



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO
À PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA:
Da Urgência à Unidade de Cuidados Intensivos**

Lígia José Bettencourt

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

Funchal,

2024



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PERCURSO PARA AQUISIÇÃO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO
À PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA:
Da Urgência à Unidade de Cuidados Intensivos**

Lígia José Bettencourt

Orientador (a): Professora Doutora Luísa Santos

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

Funchal,

2024

“Para ser enfermeiro, você precisa de inteligência e disciplina para adquirir conhecimento e ser capaz de exercer um pensamento crítico”

Tilda Shalof

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso não teria sido possível, sem a motivação, colaboração, carinho e dedicação das pessoas que acompanharam esta longa caminhada. Por isto, gostaria de agradecer as pessoas que diariamente apoiaram esta etapa, de evolução tanto pessoal como profissional.

Primeiramente gostaria de agradecer à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, instituição onde iniciei o meu percurso profissional, sendo uma instituição de referência pelos anos de formação dos conhecimentos e valores de Enfermagem.

À Professora Doutora Luísa Santos, que acompanhou sempre de perto esta etapa profissional, transmitindo confiança e motivação para a evolução a nível pessoal e profissional.

Gostaria ainda de agradecer aos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos, principalmente aos Enfermeiros Orientadores, que foram agentes motivadores, pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Os mesmos serviram como exemplos de determinação e valorização da profissão de Enfermagem, para uma prestação de cuidados especializados humanizados.

Aos colegas do serviço de Neurocirurgia do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, pela compreensão e apoio durante este percurso.

Aos meus pais e à minha irmã, por serem os meus pilares nesta jornada, por todo o vosso amor, compreensão e carinho diariamente. E, principalmente pela vossa motivação contínua, por acreditarem em mim.

Às minhas amigas e parceira de aventura, pela motivação e paciência ao longo desta caminhada, e por sempre acreditarem nas minhas capacidades e não me deixarem desistir perante os obstáculos.

Aos meus amigos, um muito obrigada pela amizade, compreensão e apoio.

A todos, o meu sincero e profundo obrigada!

RESUMO

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ano letivo 2023-2024, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, surge o presente relatório “Percurso para aquisição de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação neurocrítica: da Urgência ao Serviço de Medicina Intensiva”.

Este relatório demonstra o percurso para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como as competências de mestre, através da análise e reflexão fundamentada das experiências e atividades vivenciadas nas práticas clínicas.

Expõe as competências desenvolvidas nos contextos clínicos de estágio, o Ensino Clínico I- Serviço de Urgência Polivalente num Hospital Central da Região Autónoma da Madeira (RAM), o Ensino Clínico II e o Módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório – Unidade de Cuidados Intensivos num Hospital Central da RAM e o Módulo II - Opção clínica – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos num Hospital Central da Cidade do Porto.

Norteados pelo particular interesse na melhoria do cuidado à pessoa em situação neurocrítica e sua família, o relatório exhibe a transladação de conhecimentos científicos, nos diferentes contextos clínicos, que suportou um exercício profissional crítico e consciente, alicerçado nas melhores práticas, responsável pelo desenvolvimento vivenciado com recurso a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, demonstra as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, emergentes no percurso formativo.

O relatório está organizado em três capítulos, o primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico do foco - Cuidar da pessoa em situação neurocrítica. O segundo aborda o percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, assentes no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018. O terceiro capítulo enaltece o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma trajetória de desenvolvimento académico e profissional, diretamente relacionada com a melhoria da qualidade de cuidados almejada e essencial para o suporte das provas públicas de mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-Chave: Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermeira especialista, enfermagem em cuidados intensivos

ABSTRACT

As part of the VI Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the academic year 2023-2024, at Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, this report is named “Road to acquire specialized skills in the care of people with neurocritical conditions: from the Emergency Room to the Intensive Care Unit”.

This report demonstrates the path to acquiring common and specific skills for Medical-Surgical Nursing, as well as master's skills, through analysis and reflection based on experiences and activities conducted in clinical practices.

It exposes the skills developed in clinical internship contexts, Clinical Education I - Polyvalent Emergency Service in a Central Hospital in Região Autónoma da Madeira (RAM), Clinical Education II and Module I of the Curricular Unit Internship with Report - Intensive Care Unit in a RAM Central Hospital and Module II - Clinical Option – Neurocritical Intensive Care Unit in a Central Hospital in Porto.

Guided by the particular interest in improving care for people in neurocritical situations and their families, the report requires the transfer of scientific knowledge, in different clinical contexts, which supported a critical and conscious professional exercise, based on best practices, responsible for the development experienced. use of descriptive, analytical and reflective methodology, demonstrates the common and specific competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for people in critical situations, emerging in the training path.

The report is organized into three chapters, the first chapter presents the theoretical framework of the focus - Caring for people in a neurocritical situation. The second addresses the path developed for the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for people in critical situations, based on Regulation nº 140/2019 and Regulation nº 429/2018. The third chapter praises the development of Master's skills in Medical-Surgical Nursing, a trajectory of academic and professional development, directly related to improving the quality of assistance desired and essential for supporting public examinations for master's and specialist degrees in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Medical-surgical nursing, Nurse specialist, critical care nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

APA – *American Psychological Association*

BPS – *Behavior Pain Scale*

CAM - *Confusion Assessment Method*

CDC - *Centre for Disease Control and Prevention*

CVC – Cateter Cenoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DVE – Drenagem Ventricular Externa

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos

GCS- *Escala de Coma de Glasgow*

HIC – Hipertensão Intracraniana

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – Internacional Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

MRMI – *Medical Response do Major Incidents and Disasters*

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OT – Orientação Tutorial

PaCO₂ – Pressão parcial de dióxido de carbono

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão Parcial de oxigénio

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PEUS – Plano de Emergência das Unidades de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PPCIRA – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PREPCRAM – Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

PRx – Reatividade da Pressão Cerebrovascular

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE – Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro

RM – Ressonância- Magnética

RVC – Resistência Vascular Cerebral

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

START – *Simple Triage And Rapid Transport*

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOF – *Train Of Four*

TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPP – Úlcera por Pressão

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VSC - Volume Sanguíneo Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: O ESTADO DA ARTE	18
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	27
2.1.Contextualização dos ensinios clínicos.....	28
2.2.Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	33
2.2.1.Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	34
2.2.2.Domínio da melhoria contínua da qualidade	38
2.2.3.Domínio da gestão dos cuidados	45
2.2.4.Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	51
2.3. Competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	54
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos da doença Crítica e /ou falência orgânica.....	55
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	74
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica	83
3. DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	88
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
APÊNDICES	I
APÊNDICE I - PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES.....	III
APÊNDICE II – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCRÍTICOS.....	V

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, compreende 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, complementando que, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, e manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) defende que a especialização dos profissionais é primordial, dotando os Enfermeiros de conhecimentos, competências e ferramentas, incorporando responsabilidades, tomadas de decisão mais complexas e, desta forma, assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

Atendendo à crescente complexidade dos cuidados nos contextos clínicos, é fundamental o desenvolvimento de competências comuns especializadas e específicas, que contribuem também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste âmbito, os cuidados especializados permitem reconhecer as exigências da pessoa em situação crítica e dos seus familiares/cuidadores.

