as boas práticas e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, ao longo da minha prática procurei sempre assumir uma postura responsável, tendo a noção das minhas capacidades e limitações. Sempre que surgiram algumas dúvidas relativas a algum tema ou procedimento, solicitava a colaboração do enfermeiro tutor, assegurando deste modo o aumento da segurança do doente.

2.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A área da gestão no âmbito da saúde é uma componente da intervenção de enfermagem com uma enorme importância para a qualidade dos cuidados e para o adequado funcionamento das unidades de saúde. Desenvolver competências nesta área

permite ter uma visão mais abrangente das necessidades do serviço e da realidade, que fica à retaguarda da prestação direta de cuidados.

No âmbito do domínio da gestão dos cuidados, o EE deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e ainda 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, 2019).

Na enfermagem a gestão e a liderança fazem parte integrante das maiores preocupações do SNS na atualidade. Diferentes estudos concretizados nesta área, revelam que o impacto da gestão e da liderança sobre os enfermeiros e sobre os resultados obtidos de uma instituição é significativo, sendo um dos fatores de maior relevância em equipas de sucesso, contribuindo para a melhoria da prestação dos cuidados, para o desenvolvimento da formação de todos os enfermeiros, sendo mesmo considerada como vital para alcançar a mudança efetiva nas organizações de saúde (Brazão et al., 2016 & Martins et al., 2020). De acordo com o Regulamento n.º 76/2018, o exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros é um aspeto “determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, 2018, p. 3478).

Os enfermeiros na área da gestão desenvolvem a sua atividade em duas dimensões, complementando-se entre si. A dimensão assistencial visa a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e a dimensão da gestão visa a organização do trabalho e dos recursos humanos onde enquanto gestores assumem o papel de líderes (Martins et al., 2020).

Em situações de emergência para garantir a melhor prestação de cuidados é fundamental que os líderes e gestores detenham a capacidade de inspirar e motivar os seus elementos da equipa, só assim conseguem garantir um trabalho eficaz e eficiente por parte da equipa (Brazão et al., 2016). Aprender a liderar e a ser líder, são aspetos que não dependem apenas do enfermeiro e dos seus traços de personalidade. Tal como refere Tatsumi (2019), a formação e a experiência do profissional são essenciais para o sucesso da liderança em enfermagem, existindo um movimento intencional de procura e capacitação de enfermeiros neste âmbito, de forma a influenciar e modelar as gerações futuras.

Esta autora reforça ainda que para além das competências de liderança, a comunicação, o trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, tomada de decisão e cooperação são particularidades essenciais para apoiar o enfermeiro no âmbito da gestão e ainda destacou a importância do modo de resolução de problemas e da identificação de soluções (Mororó et al., 2017; Tatsumi 2019).

A gestão de conflito é um aspeto essencial e deve estar intrínseco no EE, ao longo dos EC e mesmo no meu dia-a-dia enquanto enfermeira do pré-hospitalar tenho a plena noção do que isto representa. Para a resolução dos mesmos é essencial ter em consideração diversos aspetos, tais como, a comunicação que se destaca como uma competência essencial neste processo, assim como o conhecimento sobre a dinâmica e funcionamento da equipa, motivação e mesmo o conhecimento de cada elemento da equipa da cultura de segurança e da sua evolução profissional.

A gestão dos cuidados de enfermagem está intrínseca à prestação de cuidados no exercício profissional do enfermeiro EE. Enquanto futura EE devo ser capaz de reconhecer também o papel essencial da gestão dos diversos recursos e o que isso influencia a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo dos meus EC procurei acompanhar e observar sempre que pertinente o papel do enfermeiro orientador e do enfermeiro gestor no desempenho das suas funções. Foram várias as oportunidades que tive de observar e colaborar nas funções de gestão nomeadamente no SMIP, uma vez que a minha enfermeira orientadora assumia cargos de apoio à gestão, sendo responsável de turno e ainda da formação, tinha a responsabilidade de organização do serviço, da gestão dos recursos humanos, da gestão dos circuitos de materiais e equipamentos e na elaboração do plano de trabalho do serviço. Deste modo possibilitou-me conhecer e compreender as dinâmicas do serviço, ter uma proximidade com as tomadas de decisão relacionadas com o nível de gestão de recursos humanos, materiais e organização do trabalho e essencialmente verificar o papel do EE na gestão dos cuidados e processos de tomada de decisão para assegurar a qualidade das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, potenciando o trabalho em equipa, a motivação, a comunicação e o relacionamento interpessoal. No que concerne a gestão dos recursos humanos da totalidade da equipa é realizada em todos os serviços por onde passei pelo enfermeiro gestor de cada serviço.

No que respeita à organização dos cuidados de enfermagem especializados, o EEEMC na PSC deve assegurar e garantir a máxima eficácia dos mesmos, através da “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade” (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017, p. 15).

Relativamente à gestão dos cuidados aos doentes à minha responsabilidade ao longo dos EC, o que para mim apresentou uma maior complexidade foi no SU, sendo que a gestão dos cuidados era realizada tendo em conta as necessidades e prioridades que estes careciam, sendo criteriosa na abordagem aos doentes, e para isso foi necessário prestar a devida atenção nas passagens de turno, bem como na consulta dos registos e das estratégias terapêuticas, quais os cuidados e tratamentos prestados, assim conseguia organizar e adequar a prestação de cuidados às necessidades dos doentes e em tempo útil.

A abordagem ao doente crítico e a priorização dos cuidados é algo que está inerente na minha prática de cuidados à PSC, no entanto, devo ressaltar o contributo que os conhecimentos e as competências dos meus orientadores tiveram na melhoria da minha avaliação e gestão dos cuidados à PSC, nomeadamente no processo de cuidar, promovendo uma melhoria nas informações por mim recolhidas, bem como no levantamento de diagnósticos e do planeamento das intervenções eficazes e assim, basear a minha prática no processo de enfermagem usando-o como metodologia de trabalho para a prestação de cuidados.

A liderança e a gestão andam de mãos dadas com a finalidade comum de maximizar os ganhos com a menor quantidade de recursos possível. Na atualidade, a consciencialização de que os objetivos se alcançam através das pessoas, permitiu o desenvolvimento da noção de que, para exercer uma liderança eficiente e alcançar melhores resultados para a organização, é fundamental conhecer e compreender as pessoas que a integram (Pedro, 2019).

Conhecer o nível de satisfação profissional dos enfermeiros pode constituir um método para identificar problemas ou oportunidades de melhoria que se repercutem na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem. Assim, ao longo dos EC também tive a oportunidade de constatar a otimização do trabalho da equipa, adaptando os recursos às necessidades de cuidados e da adaptação da liderança

adequando-o ao clima organizacional e, desde modo, propiciar a melhor resposta do grupo e de cada indivíduo (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento do ser humano e a sua constante evolução tem por base um conjunto de fatores que lhe permite desenvolver capacidades de adaptação ao meio envolvente. A formação é um recurso fundamental para que esta adaptação se processe, pois consente construir um corpo de conhecimentos imprescindíveis para encarar as exigências da atualidade que se vão colocando a cada momento.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE deve ser capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O enfermeiro ao assumir um papel preponderante no que respeita aos cuidados de saúde prestados à população ao longo de todo o ciclo vital, tem o dever e a responsabilidade de prestar cuidados humanizados, individualizados a cada pessoa, sã ou doente, de forma a melhorar a sua saúde, de uma forma holística (Perry & Potter, 2018).

Como tal, impõe-se um constante aperfeiçoamento profissional, idealmente no sentido da especialização.

A formação contínua é determinante em enfermagem porque contribui para a melhoria contínua da prestação de cuidados, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, representando um dos seus deveres para com a profissão e com a população de quem cuida. Deste modo, o EE é considerado como uma referência para a equipa multidisciplinar, por ser detentor de conhecimentos aprofundados e atualizados e, ainda, de autoconhecimento e autoconsciência, pois só conhecendo a sua identidade pessoal e profissional se torna apto para cuidar do outro (Fonseca, 2015).

Podemos considerar, que a formação é um processo do próprio formando e ao mesmo tempo organizacional, uma vez que, demonstra um esforço estruturado que leva à transformação de competências individuais, com o objetivo de melhorar o desempenho do profissional e atingir os objetivos organizacionais.

Assim, ao longo dos meus EC adotei uma postura assertiva enquanto estudante e futura EE, procurando manter a minha capacidade reflexiva acerca daquilo que sou

enquanto pessoa e profissional no sentido de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, porque, tal como defende Fonseca (2015), o enfermeiro só é capaz de cuidar da pessoa ao longo do ciclo vital se for possuidor de consciência das suas capacidades individuais e dos limites pessoais e profissionais. Conhecendo as suas dúvidas, medos, receios e sonhos contribui para posteriormente reconhecer-se enquanto enfermeiro, possuidor de um amplo conhecimento técnico e científico fundamentado e atualizado, essencial para a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa que cuida e com equipa multidisciplinar e facilitar o processo de integração multidisciplinar e no estabelecimento de relações terapêuticas.

No que respeita ao autoconhecimento, ao longo deste percurso do mestrado fui capaz de desenvolver uma prática baseada na evidência, tendo sempre presente a capacidade crítico-reflexiva das minhas intervenções. A reflexão sobre as práticas constitui um importante meio de capacitação dos profissionais de saúde na aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. Assim, a realização de reflexões críticas segundo o ciclo de Gibbs, permitiu desenvolver uma análise crítica e fundamentada em relação a diversas temáticas escolhidas e assim contribuir para a melhoria na qualidade dos cuidados por mim prestados (Peter, 2016).

A elaboração das reflexões críticas com base no ciclo de Gibbs, contribuiu através das situações descritas, para momentos de reflexão e análise, onde refleti e registei situações vividas no contexto dos EC centrados no cuidar e com intuito de avaliar as intervenções que nós, estudantes de enfermagem realizámos, assim como o impacto que estas têm em nós próprios. Sendo que as que suscitaram mais relevância para a minha prática foi a importância das competências não técnicas das equipas de emergência e qual o contributo do EEEMC na PSC nos cuidados relevantes do transporte do doente crítico. De acordo com Silva & Silva (2016, p. 102) “é no agir em situação que se desenvolvem as competências” e que se promove e consolida a praxis de enfermagem, ou seja, é com a interação entre o estudante, a formação e o EC que os processos formativos têm o potencial para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e pensamento crítico.

Enquanto futura EEEMC PSC, as reflexões críticas contribuíram para a melhoria do meu desempenho profissional com a aquisição/ desenvolvimento de competências no SU, SMIP, UCIC e para o meu dia-a-dia, o que permitiu identificar dificuldades, fatores

condicionantes, bem como, desenvolver conhecimentos, competências e estratégias para dar a resposta mais adequada e necessária. Permitiu ainda, identificar e valorizar sentimentos e pensamentos face às situações em análise, para que futuramente haja uma melhoria. Neste sentido, as reflexões críticas tornaram-se extremamente enriquecedoras, proporcionando mais conhecimento científico nas diversas áreas.

A elaboração de relatórios ao longo dos EC, assim como a elaboração do projeto de autoformação, exigiu de mim uma reflexão crítica relativa ao meu desempenho nos EC realizados, bem como o desenvolvimento de competências, contribuindo assim para o aumento do meu autoconhecimento, reconhecendo as minhas capacidades e limites pessoais e profissionais e de que maneira podiam ser melhorados. Este processo de aprendizagem também permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias facilitadoras para uma melhor gestão e adaptação individual e organizacional, para o reconhecimento e antecipação de eventuais situações de conflito, permitindo de uma forma adequada e oportuna o recurso de técnicas de resolução de conflitos, no sentido de possibilitar uma resposta mais eficaz.

A construção e desenvolvimento da nossa identidade profissional, assim como o autoconhecimento, a assertividade e as diferentes experiências e relações interpessoais desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem são sustentadas no processo formativo. A nossa capacidade de autoconhecimento possibilita-nos saber lidar com as situações e emoções, tendo a noção que esta afeta diretamente a forma como nos relacionamos com os outros, assim como pode gerar dificuldades no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais ao longo do meu percurso profissional.

A prestação de cuidados de excelência pelo enfermeiro pressupõe que este 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” (OE, 2015a, p. 86).

Relativamente à minha prestação de cuidados de enfermagem ao longo do meu percurso profissional baseio a minha praxis clínica especializada em evidência científica, como enfermeira que presto cuidados à PSC regularmente, emerge a necessidade de uma atualização constante de conhecimentos por esse mesmo motivo frequente habitualmente formações dirigidas aos cuidados à PSC.

Durante o EC na SMIP realizei um estudo de caso sobre uma pessoa em situação crítica, segundo a metodologia do processo de enfermagem fundamentado, tornando-se em uma excelente oportunidade de aprendizagem, possibilitando mais um momento de reflexão sobre a prestação de cuidados à PSC numa situação real sustentada na evidência científica.

A formação adquirida, com a experiência e formação prévia contribuem para um desenvolvimento de uma base de conhecimentos que me permite fundamentar a minha atuação nos diversos contextos de atuação e desenvolver mais competências fortalecendo a minha prática permitindo atuar não apenas por repetição, mas sim baseada na melhor evidência científica e mais atual.

Desta forma, o meu percurso ao longo deste mestrado enquanto pessoa e futura EE representa um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências pautado na excelência do exercício profissional.

2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO /FALÊNCIA ORGÂNICA

A enfermagem assume-se como uma profissão complexa, motivo pelo qual surge a necessidade de desenvolver um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, o que pressupõe a aquisição de competências específicas que vão ao encontro da pessoa e dos processos de saúde/ doença a que está exposta.

Assim, é esperado que o EE seja um profissional capaz de mobilizar todo o seu conhecimento científico, técnico, tecnológico e relacional, com base na experiência em cada situação com que se depara no seu dia-a-dia, no sentido de ser capaz de responder com competência à singularidade do ato de cuidar, assim como às necessidades holísticas do doente crítico.

Os cuidados de enfermagem à PSC surgem como uma área emergente, onde a PSC 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” (Regulamento n.º 135/2018, 2018, p. 19362).

O conceito de competência está frequentemente associado a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, um conjunto de capacidades humanas que

justificam um alto desempenho. Por outras palavras, competência é então definida pelo conjunto de recursos que o indivíduo detém (Fleury & Fleury, 2001).

As competências específicas:

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Cuidar da PSC e família/cuidador que estão a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica são o foco do cuidar do EEEMC PSC. No cuidado à PSC os cuidados são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima por serem altamente diferenciados, especializados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com risco de falência imediata de uma ou mais das suas funções vitais, permitindo a manutenção das suas funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total. Englobando uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, exigindo assim ao EE uma permanente observação, vigilância, colheita contínua e sistematizada de dados, para conseguir dar resposta à necessidade da PSC assegurando as intervenções necessárias eficientes e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Relativamente ao EEEMC na área da PSC, as três competências gerais definidas para esta área são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a 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.

O presente subcapítulo tem, assim, como objetivo descrever o percurso de desenvolvimento destas competências específicas do EEEMC PSC intrínsecas ao cuidar especializado ao longo do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

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

A complexidade intrínseca às situações de saúde e às respostas necessárias face à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/cuidador exige competência do EEEMC na área da PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No SMIP os doentes admitidos encontram-se em situação crítica e com elevada instabilidade clínica. Um ambiente de confiança e entreajuda constante permite alcançar os objetivos de tratamento traçados de forma mais natural e rápida, com base nos conhecimentos na área do doente crítico. Para que este ambiente seja possível é fundamental que exista um trabalho em equipa, de forma a conseguir prestar os cuidados ao doente/família em situação crítica o mais eficazmente possível, devendo a equipa multidisciplinar estar em concordância com os objetivos e finalidades de tratamento. Ao longo do percurso do EC consegui perceber a importância destes aspetos no sucesso dos cuidados prestados. Tal como mencionado no regulamento n.º 429/2018, em doentes instáveis a antecipação de focos de instabilidade, o reconhecimento de sinais e sintomas precoces é fundamental para atuar de forma a contribuir para estabilização do doente, tendo aqui o trabalho em equipa e a concordância nos objetivos um papel muito preponderante (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A prestação de cuidados de enfermagem direta ao doente em situação crítica centra-se no cuidar da pessoa, para isso torna-se necessário a identificação das necessidades da pessoa e o planeamento e priorização das intervenções de enfermagem direcionadas para a melhoria da condição de saúde e independência. Para a prática de Enfermagem sistematizada é essencial a utilização da metodologia do processo de

enfermagem, que permite o raciocínio diagnóstico e a sua documentação em linguagem padronizada e universal, sustentado em conceitos, teorias e modelos da profissão, fundamentais ao cuidado individualizado da pessoa.

Ao longo do EC do SU para desenvolver esta competência, dei prioridade às áreas onde a prestação de cuidados à PSC era uma constante, nomeadamente a sala de emergência e a Unidade de Decisão Clínica 2, área reservada à receção de doentes com prioridade laranja. A sala de emergência apresenta-se como a área de interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo desta forma uma área fundamental para a mais correta abordagem da pessoa em estado emergente, grave e crítico (ACSS, 2019).

Nos diversos contextos dos EC no SU, SMIP e UCIC foi amplo o leque de oportunidades, decorrente das diversas etiologias de emergências médicas e de trauma, nomeadamente: politrauma sem TCE, politraumatizados grave TCE, insuficiência respiratória agudizada, disfunção multiorgânica, pancreatite aguda severa, choque hipovolémico, choque hemorrágico choque séptico, choque cardiogénico, status pós-PCR, peri-paragem respiratória, traumatismo vertebro medular, alteração do estado de consciência, edema agudo do pulmão cardiogénico, bradicardia extrema, taquicardia, enfarte agudo do miocárdio, entre outras.

Através do contacto com as várias situações marcantes, posso destacar uma situação específica, que me marcou pelo sucesso obtido, fruto da eficácia, eficiência e empenho no trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar e que se traduziu na recuperação de uma PCR numa jovem de 23 anos, aparentemente saudável, sem antecedentes de relevo conhecidos e com um colapso súbito associado a uma dor abdominal prévia, que dá entrada em PCR na sala de emergência acompanhada pela VMER em manobras SAV e com um provável diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Esta situação possibilitou-me desenvolver as competências inerentes ao EEEEMC na área da PSC tais como: prestar cuidados a pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos e demonstrar conhecimentos e habilidades de SAV, onde tivemos em manobras SAV durante 90 minutos, situação exigente física e psicologicamente para todos os presentes, o que por vezes pode contribuir para o fracasso, o que neste caso não se verificou. E após um excelente trabalho de equipa e o

cumprimento dos protocolos terapêuticos, a jovem ao fim de 1 hora e 20 minutos em manobras SAV apresentou recuperação da circulação espontânea.

Um sentimento de dever cumprido instalou-se na face de todos os profissionais que se encontravam a prestar cuidados na sala de emergência, constatando mais uma vez a importância das competências não técnicas nas equipas de emergências.

Desta forma, o trabalho em equipa é considerado a competência não técnica mais importante nas equipas de emergência, para além da importância do conhecimento técnico. O trabalho de equipa inclui sete aspetos: a comunicação, definição de prioridades, postura e controlo, ter uma moral positiva, capacidade de adaptação, reavaliação e antecipação de ações (INEM, 2019).