O cuidado à pessoa em situação crítica pressupõe uma atuação tecnicamente competente e eticamente desenvolvida, atendendo às exigências dos cuidados de Enfermagem. Desta forma, o Modelo de Desenvolvimento de Competências, de Patrícia Benner (2001) e o Teoria de Afaf Meleis (2010), asseguram que a experiência do enfermeiro adquirida na prática é substancial no desenvolvimento do olhar crítico na transição de saúde-doença para a perceção dos focos de atenção em cada situação, extraindo o seu significado.

Nesta linha de pensamento, optei pela realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o que permitiu a edificação de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na unidade curricular Estágio com Relatório, sob orientação da Professora Doutora Luísa Santos, no ano letivo 2023-2024, surge a elaboração do presente relatório, que suportará a discussão da prova pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para além do referido anteriormente, tem como finalidade demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica, que acompanharam o desenvolvimento de competências de mestre.

Este relatório têm como objetivo a análise e reflexão crítica das experiências e atividades vivenciadas contempladas nas unidades curriculares que integraram os ensinamentos clínicos, nomeadamente o Ensino Clínico I- Serviço de Urgência Polivalente no Hospital Central da Região Autónoma da Madeira (RAM), o Ensino Clínico II e o módulo 1 da Unidade Curricular Estágio com Relatório no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Central da RAM e a Opção Clínica – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos num Hospital Central da Cidade do Porto.

O meu crescimento profissional neste período, resultado das competências adquiridas e desenvolvidas, que influenciaram a minha atuação face ao cuidar da pessoa em situação neurocrítica e sua família, compatível com as competências de mestre, nomeadamente, o aprofundamento do conhecimento e compreensão, a aplicação de conhecimentos, a realização de julgamentos críticos em situações novas e não familiares, a comunicação de conclusões, e ainda a aprendizagem ao longo da vida, leva-me a afirmar ter prestado cuidados com segurança e qualidade, potenciando a exploração de situações clínicas para o desenvolvimento de pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada, no cuidar da pessoa em situação crítica.

Nas práticas clínicas foram desenvolvidas e aprimoradas competências específicas que visam a prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e ainda a evolução das atitudes profissionais no cuidar, com especial ênfase no cuidar da pessoa em situação neurocrítica.

O relatório está estruturado em três capítulos. Primeiramente contempla-se o cuidar da pessoa em situação neurocrítica, evidenciando o estado da arte sobre os fundamentos científicos para os cuidados de Enfermagem especializados na abordagem à pessoa em situação crítica com manifestações neurológicas, com consequente alteração do *status* neurológico (*International Council of Nurses*, 2019a). O segundo capítulo relata o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica assentes nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018, incluindo a caracterização dos ensinamentos clínicos e assim mencionando os fatores facilitadores e dificultados para o

desenvolvimento de competências. Por fim, o último capítulo explana o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de mestre assentes no Decreto de Lei n.º 65/2018.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho é crítico-reflexiva, baseada em evidência científica sobre a temática, essencialmente publicada nos últimos 10 anos, nas bases de dados eletrónicas, Scielo, EBSCO, CINAHL, MEDLINE e Cochrane.

Na elaboração deste documento está implícito quer o sigilo profissional quer a propriedade intelectual do mesmo, pelo que serão protegidos os dados das pessoas ou das instituições envolvidas.

A norma que será utilizada para citações e referências bibliográficas será a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – APA (*American Psychological Association*) na sua sétima edição, expostas no documento Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalho Académicos.

1. O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA: O ESTADO DA ARTE

Ao longo deste capítulo será feito um enquadramento teórico, sob a forma de estado de arte, no qual serão descritos os diversos conceitos sobre a atuação do enfermeiro no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) e mais concretamente na área de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica.

A pessoa em situação neurocrítica é caracterizada por apresentar uma lesão cerebral aguda severa provocada por traumatismo crânio-encefálico (TCE), hemorragia subaracnoídea, hemorragia cerebral, infeções do Sistema Nervoso Central, mal epilético, pós-operatório de neurocirurgia, lesões vertebro-medular ou em morte cerebral (Feijó, 2020). A pessoa com lesão cerebral aguda carece de uma vigilância adequada do *status* neurológico, atendendo a fisiologia cerebral, necessitando de uma intervenção especializada desde a antecipação dos focos de instabilidade até a minimização da lesão secundária.

No decorrer deste relatório, irei direcionar o meu estudo sobre a pessoa com TCE, atendendo a sua elevada taxa de incidência, incapacidade e morte à nível mundial, como apresentada posteriormente pelos dados epidemiológicos. Ainda a abordagem à pessoa com TCE têm de ser precoce e adequada, de forma a melhorar o prognóstico e minimizar os danos secundários.

No que concerne à pessoa em situação em neurocrítica, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para a ocorrência de TCE, resultante de acidentes rodoviários, na ordem dos 56% dos casos na África e no Sudoeste Asiático, e para 25% na América do Norte (Laccarino et al., 2018). Os mesmos autores reportam que nos países desenvolvidos, as taxas de incidência associados aos acidentes de viação diminuíram de 39% em 2003 para 24% em 2012, enquanto os TCE associados a quedas aumentaram de 43% para 54%, principalmente na população com idade superior a 65 anos.

Os TCE são considerados a maior causa de morte de lesão cerebral, com 5,8 mortes por cada 100 mil habitantes nos Estados Unidos da América, como apurado pelo *Centre for Disease Control and Prevention* (CDC) (2023). De forma a complementar os dados apontados anteriormente, Mueshlschelegel et al. (2024) indicam que o TCE contribui aproximadamente para 30% das mortes nos Estados Unidos.

Na Europa, as taxas de incidência de TCE variam entre 47,3 a 694 por cada 100.000 habitantes por ano (Brazinova et al., 2021). Os mesmos autores acrescentam que a taxa de mortalidade varia entre 9 a 28,10 por 100.000 habitantes por ano.

Em Portugal, segundo uma revisão elaborada por Santos e Agrela (2019), a taxa de incidência diminuiu significativamente de 137/100 000 habitantes em 1997 para 65/100 000 habitantes em 2014. Durante este período, os autores alertam para oscilações, realçando o aumento significativo entre 2011 e 2014.

Neste âmbito, um estudo realizado num Serviço de Urgência (SU) da Região Norte de Portugal, destaca a incidência de 56,86% de TCE no sexo masculino (Raposo e Magalhães, 2023). Revela ainda, a prevalência de 29,41% na faixa etária igual ou superior a 85 anos de idade, e como principal causa as quedas da própria altura correspondente a 56,21%. Os TCE resultantes de acidentes de viação têm uma incidência de 15,69%, nomeadamente de automóvel e de bicicleta.

Em suma, atendendo aos dados apontados anteriormente, poderemos identificar que a pessoa com situação neurocrítica resultante de TCE é cada vez mais frequente, sendo crucial a adequação das intervenções de enfermagem, com vista a permitir um controlo dos parâmetros neurofisiológicos e hemodinâmicos nestas situações.

O TCE, de acordo com Coimbra (2021), é uma lesão cerebral resultante de uma interrupção da função cerebral, consequente de um trauma contuso, penetrante ou de forças de aceleração/desaceleração. A lesão primária está associada ao impacto direto das forças mecânicas que são implementadas na estrutura craniana, que origina: lesões focais (contusões, hematoma epidural, subdural e intraparenquimatoso), originadas pelas forças de contacto direto; lesões difusas (lesão axonal difusa, hemorragia subaracnoídea, e ainda a hemorragia intraparenquimatosa) resultantes das forças de aceleração e desaceleração (Oliveira et al., 2012). As lesões secundárias surgem nas primeiras horas após a lesão primária, as alterações intracranianas (hematomas, contusões e convulsões) e extracranianas (hipóxia, hipercapnia, hipotensão arterial, febre), são determinantes para o edema cerebral pós-traumático e aumento da Pressão Intracraniana (PIC) (Oliveira et al., 2012).

O papel do EEEMC é imprescindível para garantir o *outcome* neurológico, com a monitorização constante, garantindo a perfusão e oxigenação cerebral, prevenindo a hipertensão intracraniana.

A lesão cerebral engloba a lesão traumática e a lesão não traumática (Goldman et al., 2022). A lesão cerebral traumática, está associada a um evento traumático, nomeadamente acidentes rodoviários, quedas, ou ainda a lesões durante a prática de desporto. Por outro lado, a lesão cerebral não traumática, é desencadeada por acidentes vasculares cerebrais, neoplasias, infeção e hipóxia/anóxia. As causas das lesões cerebrais traumáticas e não traumáticas, dependem dos mesmos fatores, destacando-se as

anormalidades vasculares, lesões axonais extensas, atrofia focal ou disseminada e interrupção do sistema neural (Goldman et al., 2022).

Em virtude do referido anteriormente, e no cuidado à pessoa em situação neurocrítica, pela instabilidade hemodinâmica que a caracteriza, é crucial o entendimento da lesão primária e secundária, sendo primordial a prevenção desta segunda, diminuindo, deste modo, as implicações no prognóstico da pessoa em situação neurocrítica (Godoy et al., 2023).

A lesão primária resulta da agressão direta ao tecido cerebral, ocorrendo a destruição de células, fibras nervosas e vasos sanguíneos (Feijó, 2020). Segundo o autor mencionado, as lesões primárias incluem: trauma (contusão, concussão e lesão penetrante), isquemia (acidente vascular cerebral); inflamação (meningite), compressão (tumor, hematoma); alteração metabólica (encefalopatias e por drogas tóxicas).

A lesão secundária inicia-se após a lesão primária, pela alteração do fluxo sanguíneo cerebral no tecido circundante, por isquemia ou hiperemia e por ativação de cascatas bioquímicas locais e sistêmicas, provocando destruição do tecido cerebral (Godoy et al., 2023).

Na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação neurocrítica é fundamental compreender que a lesão cerebral é um evento agudo parcialmente reversível, do ponto de vista de Tavares e Carneiro (2021). Os autores anteriormente mencionados revelam que nas situações das lesões primárias serem irreversíveis, é fundamental o papel do EEEMC na prevenção e minimização da lesão cerebral secundária.

A hipertensão intracraniana (HIC) é uma grave complicação da pessoa em situação neurocrítica, baseada na relação causal entre lesão cerebral primária, a HIC e a lesão cerebral secundária, uma vez que a hipertensão intracraniana desencadeia a lesão neuronal secundária (Schizodimos et al., 2020). Deste modo, é de salientar a importância para a intervenção precoce, permitindo a identificação das manifestações clínicas da HIC e para a monitorização da PIC.

As manifestações clínicas da HIC incluem cefaleias, vômitos, diminuição do nível de consciência, diplopia (paralisia do nervo IV craniano), papiledema, e a tríade de *Cushing* (hipertensão arterial, bradicardia e depressão respiratória) (Schizodimos et al., 2020).

Os sinais de localização da HIC são provocados pelos efeitos locais de lesão com efeito de massa ou pelas síndromes de herniação (Schizodimos et al., 2020). Neste âmbito, as localizações anatómicas onde apresentam hérnias encefálicas são as regiões subfalcina, transtentorial uncal, transtentorial central e tonsilar.

Nesta linha de pensamento, é primordial que o enfermeiro especialista compreenda a fisiologia e o metabolismo cerebral, assente nos conceitos de PIC, perfusão cerebral (PPC), fluxo sanguíneo cerebral (FSC) e autorregulação cerebral.

A PIC corresponde à pressão exercida nas estruturas cranianas (Galofre-Martínez et al., 2019). O cérebro está delimitado pela calote craniana, preenchido com tecido cerebral, líquido cefalorraquidiano (LCR) e sangue. Pelas características da estrutura craniana, têm de ser mantido um equilíbrio dinâmico, atendendo a Teoria de *Monro-Kellie* (Galofre-Martínez et al., 2019).

A teoria de *Monro-Kellie*, enfatizada por Galofre-Martínez et al. (2019), assenta que em situações de aumento do volume resultante da lesão inicial, o mecanismo de compensação desencadeado resulta no deslocamento do LCR para o saco espinhal, impondo a saída do mesmo da estrutura craniana, estabilizando a PIC. Assim, quando os mecanismos de compensação se esgotam, qualquer alteração do volume, provocará o aumento súbito da PIC.

Por estes motivos, a abordagem da pessoa em situação neurocrítica tem como intuito a manutenção e garantia da homeostasia cerebral, com metas de PIC < 20mmHg (Feijó, 2020).

O valor da PIC é monitorizado através de dispositivo introduzido na estrutura craniana, em concordância com Galofre-Martínez et al. (2019) e Schizodimos et al. (2020), existindo quatro tipos de cateteres de monitorização, atendendo à sua localização anatômica: epidurais, subdurais, intraparenquimatosos e intraventriculares. No entanto, os mesmos autores demonstram que os últimos dois têm maior fiabilidade, realçando que o cateter intraventricular permite a drenagem de LCR, concomitantemente à monitorização da PIC, e o cateter parenquimatoso deteta parâmetros de pressão parcial de O₂ do tecido cerebral (PbtO₂) e o FSC.