Em Portugal as VV foram concebidas com o propósito de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, tendo sido definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, pela sua relevância na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido entre o início dos sintomas/problemas e eficácia do tratamento, com claras implicações ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020).

As VV são um conjunto de cuidados/attitudes que, e quando realizados numa fase precoce da doença, diminuem as taxas de morbilidade e mortalidade. A implementação destes protocolos terapêuticos representa um meio possível para a otimização na gestão dos recursos existentes e simultaneamente com uma redução ao nível dos custos (Evans et al, 2021). Assim, é garantida a administração de protocolos terapêuticos complexos específicos de abordagem à PSC, através da aplicação de protocolos de VV, designadamente a VV AVC, VVC, VVT e a VVS, assim como do protocolo de SAV em caso de PCR.

O EC no SMIP e na UCIC considero ter sido bastante rico e essencial no meu percurso académico e no meu desenvolvimento de competências, onde a importância do papel do EEEMC na área da PSC é notória e comprovada. Trabalhar numa UCI representa um desafio diário, onde tive a oportunidade de contactar com doentes complexos com necessidades de cuidados e um suporte vital elevado, possibilitando inúmeras oportunidades de crescimento, melhoria e aprofundamento de conhecimentos,

proporcionando excelentes momentos de aprendizagem, contribuindo para uma melhoria na prestação de cuidados ao doente crítico.

Durante o EC foram prestados cuidados à PSC, antecipando, identificando e respondendo prontamente a focos de instabilidade e ao risco de falência orgânica. O cuidar do doente crítico é complexo, daí que ocorreu alguma dificuldade em observar o doente como um todo e avaliar todos os aspetos determinantes consoante a sua situação clínica, algo que já era previsto acontecer, devido ao escasso contacto prévio com a prestação de cuidados de enfermagem em UCI, sendo notória a evolução ao longo do EC.

A dor na PSC exige uma monitorização continua e adequada. Para a sua avaliação são necessárias escalas de monitorização da dor para quantificar a sua intensidade. Gerir e controlar a dor na PSC é um desafio constante, otimizar a terapêutica da dor, revela-se fundamental para o sucesso da estratégia terapêutica planeada assim como o seu devido registo (Figueira et al., 2022). O EEEMC na área da PSC desempenha um papel muito relevante, assegurando “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Ao longo dos EC foi transversal a preocupação dos profissionais com a gestão da dor, pois ela representa um dos principais motivos de alterações hemodinâmicas e a sua gestão adequada permite antecipar focos de instabilidade. A gestão da dor e do bem-estar da PSC foram sempre uma prioridade para mim, bem como a gestão das situações com necessidade de sedação e analgesia não só derivada à patologia subjacente, bem como dos procedimentos invasivos a que a pessoa foi sujeita.

Em ambiente de cuidados intensivos, os doentes internados encontram-se na maioria sob sedação e sem capacidade de expressão, tornando-se vital a importância de uma correta avaliação da dor por parte do enfermeiro/a ou médico. Com essa finalidade realizei a avaliação da dor através da escala comportamental da dor, *Behavioral Pain Scale*, avaliando a expressão facial e a resistência do doente ao ventilador, monitorizando a perceção da dor e o desconforto sentido, com a finalidade do controlo eficaz da dor, mantendo uma gestão adequada do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico.

No SMIP só contactei com doentes de nível três. Segundo o protocolo instituído no serviço relativo à monitorização do doente crítico, a monitorização tem como objetivo

avaliar a função dos órgãos vitais, avaliar a evolução da doença aguda, detetar complicações e vigiar a sua gravidade, determinar as necessidades de intervenção e avaliar os resultados das intervenções terapêuticas. Todos os doentes devem iniciar monitorização desde o momento da admissão no serviço, manter durante os transportes para a realização de exames ou transferências intra/inter-hospitalar. Os parâmetros que podem ser monitorizados são: eletrocardiografia, frequência respiratória, glicemia capilar, saturação parcial de oxigénio, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central, capnografia, temperatura, pressão intracraniana, pressão intra-abdominal, avaliação da dor através de escalas a mais usada a BPS, oximetria cerebral (pouco usada), nível de sedação (Índice Bispectral de Sedação e *Patient State Index*), bloqueio neuromuscular (*Train of Four*), função cardiovascular (PICCO), estado de consciência, balanço hídrico e drenagens.

Adquirir competências relativas a técnicas e procedimentos invasivos de monitorização e estabilização hemodinâmica disponíveis no SMIP foi um dos objetivos delineados: pressão arterial invasiva, pressão venosa central, pressão intracraniana, pressão intra-abdominal, eletrocardiografia, balão intra-aórtico, PICCO, sendo que decorrer do ensino clínico tive a oportunidade de contatar com estes tipos de monitorização e desenvolver competências e habilidades nesta área.

O transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar do doente crítico é uma situação transversal aos diversos contextos no SU, no SMIP e na UCIC como a exigência constante do desenvolvimento do pensamento crítico e sistematizado em torno das nossas ações sendo uma prioridade para nós a segurança do doente. Aqui podemos e devemos fazer a diferença. Desenvolver competências e adquirir conhecimentos na preparação de doente para transporte intra-hospitalar e/ou inter-hospitalar foi um dos objetivos por mim delineados. Tendo experiência no transporte do doente crítico (TDC) no pré-hospitalar, foi bastante interessante e benéfico vivenciar o processo de decisão, preparação e planeamento do transporte intra-hospitalar, com as suas diversas implicações legais.

Este transporte é sempre um momento que aumenta o risco de instabilidade e vulnerabilidade, tanto para o doente como para a equipa que o acompanha porque quem o acompanha tem a responsabilidade de monitorização e avaliação constante no transporte (Alves, 2021).

Enquanto enfermeira e futura EEEMC na área PSC tenho a plena noção da importância da qualidade que se deve assegurar na vigilância e na intervenção terapêutica ao doente crítico durante um transporte, tal como defende a Ordem dos Médicos e a SPCI (2023), pelo que durante o transporte deve ser sempre assegurado o mesmo nível de qualidade de cuidados do serviço de origem.

Ao longo do EC foram inúmeras as oportunidades de realizar transportes do doente crítico, maioritariamente intrahospitalar para a realização de meios complementares de diagnóstico, conseguindo compreender toda a abrangência deste processo, exigindo uma reflexão e análise sobre os riscos e benefícios do TDC, permitindo a identificação e redução dos riscos, bem como prevenção de eventuais complicações. Desta forma, foi possível atender a uma das competências específicas do EEEMC na área da PSC, designadamente onde o EE “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19363).

O EEEMC na área da PSC assume um papel fulcral no transporte do doente crítico, contribuindo para uma prática segura e qualificada. É essencial manter-se atualizado, saber justificar o porquê das nossas intervenções, o que irá permitir planejar e efetivar um transporte mais seguro e personalizado, de acordo com as necessidades e estado geral de saúde da pessoa crítica, ponderando «os aspetos que podem ser, melhorados em termos futuros, mobilizando os conhecimentos que detém, à luz da mais recente evidência científica, prevenindo complicações relacionadas com o transporte e identificando possíveis focos de instabilidade, com vista à otimização dos ganhos em saúde.

Ao longo do EC mantive uma postura assertiva e responsável, onde desenvolvi competências no TDC, planeando devidamente a sua efetivação, refletindo para isso não só a toda a integrante física e material como também a parte emocional e relacional da PSC. Assim, fui capaz de prevenir focos de instabilidade, sempre que possível, garantindo a operacionalidade dos materiais necessários para o transporte da PSC e ainda garantir a continuidade de cuidados no serviço de destino. Neste âmbito, de forma a complementar as competências desenvolvidas também realizei uma reflexão crítica, segundo o ciclo de *gibbs*, acerca desta temática contribuindo para a sustentação das mesmas.

O desenvolvimento de competências nesta área, considero ser uma mais-valia a nível profissional, porque contribui para um desenvolvimento da profissão e contributo para o reconhecimento do trabalho que é desenvolvido pelo EEEMC na sua prática.

A gestão da comunicação interpessoal é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, sendo uma competência inerente ao EEEMC na área da PSC. Este, deve demonstrar conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica, tal como utilizar estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa que apresente barreiras à comunicação e para além disso, adequar a sua comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A relação terapêutica inicia-se logo no momento de admissão/acolhimento da pessoa/família em situação crítica, a qual é imprescindível na gestão do processo de saúde/doença, e por vezes constitui uma área altamente sensível dos cuidados de enfermagem, uma vez que existe uma vulnerabilidade emocional associada, tanto no doente como na família em situação crítica o que pode causar falhas na comunicação e levar a más interpretações, devendo ser proporcionado um ambiente resguardado, calmo e seguro. Deste modo, tal como enunciado no regulamento n.º 429/2018, consegui gerir a comunicação interpessoal e a relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica e assim tornar-me num vetor facilitador na gestão de ansiedade e medos da pessoa e da família.

Para estabelecer uma relação terapêutica é essencial que todos os profissionais envolvidos detenham habilidades de comunicação, como a escuta ativa, a empatia e a assertividade. Gerir uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica é mais uma da competência do EEEMC na área da PSC, em que deve começar a relação terapêutica baseando-se no reconhecimento, no impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa/ família/cuidador em situação crítica com dificuldades na comunicação e posteriormente avaliar o processo de relação que foi estabelecido, tendo em conta as habilidades utilizadas de relação de ajuda (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A escuta ativa vai muito mais além do sentido da própria palavra. O enfermeiro que sabe escutar também está a cuidar, apesar de não executar cuidados instrumentais de

enfermagem. Parar para escutar e estar atento às reações verbais ou não verbais apresentadas pelo doente e ou família constitui uma essência do cuidar. Em contexto de SU ainda mais, porque tanto doentes como familiares ficam bastante ansiosos, passando demasiadas horas neste serviço sem informações e muitas das vezes sem os escutar, onde no meio das nossas rotinas de trabalho, responder a uma simples questão por parte do doente ou familiar/cuidador é essencial, pois transmite calma e confiança, diminuindo a ansiedade e preocupação, tornando-se num processo facilitador.