A onda de PIC fornece informações sobre a dinâmica cerebral, permitindo ao profissional de saúde a identificação dos clientes com relação pressão-volume comprometida (Feijó, 2020). As três ondas passíveis de interpretação no monitor são: P1 ou *percussion wave*, com origem na sístole cardíaca, com a passagem do fluxo pelas artérias cerebrais, sendo o pico mais alto e com amplitude constante; P2 ou *tidal wave*, indica a *compliance* cerebral; P3 ou *dicrotic wave*, reflete a pressão venosa (Feijó, 2020).

A regulação da circulação cerebral para garantir a manutenção do FSC adequado, segundo Donnelly et al. (2016), depende da interação entre a fisiologia cardiovascular, respiratória e neural. Enfatizam ainda, que o fluxo sanguíneo cerebral é influenciado pelo

sistema cardiovascular, na medida que depende da pressão fornecida nas artérias cerebrais, nomeadamente da Pressão Arterial Média (PAM), da contrapressão no sistema venoso cerebral, evidenciada pela PIC e pela Resistência Vascular Cerebral (RVC).

O FSC é diretamente proporcional à pressão de perfusão cerebral (PPC), resultante da diferença entre a pressão arterial média e pressão intracraniana, e inversamente proporcional a RVC, enunciado por Feijó (2020) com a seguinte relação: $FSC = PPC / RVC$.

Por estes motivos, é fundamental a avaliação do FSC, com uma técnica invasiva ou não invasiva (Donnelly et al., 2016). As técnicas não invasivas permitem a captação contínua dos dados, com recurso aos Doppler transcranianos, ou ainda espectroscopia no infravermelho próximo. Por outro lado, as técnicas invasivas são utilizadas na pessoa em situação crítica com necessidade de monitorização cerebral, num determinado período, através de fluxometria, Doppler a laser e difusão térmica (Donnelly et al., 2016).

Após a determinação do valor FSC, é fundamental a compreender que o valor normal é entre os 50-60ml/100g/min (Donnelly et al., 2016). Pelo que os valores acima deste referencial, potenciam o edema cerebral, ou ainda valores abaixo do recomendado pelos autores anteriormente mencionados, provocam isquemia.

A RVC é ajustada ao nível das arteríolas, em virtude da resposta das variações do tônus vascular aos estímulos metabólicos, neurais ou miogénicos, garantindo o FSC constante com as alterações de PAM (Donnelly et al., 2016).

A manutenção do FSC é resultante de vários processos fisiológicos de vasoconstrição e vasodilatação, através da resistência dos vasos cerebrais, garantindo o suporte adequado de oxigénio e nutrientes, independente das variações da PAM. Este processo é considerado por Feijó (2020) como o mecanismo a autorregulação cerebral. Donnelly et al. (2016) ainda acrescentam que os principais mecanismos envolvidos são: miogénicos pela alteração da pressão de perfusão arterial; metabólica, relacionada com pressão parcial de oxigénio (PaO₂) e pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂); neurogénica, controlada pelo Sistema Nervoso Autónomo através das inervações simpáticas e parassimpáticas.

O aumento da PPC desencadeia a vasoconstrição arterial potenciando o aumento RVC e diminuição do volume sanguíneo cerebral (VSC), ao qual para a manutenção do FSC ocorre a diminuição da PIC (Scizodimos et al., 2020). Nas situações de manutenção com a diminuição da PPC, é induzida a vasodilatação cerebral, permitindo a diminuição da RCV e aumento da VSC, com consequente aumento da PIC. Estes mecanismos de autorregulação,

permitem manter o FSC constante com as oscilações de PAM, sendo que a PPC ideal propicia perfusão e oxigenação cerebral adequadas (Feijó, 2020).

Neste âmbito, é de salientar que a diminuição da PPC abaixo dos limites inferiores da autorregulação provoca isquemia, e que a elevação da PPC acima dos limites superiores da autorregulação desencadeia hiperemia, pelo que Scizodimos et al. (2020) destacam que nestas situações ocorre exacerbação de edema vasogénico e aumento da PIC. Deste modo, os autores realçam que a PPC deve ser mantida acima de 50-70mmHg e abaixo de 120mmHg, com o intuito de evitar isquemia e hiperperfusão cerebral, respetivamente.

Para além do mencionado anteriormente, é de salientar a sensibilidade dos vasos cerebrais às alterações do PaCO₂, com o consequente aumento ou diminuição da RVC, devido às alterações na concentração extracelular dos iões de hidrogénio (Donnelly et al., 2016). Nos casos de diminuição da PaCO₂ provocada por hiperventilação, ocorre a contração dos vasos cerebrais. Por sua vez, nas situações de acidose ocorre aumento da PaCO₂ com a dilatação dos vasos cerebrais e, consequentemente, um aumento da PIC e da FSC (Donnelly et al., 2016).

Tendo por base a fisiologia cerebral, é possível constatar que o metabolismo cerebral garante o equilíbrio de oxigénio e nutrientes, sendo possível a compreensão das alterações do *status* neurológico. Por estes motivos, é fundamental a vigilância e intervenção imediata.

Em caso de alteração hemodinâmica da pessoa em situação neurocrítica, é imprescindível o papel do Enfermeiro Especialista na avaliação hemodinâmica, como também a observação dos exames imagiológicos, nomeadamente a Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética (Galofre-Martínez et al., 2019). Os mesmos podem complementar as hipóteses diagnósticas pela constatação dos processos que provocam a HIC, desvios da linha média e ainda os bloqueios do tecido cerebral.

Atendendo à problemática do TCE, é importante enfatizar que esta lesão cerebral exige cuidados de vigilância permanente e a intervenção imediata, pelo risco elevado de desenvolver complicações neurológicas que comprometem a recuperação clínica, prevenindo assim as lesões secundárias.

Para o diagnóstico desta lesão cerebral é obrigatória a avaliação clínica detalhada, incluindo a classificação do TCE baseada na Escala de Coma de Glasgow (GCS) para determinação da gravidade inicial da lesão (Coimbra, 2021). Além disso, são observados exames de imagem, como Tomografia Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RM), para a identificação das fraturas, hemorragias ou outras lesões cerebrais. Para além

do mencionado, o autor destaca para a importância de relacionar a gravidade do TCE com o prognóstico do cliente.

A GCS avalia a resposta ocular, verbal e motora (Coimbra, 2021). Atendendo aos critérios desta escala a classificação dos TCE poderá ser da seguinte forma: ligeiro com GCS de 15-13; moderado, pontuação do GCS de 9-12; Grave com $GCS \leq 8$. As medidas invasivas como bloqueio neuromuscular e sedação profunda, limitam a utilização da GCS (Coimbra, 2021).

Para abordagem da pessoa com TCE, é elementar a compreensão da cascata neurocitotóxica, responsável pela falência da autorregulação cerebral que proporciona o edema cerebral pós-traumático e consequente hipertensão intracraniana (Oliveira et al., 2012). Estes eventos moleculares são desencadeados como resposta inicial, provocando dano secundário no tecido cerebral, originando perda neuronal e morte celular, contribuindo para défices neurológicos permanentes (dificuldades cognitivas, motoras e emocionais). Por estes motivos, Oliveira et al. (2012) elucidam para a importância das seguintes abordagens terapêuticas na interrupção desta cascata: monitorização de PIC e redução do edema; terapias anti-inflamatórias e antioxidantes.

Neste âmbito, nas situações de diminuição da PAM ou da PPC, a resposta autorregulatória é a vasodilatação, originando uma elevação da PIC e, consequentemente, diminuição da PPC, desenvolvendo a isquemia e a HIC. Esta sequência de eventos, enunciada por Oliveira et al. (2012), potencia o agravamento da lesão secundária.

Na abordagem da pessoa com TCE, é fundamental uma organização mental para a abordagem mais adequada, com o intuito de prevenir a lesão secundária, otimização da PIC e da PPC, garantindo uma monitorização mais precisa. Assim surgiu um algoritmo de monitorização de pressão intracraniana na Conferência Internacional de Consenso sobre a Lesão Cerebral Traumática Grave de Seattle (Hawryluk et al., 2019).

Este algoritmo representa uma lista de intervenções recomendadas, baseadas em diretrizes clínicas, aquando da abordagem à pessoa com TCE desde a estabilização inicial como monitorização contínua de PIC, prevenindo assim as complicações sistémicas nas unidades de cuidados intensivos (Hawryluk et al., 2019).

Ainda neste algoritmo de Hawryluk et al. (2019), são definidos três níveis de tratamento após a implementação do tratamento clínico, definidas pelo autor como intervenções esperadas, em que garante uma linha fisiológica estável e neuroprotetora. O nível de tratamento um é o tratamento da hipertensão intracraniana, sendo que a passagem entre cada nível está associada ao agravamento da estabilidade hemodinâmica, com a

utilização de intervenções mais agressivas. Neste algoritmo, é destacada a reavaliação do *status* fisiológico intra e extracraniano da pessoa, tendo em conta as causas de resistência aos tratamentos.

Para além do mencionado anteriormente, o mesmo facilita a estratificação do risco clínico, na medida em que classifica a pessoa vítima de TCE consoante a gravidade das lesões e o risco de complicação, com o ajuste do plano de cuidados ao TCE ligeiro, moderado e grave, incluindo as intervenções não farmacológicas e farmacológicas e a necessidade de tratamento cirúrgico. A implementação rigorosa deste algoritmo reduz significativamente as complicações secundárias, como a isquemia cerebral, infeções e a disfunção multiorgânica (Hawryluk et al., 2019).

Outro algoritmo que gostaria de destacar para abordagem à pessoa com TCE é a *bundle* para a minimização da hipoxia cerebral. O algoritmo “THE MANTLE” é utilizado em clientes com TCE, integrando diferentes parâmetros fisiológicos, fornecendo aos profissionais de saúde recomendações personalizadas, nomeadamente na administração de terapêutica, ajustes de ventilação mecânica e intervenções cirúrgicas (descompressão cirúrgica) (Godoy et al., 2023). Os autores realçam que a personalização das intervenções com base nas condições individuais da pessoa em situação neurocrítica pode melhorar significativamente os resultados clínicos (Godoy et al., 2023).

Tendo em conta a fisiologia cerebral, o aumento da PIC é uma das complicações críticas que conduz à isquemia cerebral. Por este motivo, o algoritmo mencionado por Godoy et al. (2023), foca-se na monitorização contínua e individualizada da PIC, permitindo intervenções rápidas e precisas de modo a evitar lesões cerebrais adicionais, com otimização da perfusão cerebral e assim evitando a hipoperfusão ou hiperperfusão.

Nesta linha de pensamento, este algoritmo permite uma identificação precoce das alterações, tanto dos parâmetros neurológicos como dos hemodinâmicos, reduzindo o risco de complicações graves, nomeadamente a herniação cerebral e hemorragias intracranianas (Godoy et al., 2023). O mesmo, ilustrado na figura 1, destaca a avaliação dos seguintes parâmetros: temperatura; hemoglobina; eletrólitos/equilíbrio ácido-base; metabolismo; pressão arterial; glucose; oximetria; ventilação; edema e PIC (Godoy et al., 2023).

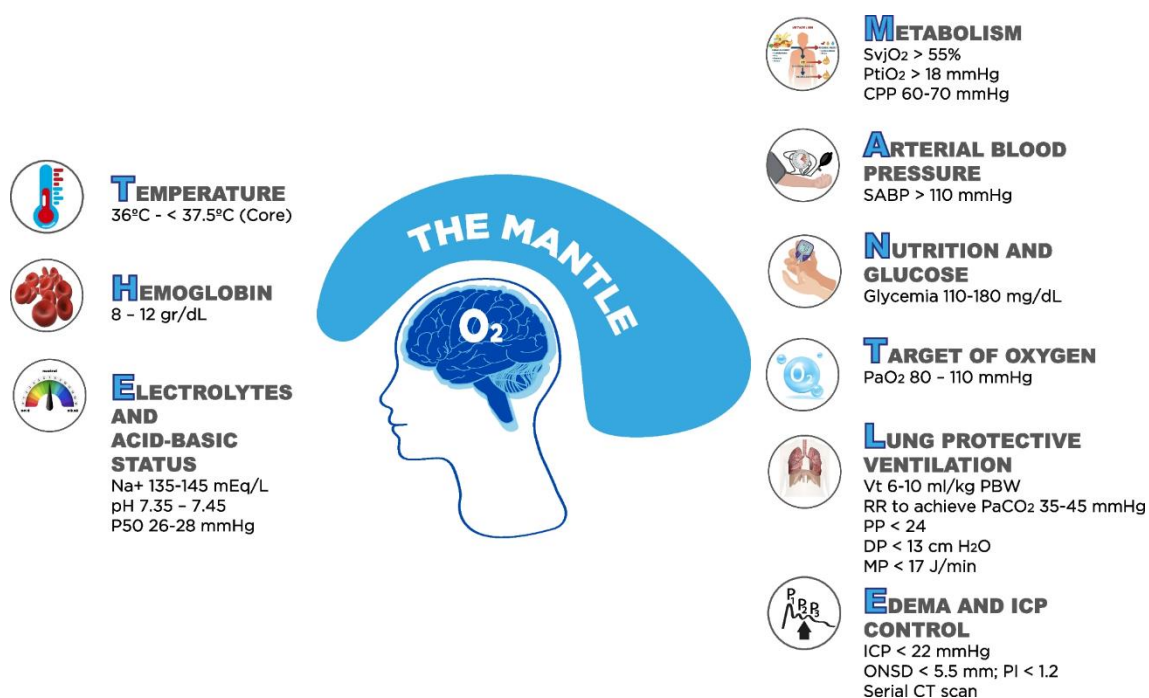


Figura 1- Algoritmo "THE MANTLE" Fonte: Godoy et al. (2023)

A utilização do algoritmo THE MANTLE na pessoa com TCE representa uma evolução significativa na gestão das lesões cerebrais, com a utilização de uma abordagem personalizada e baseada nos dados de monitorização, com vista a otimizar a monitorização da PIC e da perfusão cerebral. Esta escala fornece recomendações específicas, e a respetiva implementação reduzir complicações, melhorando a qualidade dos cuidados.