Para ser capaz de demonstrar competências na comunicação terapêutica, comecei por observar a postura e relação terapêutica dos enfermeiros tutores conseguindo compreender e desenvolver ferramentas para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, perante o doente/familiar de uma forma calma, compreensiva, breve e clara, respondendo a questões, medos e até frustrações, nas mais variadas situações.

Perante um utente/familiar o enfermeiro deve expressar-se de forma simples, clara e breve, com o uso adequado de vocabulário para que seja facilmente compreendido, para que não haja dúvidas ou equívocos. A eficácia do processo comunicativo, consegue-se quando o conteúdo informativo é assimilado pelos utentes/familiares ou cuidadores, o que proporciona uma maior adesão aos planos terapêuticos e, consequentemente, aumentando o grau de satisfação face aos cuidados prestados (Sequeira, 2016). Ao conseguirmos interagir melhor com a PSC e sua família, demonstrando os nossos conhecimentos, sejam eles, científicos, éticos ou deontológicos transmitimos confiança, conforto e segurança à pessoa/ família, o que é crucial numa relação terapêutica, permitindo naturalmente uma melhoria na gestão da ansiedade e do medo vivido, representando mais uma das competências específicas do EEEEMC na área da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao longo do EC no SMIP consegui isso mesmo, estabelecer uma relação/ comunicação terapêutica com o doente crítico/ família. Na admissão do doente no SMIP, foi dedicado tempo específico à família, que se encontrava fragilizada, a vivenciar uma transição de saúde/doença crítica. Em primeiro lugar o acompanhamento até à unidade, independentemente da hora, seguidamente numa primeira abordagem, preocupação em perceber que dúvidas a família apresentava, relativamente ao estado de saúde/doença do doente, de modo a conseguir ser trabalhada a relação terapêutica logo desde o primeiro

contacto e disponibilizada mais informação de forma gradual, de maneira a suavizar o impacto de todo o processo de doença.

A contextualização da pessoa na unidade e de algum material de suporte vital que se encontrava instalado, de modo que o impacto visual não fosse tão negativo, tentando desconstruir toda a situação assustadora e promover o seu processo de integração nos cuidados. Em complemento a esta preocupação com a família, no que diz respeito à comunicação do estado clínico da PSC ainda foi realizado o equilíbrio da gestão de ansiedade e das normas de segurança e controlo de infeção.

No âmbito da comunicação e do processo de comunicação, os enfermeiros deparam-se com a comunicação de más notícias, isto é algo que se encontra inerente nas competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Uma má notícia é toda a informação que envolva uma drástica mudança e negativa na perspetiva futura da pessoa que a recebe, com impacto significativo a nível emocional, cognitivo, espiritual e comportamental, e com eventuais alterações na dinâmica pessoal, familiar e social (Sequeira, 2016).

No decorrer dos vários EC foram várias as situações em foi possível adquirir a competência e demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores do processo de luto, através do assistir a família/cuidadores no processo de luto através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida ao doente que morreu (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Permitir que estes se despeçam condignamente, consciencializando-se da realidade, e se necessário acompanhá-los neste processo, de modo que não permaneça a angústia de não se terem despedido ou de não acreditarem que está morto, ao mesmo tempo que facilitamos que estes expressem os seus sentimentos, que se despeçam, sem fazer juízos de valor constitui um cuidado de enfermagem.

Por vezes, com o avanço da medicina aliada ao processo tecnológico e à alta diferenciação dos profissionais, torna-se difícil encarar a morte, o que traz sentimentos de frustração e impotência porque o principal objetivo das equipas de emergência é salvar vidas. Obviamente que o enfermeiro num SU e no SMIP, vivencia diariamente esta realidade inevitável, uma vez que é muito ténue/frágil a linha que separa a vida e a morte da PSC.

Cada pessoa é um ser único, com características individuais, inserida num meio social, cultural e espiritual próprio, o que vai influenciar a sua forma de estar, de reagir e

de se relacionar com os outros. Na prestação de cuidados, enquanto futura EE devo sempre basear a minha prática na evidência científica, encontrando-me sempre o mais atualizada possível, ter um pensamento crítico nas minhas intervenções realizadas, que devem ser planeadas e executadas sempre com a preocupação dos aspetos éticos, legais e deontológicos que a profissão de enfermagem o exige (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do EC na UCIC foi possível identificar e compreender o papel do EE na pessoa/família em situação crítica de causa cardiovascular e na equipa multidisciplinar. Tal como é descrito na literatura, as pessoas portadoras de doença cardiovascular beneficiam com a intervenção de enfermagem (Vahdatpour et al., 2019)

No decorrer do EC tive a oportunidade de vivenciar e participar em diversas ações educativas e informativas na UCIC, com o intuito de obtenção de ganhos em saúde, tais como: ensino de hábitos de vida saudáveis para o aumento da qualidade de vida, recomendações aos doentes submetidos a procedimentos tais como ao cateterismo cardíaco, pacemaker e estudo eletrofisiológico. Através destas ações de ensino, consegui denotar a importância que a aplicação de técnicas de comunicação verbal/ não verbal aquando da comunicação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica, são fundamentais para promover o envolvimento da pessoa no seu processo de saúde/doença e da família nos cuidados, e até mesmo, para compreender o grau de aquisição de conhecimento.

Participei em vários momentos em que foi necessário um envolvimento terapêutico tanto com o doente e com a família, e percebi que a informação deve ser transmitida de uma forma clara e sucinta e com a devida adequação linguística para facilitar a compreensão, fornecendo assim a quantidade de informação que o familiar deseja saber, demonstrando mais uma das competências de EEEMC PSC, enumerada no regulamento n.º 429/2018, conseguindo adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e ainda reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa/família para melhor adequar a relação de ajuda necessária.

Para que tudo isto seja possível, é essencial que haja uma interação terapêutica com o doente/família em situação crítica, demonstrando conhecimentos científicos, éticos e deontológicos específicos e direcionados para o doente crítico, transmitindo segurança e conforto à pessoa/família em situação crítica que vivenciam um processo transição

saúde/doença. Com o estabelecimento da relação terapêutica o enfermeiro consegue ser um agente facilitador no processo de transição e de adaptação a hábitos de vida saudáveis.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é essencial e transversal na continuidade e segurança dos cuidados prestados à PSC, sendo 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” (DGS, 2017a, p. 4). Esta, é um elemento essencial durante todo o ciclo de cuidados, dando realce para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, como por exemplo a passagem de turno e os registos. Os momentos de transição são reconhecidos como vulneráveis e exigentes (DGS, 2017a).

Podemos considerar o momento da transição de cuidados de saúde como uma ocasião de especial vulnerabilidade para a segurança do doente e no qual existe o risco de ocorrência de erros, aquando da transferência da informação. Uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e atempada e que é compreendida pelo recetor, considera-se uma comunicação eficaz que reduzirá o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde (DGS, 2017a).

As falhas na comunicação podem causar eventos adversos na saúde do doente, sendo os erros mais comuns os relacionados com “omissões de informação, erros de informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades” (DGS, 2017a, p. 5). Existem diversas metodologias de transmissão de informação segura e objetiva sobre os doentes.

Em Portugal, a comunicação em saúde em situação de transição de cuidados é descrita na norma 001/2017 da DGS relativa a metodologia ISBAR, esta sigla corresponde a *Identify* (identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações). Esta técnica pode ser aplicada nos diferentes níveis de prestação de cuidados, sempre que haja a necessidade de transmissão de informação entre prestadores de cuidados, para assim assegurar a continuidade e segurança da informação que deve ser transmitida. É ainda usada para uniformizar a comunicação entre profissionais, porque promove a uma rápida tomada de decisão, pensamento crítico, diminui o tempo de transferência de informação (DGS, 2017a). O uso desta técnica permitiu-me, de forma rápida e organizada, estruturar

o meu pensamento e que contribuiu para um bom desempenho na transmissão das informações pertinentes relativas ao doente crítico aquando da transição de cuidados.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é também medida por meio da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem. Esta representa a comunicação escrita, refletindo tanto a qualidade assistencial como a produtividade do seu trabalho, fundamental para a continuidade dos cuidados, para os processos de auditoria e como atividade de pesquisa, representando um elemento essencial para a organização e planeamento dos cuidados e também um meio legal que representa a nossa proteção enquanto profissionais (Silva & Dias, 2018).

Enquanto futura EEEMC na área da PSC, demonstrei competências no âmbito da documentação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, de acordo com as etapas do processo de enfermagem, de forma individualizada, personalizada e integral.

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

Situações de emergência, exceção e catástrofe ocorrem em todo o mundo, prevendo-se o seu agravamento no futuro, pelo que o planeamento e estratégia de ação são fundamentais para que a resposta seja o mais eficaz e eficiente, na certeza de que a limitação que irá sempre existir.

Dinamizar a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação integra uma das competências específicas do EEEMC na área da PSC preconizadas no regulamento n.º 429/2018. A intervenção do enfermeiro em situações de emergência, exceção ou catástrofe é algo dinâmico e de elevada complexidade. Perante a especificidade destas situações, o EE deve intervir, de forma sistematizada, na conceção, planeamento e gestão da resposta, tendo sempre presente a eficácia e eficiência, assegurando a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Situações de emergência, exceção e catástrofe são ocorrências ou estados que não se encontram dentro do que pode ser visto como normal/habitual no nosso dia-a-dia, constituem-se como 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 (Regulamento n.º 429/2018, 2018; INEM, 2012; Kippnich et al, 2021).

Conforme 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 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” (Decreto de Lei n.º 80/2015, 2015, p. 5316).

No final do século XX, com o aumento do registo de catástrofes, verificou-se uma crescente preocupação com a melhoria do pensamento a nível mundial para a preparação de situações de catástrofe, com foco no planeamento e na prática da resposta em emergência. Concluíram ainda que os profissionais de saúde que desempenham funções em salas de emergência devem estar devidamente capacitados para atender a situações de catástrofe, com a finalidade de prestar uma resposta rápida, eficaz e eficiente, para minimizar danos (Tassew et al, 2022).

Estas situações constituem um desafio para os profissionais, uma vez que não existe um “modus operandi” igual para todas as situações, ou seja, cada situação tem as suas especificidades. Enquanto EEEMCPSC devemos ser capazes de dinamizar uma resposta nestas situações. Tal como refere o International Council of Nurses ([ICN]2019), a prestação de cuidados de enfermagem durante uma situação de exceção, emergência e catástrofe requer competência clínica. No documento emitido em 2019 por esta federação, designadamente, o «Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0.», é efetuada referência, pela primeira vez, a três níveis de enfermeiros que necessitam de competências em enfermagem de desastre, com níveis crescentes de complexidade. Deste modo, e segundo este, o enfermeiro avançado ou especializado, é aquele que 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 (International Council of Nurses[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, a interoperabilidade dos sistemas e entidades (INEM, 2012; Tassew et al, 2022).

A possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico em grandes proporções, impõe a que todas as instituições do SNS realizem periodicamente uma análise da sua situação, tendo em consideração as constantes alterações que surgem a nível interno e externo, no sentido do planeamento da sua resposta de emergência face a qualquer cenário. Para tal, a elaboração de um plano de emergência é uma ferramenta essencial. Neste seguimento, a DGS emitiu a orientação 007/2010 - Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde - recomendando a elaboração de um plano de emergência médica segundo a mesma, a todas as unidades do SNS. Esta reforça a importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, elementos estruturais indispensáveis para uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de uma instituição e que, eventualmente venha a ser afetada por uma crise (DGS, 2010).

O EEEMC na área da PSC, deve conhecer o perfil de competências na gestão de cuidados de enfermagem em situação de emergência, exceção ou catástrofe para ser dotado de competências específicas, fundamentais para fazer face a estas situações. Aos cuidados de enfermagem à PSC é conferida uma importância significativa, não só no cuidar da pessoa/família nestas circunstâncias, mas também na conceção, planeamento e gestão de cuidados, sendo os enfermeiros elementos cruciais em todas as fases de desenvolvimento de situação de emergência, exceção e catástrofe, desde a prevenção, preparação e implementação da resposta, até à recuperação, contribuindo assim para uma diminuição do impacto negativo que esta situação acarreta em termos de saúde, física e psicológica, economia, social ao longo do ciclo de vida que a catástrofe engloba, permitindo transições saudáveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A preparação do hospital na resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe representa um aspeto essencial para o desempenho dos profissionais nomeadamente do enfermeiro, sendo para isso indispensável um plano de emergência/catástrofe devidamente definido. O plano de catástrofe existe para que seja permitido uma preparação de meios para responder eficazmente perante uma situação de catástrofe, dotando o hospital de um elevado nível de segurança.

As unidades de saúde e hospitais desempenham um papel fundamental em situações de emergência e catástrofe. Por este mesmo motivo, torna-se impreterível que que permaneçam estruturalmente sólidos e totalmente operacionais, para garantir o funcionamento na sua máxima capacidade, devendo também realizar uma avaliação das suas vulnerabilidades. Estas vulnerabilidades podem ser a três níveis: estrutural (sistema de suporte de carga), não estruturais (elementos arquitetónicos, instalações e equipamentos), sistema e operações. Um hospital é considerado seguro quando permanece organizado, possui planos de contingência com profissionais de saúde treinados para manter a sua operacionalidade, sendo os profissionais os elementos mais importantes entre os recursos disponíveis no hospital e nas unidades de saúde, devendo estar devidamente preparados para situações de emergência e catástrofe (WHO, 2020).

Reconhecer os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde constitui outra competência do EEEMC PSC. Ao identificarmos o tipo de catástrofe que estamos perante, conseguimos obter a informação necessária, acerca do cenário, definir prioridades de ação, e, se possível, efetuar o registo da cronologia dos acontecimentos, assegurando as questões ético-legais e salvaguardando a intervenção dos diversos envolvidos na ação (Regulamento n.º 429/2018,2018).

As situações de emergência, exceção ou catástrofe são circunstâncias especiais, em que a sua gestão requer a cooperação por parte de toda a equipa multidisciplinar, principalmente pelos enfermeiros. Estes além de serem os primeiros a entrar em ação, são os que passam mais tempo em contacto com as pessoas, desempenhando um papel ativo na gestão de situações de catástrofe (Rocha et al., 2021).

Assim, verifica-se que o EEEMC na área da PSC torna-se um elemento fundamental, pois é detentor de competências necessárias para fazer face a uma situação de emergência, exceção. Para isso é necessário um maior investimento por parte das instituições hospitalares na capacitação destes profissionais, dotando-os de conhecimentos e competências, mediante programas de educação e formação, no sentido de desenvolver a sua prática em situações de emergência, exceção ou catástrofe, contribuindo para a melhoria da resposta, redução dos riscos e promoção da segurança em contexto de emergência, exceção ou catástrofe (Rocha et al., 2021).

Durante os EC não foram verificadas, felizmente, situações de emergência, exceção e catástrofe, mas tive a oportunidade de verificar o material existente para

resposta a uma eventual ocorrência, assim como os protocolos, algoritmos e documentação para a gestão, comunicação, organização e resposta dos serviços. No hospital existem diferentes níveis de gravidade, associados ao plano de emergência, podendo ser ativados consoante a necessidade do hospital, mediante situações de exceção ou fluxo anormal de doentes. As principais etapas são a ocorrência, reconhecimento da situação, a notificação, a resposta necessária e por fim o encerramento.

De salientar que a sistematização das ações a desenvolver em emergência ou catástrofe é fundamental. As ações de gestão inicial devem prevalecer em detrimento das ações da prestação de cuidados imediatos. É fundamental que a primeira equipa a deparar-se com a situação garanta a gestão inicial da ocorrência, tendo sempre em consideração que o objetivo primordial é salvar o maior número de vítimas e só o conseguimos com uma gestão organizada e eficiente (INEM, 2018).

Uma gestão organizada e eficiente só é possível quando existe uma comunicação entre todos os intervenientes porque irá evitar o “ruído desnecessário” nas comunicações. O EEEMC PSC deve demonstrar conhecimento na utilização de comunicações de emergência tal como mencionado no regulamento n.º 429/2018, e tal como enfatiza o ICN (2019) quando defende que o enfermeiro avançado ou especialista deve demonstrar competências no planeamento de sistemas de comunicação adaptados a situações de emergência e catástrofe, bem como demonstrar habilidades de comunicação de crise durante este tipo de eventos. As comunicações devem ser eficazes e a informação transmitida deve ser clara, sucinta e adequada à situação e idealmente deve existir uma boa cobertura de rede, para que seja possível a passagem de informação.

Ao longo do meu percurso profissional tenho desenvolvido um gosto pessoal no âmbito da gestão de emergência e catástrofe. Realizei algumas formações bastante interessantes que se tornaram essenciais na aquisição de competências nesta área de interesse, como por exemplo a formação de Medical Response to Major Incidents. É uma formação bastante dinâmica, a qual proporciona oportunidade de simulacros que nos prepara desde a conceção à ação e desde o âmbito pré-hospitalar ao intra-hospitalar para eventuais situações de emergência, exceção e catástrofe. O EEEMC na PSC ao ser dotado de competências específicas, estas tornam-se imprescindíveis para fazer face a estas situações e conseguir responder de forma eficaz e eficiente, sem nunca descurar a

qualidade e a excelência dos cuidados de enfermagem, assim como a preservação dos vestígios de indícios da prática de crime.

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

A sociedade, atualmente, depara-se com múltiplos problemas no âmbito da saúde, sendo que um dos mais preocupantes diz respeito às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e ao aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos. Esta problemática traduz-se numa das preocupações major para as unidades de saúde, motivo pelo qual um dos objetivos definidos no Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 consiste na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

A complexidade e diversidade dos contextos de atuação e a diferenciação dos cuidados, associada à necessidade de recursos a diversas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, necessários à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, exige que o EE, tendo em consideração o risco aumentado de infeção, atue de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A PSC, pela falência multiorgânica e pela criação de inúmeras portas de entrada pelos dispositivos invasivos, vê a sua imunidade ameaçada não só pela sua patologia de base, mas também por uma série de microrganismos patogénicos oportunistas que podem desencadear infeções associadas às IACS.

As IACS correspondem à infeção adquirida pelos doentes em resultado dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que também podem afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2018). A transmissão de microrganismos em ambiente de cuidados de saúde é complexa, podendo advir tanto pelo contacto direto com os profissionais de saúde como pelo contacto com o ambiente contaminado envolvente. Assim o uso de equipamentos de proteção individual deve ser criteriosamente implementado. O EE deve deter os conhecimentos necessários para sensibilizar e implementar na sua equipa a correta adesão às boas práticas emanadas na área (Monegro et al., 2022).

Segundo a DGS (2018), as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhum país e consequentemente, nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e do seu impacto nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (DGS 2017b,2018).