Estes algoritmos abordados anteriormente, revelam intervenções fundamentais para manutenção da pessoa em situação neurocrítica, com a necessidade de monitorização contínua e antecipação dos focos de instabilidade, garantindo a prestação segura de cuidados de qualidade, guiada pela evidência científica.

Após a contextualização da situação da pessoa com lesão neurológica, é possível entender que estes clientes acarretam uma instabilidade hemodinâmica, associado à dinâmica cerebral, sendo necessário a monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, de forma a garantir um estabilidade para a evolução favorável da clínica do cliente. Por estes motivos, é fundamental o papel do EEEMC, de forma a monitorizar os focos de instabilidade, atuando segundo a evidência científica com vista a prevenir o agravamento da função neurológica.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744).

Atendendo que o meu foco é a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, ao longo do processo formativo e da redação deste relatório tive por base a teoria de Enfermagem de Afaf Meleis (2010), a Teoria das Transições, incorporada no Paradigma da Transformação.

Os processos transacionais a que o ser humano está sujeito, de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença ou organizacionais, estão interligadas com as condições pessoais e condições ambientais do indivíduo (Meleis, 2010). Nas interações é avaliada a necessidade da pessoa, e posteriormente formulados os diagnósticos de enfermagem, e planeadas as intervenções ajustadas as condições pessoais e ambientais. A autora reforça que ao nível dos cuidados de enfermagem, o objetivo primordial é cuidar dos potenciais problemas durante as experiências transitórias, e ainda de desenvolver intervenções de prevenção e de apoio à pessoa/família, proporcionando um *coping* eficaz (Meleis, 2010).

Para reflexão crítica sobre o processo de aquisição de competências ao longo do mestrado, destaco o modelo de aquisição de competências de Benner. A Enfermagem do cuidar pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, baseando-se nas dimensões da espiritualidade e da cultura, integrando ainda os conhecimentos vinculados às mesmas (Benner, 2001). Atendendo a este facto, a autora destaca que a prática de cuidados é conduzida pela arte, ética moral do cuidar e responsabilidade.

Benner (2001) adaptou à Enfermagem o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo atravessa os cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças, através de um processo dinâmico, aprimorado e aprofundado com a experiência.

Neste âmbito, e atendendo ao meu percurso como Enfermeira Generalista desde 2020, com início numa Unidade de Cuidados Continuados, e neste momento num serviço de Neurocirurgia num Hospital Central da RAM.

Na fase inicial do Mestrado em EEEMC na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica, considerava-me uma Enfermeira no nível iniciado-avançado. A mudança de instituição há menos de um ano, e também por ser uma área complexa com necessidade de cuidados específicos, considerando-me uma Enfermeira que identificava alterações hemodinâmicas significativas da pessoa por repetição. Por estes motivos, de entre outros, senti necessidade de desenvolver conhecimentos e competências na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica, de forma a garantir a excelência dos cuidados prestados, e assim evoluir no meu percurso enquanto Enfermeira.

Atendendo ao meu processo formativo, considero que ocorreu uma evolução significativa das minhas competências, tanto pelas práticas clínicas como pelo trabalho autónomo, ao qual de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências, situo-me no nível proficiente. Atualmente, tenho capacidade de agir face à pessoa em situação crítica, identificando os dados significativos e intervindo de forma competente.

A aquisição de competências é um processo que implica uma atualização contínua dos conhecimentos, favorecendo uma evolução profissional. Em concordância com Le Boterf (2005), a aquisição implica a utilização dos recursos próprios, como o conhecimento e a experiência, também pressupõe os recursos do meio, nomeadamente a rede profissional. Assim, as práticas clínicas nos diferentes contextos potenciam o desenvolvimento das competências, permitindo uma evolução profissional devido as diferentes situações ocorridas, elevando o nível de cuidados prestados.

Ao longo do percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgico, foram realizados 1216 horas de práticas clínicas, correspondentes a 45 ECTS. Os contextos onde decorreram os ensinamentos clínicos, são unidades diferenciadas na área assistencial da pessoa em situação crítica, estando em consonância com o plano de estudos e o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, como caracterizadas em seguida.

2.1.Contextualização dos ensinamentos clínicos

De acordo com o plano de estudos do Despacho nº10960/2020, foram realizados quatro ensinamentos clínicos em unidades de assistência à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente o Ensino Clínico I – Urgência Polivalente, o Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalentes; Módulo I - Cuidados Intensivos Polivalente, e o Módulo II – Cuidados Intensivos Específicos (Opção Clínica).

O Ensino Clínico I – Serviço de Urgência, decorreu num Hospital Central da RAM, classificado como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Este ensino clínico teve a
Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny e Escola Superior de Saúde de Santa Maria – Lúcia Bettencourt

duração total de 257 horas, correspondendo a 9,5 ECTS. Este é considerado um serviço de urgência com o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, de acordo com o Despacho nº10319/2014, “é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p.20674).

Neste ensino clínico tive oportunidade de demonstrar habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade, tanto na Sala de Emergência (SE) com a Sala de Observação (SO), áreas de assistências à pessoa em situação crítica, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas.

Este SUP têm uma grande afluência de clientes frequentemente, sendo acolhidos clientes referenciados dos cuidados de saúde, dos serviços de urgência básica da RAM e de unidades de saúde privadas. Em qualquer uma das situações, o processo de admissão neste serviço é através da identificação do nível de prioridade segundo o fluxograma de Triagem de *Manchester*, para recolha de informações pertinentes, e posteriormente encaminhado para a área médica, cirúrgica, ortopédica, obstétrica ou oftalmológica.

Uma das vulnerabilidades deste serviço é a estrutura física condicionada para a elevada afluência de clientes ao SUP, atendendo a época de ano, com sintomatologia respiratória. Atendendo a gravidade clínica, são alocados nas diferentes áreas de trabalho de Enfermagem, na sala aberta, na sala de recuperação, sala de ortopedia, sala de pequena cirurgia e ainda na sala de observação, atendendo à instabilidade hemodinâmica do cliente e a necessidade de monitorização contínua.