As IACS são um problema de saúde pública à escala mundial, sendo definidas pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) como a infeção adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde num ambiente hospitalar ou outra entidade de saúde. Este tipo de infeções apresenta custos diretos e indiretos na sociedade, associados não só a custos com os cuidados de saúde, mas também pelo aumento do grau de dependência dos doentes após a alta. O ECDC reconhece a existência de elevados encargos para os países europeus associados às IACS, nomeadamente no que diz respeito à sua segurança (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023).

Em contexto nacional, consciente da importância desta problemática foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos através do despacho n.º 2902/2013, atualizado em 2017, resultante da fusão do Plano Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas com objetivos e estratégias comuns para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos. Este programa prioritário, delineou como principais objetivos até 2020: melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS; melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos e diminuir a resistência aos antimicrobianos. E com ele, assistimos à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e da campanha de higiene das mãos, através da implementação da Estratégia Multimodal das Precauções Básicas (DGS, 2018, 2019). As PBCI 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” (DGS, 2018, p. 6).

O objetivo do PPCIRA visa promover a diminuição das taxas de IACS, particularmente por via da prevenção e criação de condições para a diminuição das resistências aos antimicrobianos, sobretudo através da promoção da utilização adequada

destes fármacos. Contudo também pretende promover ou incentivar e coordenar, a nível nacional, a vigilância epidemiológica de IACS, do consumo e das próprias das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2017b).

O hospital polivalente onde se desenvolveu os EC orienta os seus princípios de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos pelo PPCIRA, que surgiu em 2013 com a finalidade de reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos, com suporte em intervenções de saúde fundamentadas pela evidência científica, constando da sua versão mais atualizada no Despacho n.º 10901/2022.

Os enfermeiros representam a maior força de trabalho nas unidades de saúde, desempenhando um papel vital na prevenção e controlo das IACS, prestando cuidados em proximidade do leito e auxiliando na coordenação do trabalho da equipa multidisciplinar. A falta de enfermeiros é geradora de excesso de carga de trabalho, o que compromete as práticas de prevenção de infeções e de vigilância (Shang et al., 2019).

Por este motivo, é necessário um conjunto de competências específicas para fazer face a esta exigência. Como referido no regulamento n.º 429/2018, o EEEMC na área da PSC deve “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, o que engloba um conjunto de competências tais como conhecer o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistências antimicrobianos, salvaguardar os procedimentos estabelecidos, assim como os circuitos na prevenção do controlo de infeção na PSC face as vias de transmissão, entre outros (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19364).

A prevenção das IACS é uma medida com uma elevada importância e o seu sucesso resulta da ação de toda a equipa multidisciplinar. Para que isto seja possível é importante existirem estratégias pró-ativas que apontem a prevenção e o controlo de infeção (Monegro et al., 2022).

Nos vários serviços por onde passei, é notória a preocupação dos enfermeiros pela prevenção das IACS. Os serviços apresentam um plano formativo do qual constam sessões de formação que permitem refletir sobre os procedimentos a realizar, e ainda existem protocolos de atuação que apoiam e sustentam as práticas dos profissionais. Em cuidados intensivos isso é francamente evidenciado. A adoção de medidas adequadas na prevenção da infeção hospitalar vai permitir sermos um elo importante na quebra da

cadeia epidemiológica da infeção hospitalar. Este aspeto e respetivas competências foram, ao longo do mestrado desenvolvidos/melhorados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No decorrer dos EC e, indo ao encontro dos objetivos por mim delineados: analisar o papel do EE no controlo de infeção nos diversos serviços, identificando as medidas de prevenção de infeção implementadas no serviço e explorar e compreender as estratégias de prevenção de infeção existentes, efetuei uma pesquisa através do sistema documental existente para profissionais do hospital para ter acesso aos protocolos por eles desenvolvidos. Constatei diversos protocolos para a prevenção de infeção e práticas seguras, designadamente: feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação, feixe de intervenções para a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário, associado ao cateterismo vesical, entre outros.

O conhecimento da equipa multidisciplinar dos serviços por onde passei acerca da implementação dos feixes de intervenção é geral, sendo que há a preocupação da equipa em realizar as técnicas de modo a respeitar as normas, evitando a infeção. Para ter o conhecimento acerca da adesão a esses feixes de intervenção, no hospital existem folhas de registo para supervisionar a adesão dos profissionais às normas de prevenção da infeção. Assim é verificada a adesão dos profissionais e consequentemente, a progressiva aceitação e cumprimento das normas por partes dos profissionais de saúde, existindo uma redução das IACS (Monegro et al., 2022).

Segundo a DGS (2019) uma das medidas que contribui para a redução da morbilidade e mortalidade do doente é a boa prática de higienização das mãos, medida simples, efetiva e económica que contribui para a redução da IACS. A higienização e a desinfeção das mãos constituem uma medida assumida na minha prática diária de cuidados de enfermagem. No entanto, ao longo do EC no SMIP aprofundei a minha consciencialização que, para além da higiene das mãos, existe a necessidade da utilização mais frequente dos antissépticos de base alcoólica. Não só pela minha evolução no que diz respeito aos conhecimentos sobre boas práticas de controlo de infeção, mas porque a distribuição dos antissépticos de base alcoólica pela unidade do doente e pelo resto do serviço potenciam a sua utilização.

No SMIP é demonstrada diariamente a preocupação acrescida com a prevenção de infeções cruzadas associada aos profissionais de saúde. Vários métodos de prevenção são utilizados no SMIP, tais como: a colocação de várias soluções antissépticas alcoólicas em cada unidade de cada doente, bem como equipamentos de proteção individual que são utilizados em cada contacto com o doente, evitando a mobilização dos profissionais aquando da prestação de cuidados, diminuindo assim o risco de contaminação, como exemplo o estetoscópio, em que este, é de uso individual da unidade do doente.

A preocupação do cruzamento de infeções estendia-se até ao plano de distribuição dos enfermeiros, ou seja, sempre que o enfermeiro é responsável por um doente que se encontra sob medidas de isolamento mais específicas, este tende a não ficar com mais doentes, ou então, fica com doentes nas mesmas condições. Durante o EC verifiquei a existência da realização de rastreio séptico a todos os doentes que dão entrada no SMIP, sendo que na UCIC dado ao tempo de internamento ser mais curto não era tão frequente a realização destes rastreios, sendo aplicadas e implementadas medidas de isolamento de contacto até à saída dos resultados, sendo que a cada 7 dias de internamento é repetido novo rastreio para permitir uma maior segurança nos cuidados de saúde prestados.

Quanto às precauções de isolamento por agentes que se transmitem através de contacto (direto ou indireto), é necessário: se possível um quarto individual (ou com outro doente infetado pelo mesmo microrganismo); higiene das mãos e uso de luvas (sempre que se cuida do doente); uso de bata (quando se prevê um contacto próximo com o doente, com superfícies ou objetos utilizados pelo doente, caso o doente esteja incontinente ou se a drenagem da ferida não está protegida); o equipamento que entra em contacto com o doente, deve ser exclusivo do doente, o restante deve ser limpo e desinfetado adequadamente antes de ser utilizado noutro doente. Se não for possível o doente deve ser o último a utilizar o equipamento e este deve ser descontaminado no final de ser usado; educação ao doente e família (ECDC, 2023).

Ao longo do meu percurso na prestação de cuidados procurei cumprir com as boas práticas no que respeita à prevenção e controlo de infeção, utilizando o equipamento de proteção individual de forma criteriosa, e realizando a higienização das mãos, frequentemente e sempre que necessário, tendo por base as normas e diretrizes emanadas pelo PPCIRA, e as normas e procedimentos do hospital. Não presenciei qualquer auditoria clínica sobre higiene das mãos, monitorização do uso de luvas e mesmo de

práticas seguras na preparação e administração de terapêutica. No entanto, dado que a minha enfermeira tutora do SMIP era elemento integrante das equipas de auditoria no âmbito do controlo de infeção, tive a oportunidade de esclarecer os métodos e os objetivos das auditorias clínicas e reconhecer o papel crucial que o EE desempenha nesta área tão relevante.

Diversas situações, em diversos contextos, foram vivenciadas sendo que a aquisição de competências no âmbito do controlo de infeção foi trabalhada e melhorada. Posso dar o exemplo relativamente às PBCI e a distância entre unidades no SMIP e na UCIC que é respeitada. É um cuidado essencial na prevenção de IACS, cumprindo o que remete a DGS (2018) ao facto de que as características físicas e funcionamento dos serviços, assim como a constituição das equipas de saúde, a sobrelotação dos serviços, o número reduzido de quartos individuais, a distância insuficiente entre camas, são alguns dos fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos em contexto hospitalar.

Nesta linha de pensamento, dada a afluência ao SU, torna-se uma medida difícil de implementar, tendo sido diariamente constatada esta dificuldade na prestação de cuidados, onde nem sempre era possível respeitar a devida distância entre macas resultante da elevada afluência e do espaço físico ser limitado, o que levava a que as macas acabassem por ficar dispostas de forma sequencial e muito próximas. No entanto, verifiquei que mesmo com esta dificuldade, sempre que possível, era utilizada a estratégia de colocação de biombo de forma a tentar minimizar a exposição da pessoa.

Os cuidados prestados no SU à PSC, onde a necessidade de uma intervenção adequada e precoce requer tomadas de decisão rápidas e assertivas com foco na estabilização da pessoa, com sérias implicações no seu prognóstico, devo reconhecer que em alguns momentos o controlo de infeção ficou comprometido. O estabelecimento de prioridades perante uma situação de risco iminente de falência de vida, leva a que o controlo de infeção não seja a prioridade, mas, no entanto, há uma preocupação na adoção de estratégias para o seu cumprimento.

Importa também realçar o papel essencial do EE perante a família da PSC no acompanhamento durante o internamento, onde devemos sensibilizar a mesma para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção de modo a minimizar complicações para a PSC.