A sala aberta é uma área de trabalho Enfermagem no SUP, onde permanecem os clientes hemodinamicamente estáveis que cumprem com a terapêutica instituída e aguardam resultados de análises e exames para reavaliação médica, ou aguardam internamento num serviço específico. Na sala de recuperação, permanecem os clientes que necessitam de uma maior vigilância por instabilidade clínica, com necessidade de administração protocolos terapêuticos complexos e monitorização de um profissional de saúde. Desta forma, destaco que nesta área muitas vezes fica destacado um elemento especialista em EEEMC, de forma a garantir um cuidado seguro.

Na sala de cirurgia, os clientes aguardam avaliação/observação da área cirúrgica; sala de pequena cirurgia direcionada para execução de pequenas incisões cirúrgicas ou para realização de suturas; sala de ortopedia, onde permite a realização de procedimentos ortopédicos, nomeadamente colocações de talas gessadas ou ligaduras; Triagem Avançada,

espaço direcionada para clientes com patologias infecciosas (como o COVID-19 e Gripe A); Área de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde ficam clientes que aguarda observação do Psiquiatria sob vigilância do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para além das áreas expostas anteriormente, prestei cuidados à pessoa, família a vivenciar processos complexos na SO e na SE, sob orientação da EEEMC.

O SO, com capacidade para 13 camas, permite a monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos da pessoa alvo de cuidados, sendo duas das 13 camas reservadas para a pessoa em situação crítica que requer uma vigilância intensiva, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou com necessidade de Suporte Avançado de Vida (SAV). Ainda nesta área de trabalho, gostaria de destacar a permanência de dois ou mais EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica nas 24 horas, atendendo à maior complexidade dos cuidados inerentes.

Com o acionamento da SE através do sinal sonoro, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem atempados e adequados neste posto de trabalho. Foi possível identificar nesta sala, a organização dos recursos materiais, com a identificação da terapêutica, do material clínico e não clínico. Para além da organização do equipamento, ainda constatei o trabalho em equipa multidisciplinar aquando do acionamento da mesma, ao qual os três enfermeiros alocados a esta sala têm os postos previamente definidos, permitindo uma abordagem ABCDE atempada.

Um dos aspetos dificultadores na prática dos cuidados de qualidade aos clientes, é a localização geográfica do serviço, com o Bloco Operatório e com a Unidade de Cuidados Intensivos, não se verificando ligações horizontais entre os mesmos, aquando da realização de transferência de clientes.

O Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos Polivalente decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) num Hospital Central da RAM. Este ensino clínico teve a duração de 149 horas, com 5,5 ECTS. Esta unidade classificada como Unidade de Cuidados de nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e o Regulamento n.º 743/2019, predispõe de

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

Desde 2022, o SMI tem instalações reformuladas, com áreas de *open space* e uma adequada alocação das camas para a visualização constante da pessoa em situação crítica, permitindo a deteção de alteração da situação clínica. É de destacar a existência de biombos, de forma a garantir a privacidade da pessoa alvo de cuidados.

Durante este ensino clínico tive a oportunidade de prestação de cuidados à pessoa, família a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de unidade de cuidados intensivos, realizando a gestão dos cuidados em situação emergente e na antecipação da instabilidade hemodinâmica.

Nesta unidade de cuidados intensivos polivalentes constei que são admitidos clientes provenientes de qualquer serviço do Hospital Central do Funchal, com agravamento da situação clínica, com necessidade de administração de protocolos terapêuticos complexos ou de medidas invasivas para estabilização hemodinâmica. As pessoas internadas no SMI podem ser submetidas a transportes intra-hospitalares para a realização de exames, como TAC, RM em caráter de urgência. A alta das mesmas acontece quando o estado fisiológico garante estabilidade para a transferência, para um serviço com menor nível de especialização.

Algo a destacar neste contexto de prática clínica é o facto do mesmo ser considerado um serviço de medicina intensiva fora de portas que consta da presença de uma equipa de emergência intra-hospitalar, com o intuito de instituir medidas invasivas nas situações de urgência ou emergência aos clientes internados no Hospital. A Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), constituída por um médico e enfermeiro, é acionada por chamada telefónica pelo número *3012, segundo o protocolo do Hospital da RAM. Poderá ainda ser necessária a presença do médico intensivista aquando do acionamento da SE, na iminência da receção de uma pessoa em situação crítica, acompanhado pela equipa diferenciada do extra-hospitalar.

Uma das vulnerabilidades na prática clínica assenta na localização geográfica deste serviço no Hospital Central da RAM, apesar do mesmo encontrar-se num local com acesso controlado, as ligações com os restantes serviços, como serviço de imagiologia, bloco operatório e serviço de urgência, é necessária a utilização de dois elevadores, com aumento do tempo na deslocação do cliente em situação crítica.

Relativamente ao Estágio com Relatório - Módulo I – Unidade de Cuidados Intensivos foi realizado no SMI, num Hospital Central do Funchal, serviço onde realizei o ensino clínico descrito anteriormente. O mesmo contemplou 108 horas, correspondente a 4,5

ECTS. Assim, de acordo com o plano de estado do mestrado concluiu com 9,5 ECTS em UCIP.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no módulo II – Opção Clínica, o estágio de opção foi concretizado numa Unidade de Cuidados Intensivos especializada, mais especificamente na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos num Hospital Central da Cidade do Porto. Este ensino clínico teve a duração de 486 horas correspondente a 18ECTS.

Esta Unidade de Cuidados Intensivos é considerada como Unidade de Cuidados de nível III, segundo a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e ainda pelo Regulamento n.º 743/2019 citado anteriormente.

A admissão dos clientes nesta unidade poderá ser proveniente de outros serviços do Hospital, nomeadamente da Unidade de Cuidados Intensivos da Urgência devido ao agravamento do *status* neurológico, com necessidade de avaliação pela equipa de neurointensivismo e com indicação para neuromonitorização contínua para estabilização hemodinâmica. Para além destas admissões, os clientes podem ser transferidos de outros hospitais da periferia para este hospital central, para observação clínica da equipa multidisciplinar diferenciada. Estes clientes internados na UCIP podem realizar transporte intra-hospitalar para a realização de exames, com TAC, RM em caráter de urgência. A alta para outros serviços do Hospital, ocorre, predominantemente, para o serviço de neurocirurgia ou para outro Hospital da sua área de residência.