No que respeita à minha forma de atuação, penso ter contribuído para a promoção de um ambiente seguro, cumprindo todas as normas e protocolos existentes para o controlo de infeção. Desenvolvi conhecimentos relativos ao plano nacional de prevenção e ao controlo da infeção, assim como de outras *guidelines* internacionais nesta área, permitindo uma prática de cuidados mais refletida e fundamentada.

Neste sentido, enquanto futura EEEMC na PSC adotei sempre as PBCI que possibilitavam cuidados individualizados, com materiais individualizados, evitando a transmissão cruzada de infeção. Fui capaz de prestar cuidados de enfermagem nesta área que fossem ao encontro dos procedimentos e circuitos estabelecidos para a prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC, bem como no reconhecimento da necessidade de melhoria.

O EE deve ser detentor de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar e assumir o seu papel de líder. Deve ser um elemento de referência para a equipa multidisciplinar que cuida da PSC, estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC e salvaguardar o seu devido cumprimento assim como deve proceder à monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Concluindo, o EEEMC PSC é um elemento fundamental na promoção e integração das orientações do PPCIRA tanto no seu exercício diário, bem como na equipa multidisciplinar. Deve possuir conhecimento do PPCIRA assim como das diretivas emanadas pelas comissões de controlo de infeção, devendo ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e de estabelecer as estratégias proativas a implementar (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Ao longo dos anos e com a crescente evolução e desenvolvimento técnico-científico na saúde, torna-se cada vez mais impreterível a prestação de cuidados de enfermagem especializados na vida das pessoas ao longo de todo o ciclo vital.

A conceção dos primeiros mestrados em Enfermagem veio contribuir para um aprofundamento de competências, originando o desenvolvimento das capacidades técnico-científicas, relacionais, humanas e éticas.

A promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação dos doentes têm beneficiado com o contributo dos profissionais de enfermagem que, através de estudos científicos realizados, vários no âmbito dos mestrados, têm demonstrado a importância deste contributo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a excelência da prática clínica.

De modo a contribuir para o desenvolvimento da profissão emergiu a necessidade da criação de um grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o qual é concedido aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010).

A última publicação do regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior, através do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto refere que o grau de mestre é conferido numa especialidade com a possibilidade de se distribuir em áreas de especialização aos que apresentem o conhecimento e a capacidade de compreensão, saibam aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não tanto familiarizadas, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo. Abrange ainda, a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, compreendendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. A atribuição do grau académico de mestre implica, ainda, que a pessoa seja capaz de transmitir as suas conclusões e os seus conhecimentos e raciocínios quer a especialistas como a não especialistas, com clareza e sem ambiguidade (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Para fazer face à evolução da profissão e ao aumento da complexidade dos cuidados e para prestar cuidados de enfermagem adequados e de excelência, considere

extremamente pertinente a frequência do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC. Este, foi crucial para o desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais, possibilitando um crescimento no meu conhecimento e uma melhoria na sustentação da prática clínica e ainda através da adoção de estratégias para a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvendo a minha capacidade de autoformação.

Ao longo do presente relatório, foi descrito o meu percurso do desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem, quer as comuns, quer as específicas na área de enfermagem da PSC. Nesse seguimento, pretendo neste último capítulo de uma forma global demonstrar o desenvolvimento das competências de mestre ao longo do meu percurso no mestrado.

De acordo o descrito no decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, acredito ter alcançado essas mesmas competências ao longo deste mestrado, incluindo a realização de EC nos diferentes contextos. Fui capaz de demonstrar conhecimento e capacidades de compreensão, baseados nos conhecimentos adquiridos no mestrado, e na mobilização de conhecimento e competências obtidas na licenciatura em enfermagem, em cursos efetuados ao longo da minha vida profissional e na prática profissional de 11 anos.

A componente teórica adquirida ao longo do mestrado foi fundamental para a prestação de cuidados especializados. O processo de enfermagem implica a avaliação da pessoa, incluindo família/cuidadores, através dessa avaliação permite a formulação de diagnósticos e intervenções gerais e especializadas. Este processo para além da componente técnico-científica abrange uma natureza ética e deontológica, do respeito pela autonomia, para uma tomada de decisão adequada e segura (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Ao longo dos EC e pelas situações vivenciadas desenvolvi a minha capacidade de tomada de decisão sustentada em modelos de tomada de decisão que permitiram assim fortalecer a minha capacidade crítico-reflexiva, e com a análise da informação recolhida sobre a pessoa que necessita de cuidados permitiu uma melhor eficiência na gestão de situações complexas.

Diversas e novas situações foram surgindo no desenvolvimento dos EC, diariamente presto cuidados à PSC e tenho a plena noção da importância que o estabelecimento de prioridades e antecipação de focos de instabilidade representam, mas nestes contextos mais evidente se torna.

A aprendizagem ao longo dos EC foi um processo gradual e contínuo, permitindo que fosse mobilizado para a prática os conhecimentos previamente adquiridos, foram vivenciadas diversas emoções e sentimentos, que de um modo geral se tornaram um desafio permanente, tornando-me mais resiliente conseguindo assim adaptar-me melhor as adversidades encontradas durante este mestrado. Sendo impulsionador de mudança para uma prática baseada na evidência, para alcançar uma melhoria na minha prática profissional tendo a noção de que o EEEMC na área da PSC deve ser capaz de integrar todo o seu conhecimento e competências especializadas nos diversos contextos dos cuidados prestados.

A concretização deste relatório contribuiu para um aprofundamento de conhecimentos, conceitos, técnicas e mesmo do desenvolvimento do meu pensamento crítico e reflexivo sobre várias temáticas. No entanto, também devo referir que este relatório não faz jus à complexidade das situações vivenciadas e dos cuidados prestados.

Prestar cuidados de enfermagem à PSC é uma experiência única e indescritível, tornando-se difícil tentar quantificar a dimensão de tudo o que ali se vive. Diariamente se percebe o quão ténue e frágil é a linha que separa a vida e a morte da PSC. Estes momentos tiveram um contributo essencial para o meu desenvolvimento profissional, pessoal e até no atendimento à pessoa/família em situação crítica.

Em suma, no decorrer deste mestrado enquanto futura EEEMC na área da PSC, acredito ter demonstrado competências a que o grau de mestre exige, com o aprofundamento de conhecimentos, e o uso do mesmo para sustentar as tomadas de decisão em contexto de situações difíceis e complexas tendo por base todo o enquadramento concetual, ético, legal e deontológico, apoiado na evidência científica para fundamentar a resolução de problemas. Foi possível também demonstrar a capacidade de desenvolvimento numa aprendizagem auto-orientada e autónoma, com o desenvolvimento das reflexões críticas, do projeto de autoformação e dos relatórios de EC dos diversos contextos, planificando os meus objetivos e atividades a serem desenvolvidas tendo em vista as necessidades por mim definidas para adquirir e desenvolver competências. Para além destas competências, ainda fui capaz através de momentos de discussão e reflexão da prática, comunicar o meu conhecimento, raciocínio e conclusões aos enfermeiros, EE e equipa multidisciplinar. Com isto foi desenvolvido

uma aprendizagem cada vez mais autónoma, centralizando nas necessidades de formação e desenvolvimento profissional provenientes da prática crítica e reflexiva.

CONCLUSÃO

O mundo, em constante evolução, impõe a necessidade de adaptação contínua do ser humano. A importância de dotar os enfermeiros com competências, não apenas de caráter técnico, mas também de caráter científico, relacional, social e ético, que permitam a sua adaptação a áreas mais complexas, é amplamente reconhecida na atualidade.

Perante os avanços tecnológicos e as situações de elevada complexidade com que os enfermeiros se confrontam diariamente, o melhor caminho a percorrer é produzir evidência que demonstre a nossa prática. Desta forma valorizamos as nossas intervenções e garantimos a melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem.

Nesta perspetiva, a formação contínua torna-se uma mais-valia para o enfermeiro, para a enfermagem, para a pessoa alvo dos cuidados de saúde e para os serviços e sistema de saúde. A formação pós-graduada, e especificamente a obtenção do grau de mestre, promove no enfermeiro o espírito de melhoria e um acréscimo de responsabilidade profissional e social. A formação na área do doente crítico é um imperativo profissional. Investir no autoconhecimento pessoal e profissional e no aperfeiçoamento contínuo das práticas em saúde, a quem diariamente lida com doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou/falência orgânica exige um nível de conhecimentos específicos e uma atitude precisa no momento certo. Torna-se assim relevante valorizar os cuidados de enfermagem especializados à PSC, e habilitar os enfermeiros para um nível de cuidados cada vez mais complexos, com vista à obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida para o doente.

Com o término deste meu percurso é essencial refletir sobre todo o caminho de aprendizagem e processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem comuns, especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à PSC. A realização dos EC foi um marco essencial para o meu aperfeiçoamento pessoal e profissional, tendo sempre presente o empenho, resiliência e responsabilidade em manter uma prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados à PSC e à família /cuidador, tendo por isso realizado uma constante busca de conhecimento científico baseado na mais atual evidência científica, o que permitiu o desenvolvimento das competências de EEEMC na área de Enfermagem à PSC contribuindo assim para a excelência do cuidar em Enfermagem.

A intervenção do EE nos cuidados diferenciados à pessoa com patologia do foro coronário desde o contexto do SU à UCIC, exige a existência de intervenções especializadas e dirigidas às necessidades identificadas ao longo de todo o processo de doença. O cuidar especializado ao doente crítico com complicações elétricas, requer um cuidado rigoroso por parte do EE, uma vez que os riscos inerentes nem sempre são visíveis nos meios de monitorização avançada e mesmo a instabilidade hemodinâmica que podem exibir. Estar presente e fazer a diferença são as principais “armas” do EEEMC PSC, onde o conhecimento e competências adquiridas neste percurso académico foi impulsionador para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos na área das complicações elétricas do coração, servindo de base científica à prestação de cuidados realizada durante os EC.

A elaboração deste relatório contribuiu para a consciencialização da importância que este percurso teve no desenvolvimento de competências especializadas, enquanto futura mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Deste mestrado resultou um aprofundamento de conhecimentos, conceitos, técnicas e mesmo do desenvolvimento do meu pensamento crítico e reflexivo sobre várias temáticas. Os conteúdos teórico-científicos que integraram o primeiro ano do mestrado em muito contribuíram para o meu processo de aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, em diversos domínios. De referir também, que todo o *background* trazido já da minha prática profissional, no que respeita ao cuidado da PSC, com o esforço, dedicação e empenho neste percurso, proporcionaram o sucesso da minha curva de aprendizagem. De destacar também que a partilha de experiências entre pares, através de contextos formais e informais, entre profissionais de diferentes especialidades, permitiu um desenvolvimento profissional e pessoal.

Após uma análise do meu percurso ao longo do EC, permite-me concluir que foram alcançados os objetivos a que me propus desde o início deste percurso académico, adquirir competências relativamente aos domínios das competências comuns de EE explanados no regulamento n.º 140/2019, tais como no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, e da gestão de cuidados também, assim como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). De realçar que também foram adquiridas competências específicas na área da enfermagem à PSC indicadas no regulamento n.º

429/2018, uma vez que este EC permitiu-me cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica contribuindo para uma maior segurança na prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No decorrer deste percurso de mestrado considero que um dos aspetos facilitadores da minha aprendizagem foi a disponibilidade da equipa multidisciplinar, demonstrada nos diversos contextos, contribuindo para uma ótima integração e um aumento das oportunidades de aprendizagem, que muito contribuíram na minha curva ascendente de aprendizagem. Importa dizer que também foram sentidas algumas dificuldades, tais como, a gestão do tempo pessoal e profissional, no sentido de conseguir dar resposta a todas as atividades necessárias a realizar ao longo da semana. Conjuguar a vida profissional, com a vida pessoal e a vida académica nem sempre é fácil, requer uma boa gestão e organização de tempo. Assim, termino este percurso com sentimento de satisfação por ter ultrapassado esta dificuldade e ainda ter desenvolvido competências que me vão contribuir para a minha diferenciação enquanto futura EE e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem da PSC.

Tornar-se EEEMC na área da PSC é um processo de transformação e não apenas de aquisição de competência, há todo um pensar específico que importa desenvolver. Os cuidados de enfermagem devem ser planeados, implementados e avaliados sob uma perspetiva diferente, de alguém que reconhece e identifica atempadamente focos de instabilidade e que simultaneamente gere protocolos, assegura o controlo de infeção, não descorando o cuidado à família. Nesta perspetiva importa realçar também o desenvolvimento das competências não instrumentais que são um “apêndice” essencial à nossa prática destacando a capacidade crítica e reflexiva, a comunicação, a gestão e organização da equipa, a capacidade de liderança e a aquisição de competências no domínio da investigação científica.

O mestrado contribuiu para uma nova visão da PSC, e um novo olhar sobre a importância que a nossa intervenção de enfermagem tem para a PSC e família/cuidador. O desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados de enfermagem, surge da aquisição de novos conhecimentos, bem como da capacidade de olhar, analisar, discutir e avaliar a nossa prática, ou seja, a capacidade de nos questionarmos a nós próprios.

A evolução e a conquista deste percurso profissional foram sem dúvida um grande desafio no desenvolvimento de capacidades para lidar com o novo conhecimento e com a área de especialização da PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Zylberman, M., Vensentini, N., Gagliardi, J., Doval, H., & Tajer, C. (2023). Determinants of the Clinical Presentation of Acute Coronary Syndromes. *Medicina*, 83(1), 3545. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v83n1/16699106-medba-83-01-35.pdf>.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências - RT 11/2015. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf.
- Ahmadi, M., & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: an assessment of Rose's big idea. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12421-0>.
- Alves, F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde]. Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23701>.
- Azevedo, L., Sousa, A. S., & 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>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>.
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebian, 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.

- Bristot,R., Ceretta,L., Soratto,M. (2017).Conflitos éticos da equipe de enfermagem no processo de trabalho na atenção básica. *Enfermagem Brasil*, 16(1), 11-19.<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/899/1854>.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU. Direção-Geral da Saúde.<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>.
- Comissão de Reavaliação da rede Nacional de Emergência/Urgência (2019). *Relatório Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 15/2014, Diário da República: I série, n.º57 (21 março). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, Diário da República: I série, n.º 157 (16 agosto). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 80/2015, Diário da República: I série, n.º149 (3 agosto). <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021, Diário da República: II série, n.º 187 (24 setembro). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: II série, n.º 153 (11 agosto). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022, Diário da República: II série, N.º 174 (8 outubro) <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa De Prevenção e Controlo De Infecções E De Resistência Aos Antimicrobianos. <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencias-2017-dgs.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>.
- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. (2018). Determinants of non-urgent emergency department use. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (16), 41–52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>.

- European Center for Disease Prevention and Control. (2023). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2019*.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, 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 2021. *Intensive Care Medicine*, 47, 1181-1247. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>.
- Figueira, A., Amaral, G., & Carmo, T (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1(7). <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>.
- International Council of Nurses (2019). *Core Competencies In Disaster Nursing Version 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Situação de Exceção (1a Edição).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2018). *Manual do Módulo de Emergência Médica*.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1ª edição).
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da Saúde 2021*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2.
- Kippnich, M., Meybohm, P., Wumb, T. (2021). Präklinische und klinische Versorgungskonzepte in der Katastrophenmedizin Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther, 56, 111-123. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1085-6671>.
- Martins, M. M., Trindade, L. de L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Conflict management strategies used by portuguese nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>.
- 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(5), 1-9. <https://pdfs.semanticscholar.org/82d5/295c3464839f99a8424ffa64d63a749d05c4.pdf>.
- Meleis, A. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación En Enfermería: ImagenY Desarrollo*, 21(1). <https://doi.org/10.1542/p>
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2020). Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em

2020.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. In StatPearls. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>.

Monteiro, S., Timóteo, A., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cardiac intensive care in Portugal: The time for change. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401–406. www.revportcardiol.org.

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.

Neves, M. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. Gráfica de Coimbra

Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e Estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto – Enfermagem*, 25(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>.

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

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ddcd9abf-en>.

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. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf .
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Medicina Intensiva.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecern%C2%BA15_2018fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações 2023.https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf.
- Pedro, V. (2019). To what extent does empathy in leadership effect employee wellbeing? [Dissertation submitted as a partial requirement for the conferral of Master's in science in Emotions]. Instituto Universitário de Lisboa: School of Social Sciences. http://repositório.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19740/4/master_virginia_ramos_pedro.pdf.
- Perry, A., & Potter, P. (2018). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (9^oed). Elsevier.
- Peter,L(2016).UsingGibbs' ReflectiveCycle.http://moodle.nptcgroup.ac.uk/pluginfile.php/1113942/mod_resource/content/1/USING-GIBBS-REFLECTIVE-CYCLE-IN-COURSEWORK-DEC-2016-P-LIA.pdf.
- Regulamento nº 76/2018: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Diário da República: Série II, nº21 (30 janeiro).

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Janeiro/Regul_76_2018.pdf

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, Diário da República: II série, n.º 135 (16 julho). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

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

Ribeiro, O., Martins, M. & Trochin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rocha, M. W., Oliveira, A. B. de, Araújo, D. F. de, Queiroz, A. B. A., & Paes, G. O. (2021). Safe intra-hospital care in context of vulnerability to socio-environmental disasters: implications for nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1),1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0223>

Roth, G., Mensah, G., & Fuster, V. (2020). The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks: A Compass for Global Action. In *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2980–2981. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.021>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

- Silva, A., & Dias, B. (2018). Registros 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, R., & Maciel, A. (2021). Conduction Disorders: The Value of Surface ECG. *Current Cardiology Reviews*, 17(2), 173–181. <https://doi.org/10.2174/1573403x16666200511090151>
- 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>
- Tassew, S., Chanie, E., Birle, T., Amaré, A., Kerebih, G., Nega, T., Ayenew, Y., Gedamu, D., Yirga, G., Yegizaw, E., Feleke, D. (2022). Knowledge, attitude, and practice of health professionals working in emergency units towards disaster and emergency preparedness in South Gondar Zone hospitals, Ethiopia, 2020. *PanAfrican Medical Journal*, 41(314), 1-1. <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/314/full/>
- Tatsumi, C. L. (2019). The Nurse as Servant Leader: Guiding Others in Caring Advocacy. *American Holistic Nurses Association*. 6-8.
- Thygesen, K., Alpert, J., Jaffe, A., Chaitman, B., Bax, J., Morrow, D., & White, H. (2018). Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18), 2231–2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038>

- Toscana,A., García.L, Bermúdez, C., Castro,C (2021). Indicaciones de uso de marcapasos permanente en bloqueo auriculoventricular. *Reciamuc*, 5(2), 36-44.[https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.36-44](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.36-44)
- United Nations. (2017). Universal Declaration of Human Rights. In United Nations.<https://unric.org/pt/wpcontent/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2021). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (9ª edição).Elsevier.
- Vahdatpour, C., Collins, D., & Goldberg, S. (2019). Cardiogenic Shock. In *Journal of the American Heart Association*, 8(8),1-12. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991>
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... Williams, B. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- World Health Organization. (2019). Patient Safety. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> OMS 2019.
- World Health Organization. (2020). *World Health Statistics 2020: monitoring health for the SDGs,sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105>
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.