A UCI Neurocríticos com capacidade de 16 camas de internamento, divididas em duas alas: a ala A com 10 camas para níveis de cuidados de nível III; a ala B com seis camas, para clientes com estabilidade hemodinâmica com necessidade de uma vigilância contínua, mas sem necessidade de neuromonitorização diferenciada. A ala A é um espaço aberto em forma de quadrado equipado com biombo garantindo a privacidade dos clientes, ao qual pela sua estrutura arquitetónica, é possível a visualização constante dos clientes, com o intuito de facilitar a deteção de alterações do *status*. Neste espaço, três das 10 camas são salas de isolamento. Na ala B, o espaço de cada unidade/cama encontra-se separado por divisórias laterais transparentes.

Nesta Unidade de Cuidados Intensivos são admitidos maioritariamente pessoas com TCE grave, hemorragia cerebral e lesões ocupantes de espaço (submetidas a intervenção cirúrgica).

Em cada unidade/cama encontra-se instalado um braço suspenso, que facilita a abordagem de 360° ao cliente. Este recurso na unidade do cliente contém gavetas para o armazenamento dos consumíveis clínicos de uso frequente. Ainda nas unidades da ala A existe um computador com um *software* importado da Universidade de Cambridge, que permite a monitorização contínua da autorregulação cerebral à cabeceira do cliente, tendo por base todos as monitorizações invasivas e não invasivas, permitindo um tratamento especializado na área do neurointensivismo.

Um dos fatores a destacar é a localização desta unidade, no mesmo piso que o internamento de neurocirurgia e do Bloco Operatório de Neurocirurgia, facilitando o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação neurocrítica, entre estes serviços. Para além do mencionado, é importante salientar a existência de iluminação natural, que é um dos aspetos fundamentais na recuperação do cliente, na diminuição do *delirium*, e ainda na promoção do padrão de sono-vigília, em concordância com Vieira et al. (2020).

Neste ensino clínico tive contacto com outro sistema de informatização das intervenções de enfermagem o *B-Simple*. Neste sistema, existe um plano de trabalho do enfermeiro, baseado nos focos e nos diagnósticos de enfermagem planeados para cada cliente, delineando intervenções de enfermagem adequadas, que são validadas de forma rápida e intuitiva, sem necessidade de realização de notas de enfermagem, apenas em situações de excecionais.

2.2.Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os percursos de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos diferentes contextos clínicos, foram centrados nos seus quatro domínios, especificamente “da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p.4744).

De acordo com o Regulamento nº140/2019, as competências comuns são

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745)

Neste âmbito, de seguida através das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de ensino clínico, realizei uma análise crítico-reflexiva do percurso pessoal e formativo para a aquisição das competências comuns do EEEMC.

2.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Atendendo ao preâmbulo do Decreto-Lei n.º 104/1998 que criou a Ordem dos Enfermeiros, “(...) os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.” (p.1739).

Na perspetiva de Thompson (2004), “Tornar-se enfermeiro não é apenas uma questão de aquisição de conhecimentos, de aprendizagem, de capacidades ou de formas de comportamento a adotar em contextos específicos. Trata-se também, de uma questão de assimilação de atitudes e de valores da profissão.” (p.32).

Dada a responsabilidade inerente à profissão de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2015) evidencia a importância da criação de mecanismos reguladores e de controlo do exercício profissional, que conduziram à criação da Ordem dos Enfermeiros e à adoção de um Código Deontológico, de forma que os enfermeiros pautem a sua conduta profissional, visando a qualidade dos cuidados.

No entanto, para além dos deveres, a Ordem dos Enfermeiros (2015) destaca ainda que são incluídos também os direitos que se baseiam, na dignidade pessoal do enfermeiro, e também na excelência do exercício profissional, garantindo o direito dos clientes pela qualidade dos cuidados.

Ao longo das práticas clínicas, tive por base o Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), constatando sempre a responsabilidade profissional, através do cumprimento dos meus deveres profissionais. Os deveres deontológicos encontram-se descritos na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o Código Deontológico, em que o profissional de enfermagem assume o dever,

- a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega;
- c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; (p.6)

Em concordância com o Decreto-Lei n.º 161/96, REPE, os enfermeiros no seu exercício profissional “ (...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (p.4).

A postura ética compreende uma reflexão baseada em valores e em princípios, que formam o caráter individual, definindo o modo de ser, envolvendo consciência, conhecimento, conceção, liberdade e responsabilidade (Carvalho et al., 2017). A

Enfermagem é uma profissão com pressupostos ético-morais de natureza complexa, em que para Queirós (2001) tem vindo a sofrer mudanças de estrutura e finalidade da profissão, ressaltando assim a responsabilidade ética do Enfermeiro para assumir a defesa e proteção dos direitos dos clientes.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico, nomeadamente a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, não basta a qualidade científica ou técnica, sendo exigido do Enfermeiro a qualidade do cuidado, priorizando o respeito pelo outro e o olhar com gentileza e dignidade.

A dimensão ética apresenta grande relevância na Enfermagem, sendo ressaltada no Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. De acordo com o regulamento anteriormente mencionado, é importante que o Enfermeiro Especialista demonstre uma conduta ética, através “(...) um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p.4746).

Deste modo, Dantas et al. (2018) acrescentam que a profissão de Enfermagem transcende a aprendizagem teórico-prática, carecendo do investimento na relação terapêutica entre Enfermeiro e a pessoa/família, baseada no respeito pela dignidade e nos seus direitos fundamentais. Os autores relembram ainda que os enfermeiros são pessoas que cuidam de pessoas, transpondo muitas vezes os seus valores pessoais para a relação estabelecida, afetando o dever de garantir o respeito pelos direitos do utente.

Nesta linha de pensamento, na prestação e cuidados à pessoa/família é elementar garantir o princípio da privacidade confidencialidade, da igualdade e da não discriminação, que constam no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, e ainda são mencionados na Carta dos Direitos fundamentais da União Europeia.

Atendendo a importância de serem respeitados os direitos da pessoa alvo de cuidados na prestação dos cuidados de Enfermagem, foi fundamental a consulta da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes publicada pela Direção-Geral da Saúde (2009) para os profissionais de saúde, ao qual de um modo geral, este documento agrupa os direitos dos doentes consagrados em diversos documentos oficiais e legislados conforme mencionados anteriormente.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tive a dificuldade em proporcionar o direito da dignidade humana, nomeadamente a privacidade e intimidade da pessoa, pela dinâmica e sobrelotação do SUP. No entanto, procurei sempre cumprir com os direitos dos doentes, encontrando estratégias que permitissem a prestação segura de cuidados. Assim implementei estratégias para garantir a dignidade humana, nomeadamente com o recurso a dispositivos que garantissem privacidade, como biombos e ainda na adaptação da comunicação com a pessoa/família, utilizando um tom de voz adequado para a transmissão de informação sobre o seu estado clínico.

Em ambas a unidade de cuidados intensivos, pelas suas condições físicas, foi possível garantir o respeito pela dignidade humana. De destacar que as passagens de turno são realizadas num espaço com maior privacidade sempre à cabeira do cliente, e também existem biombos em locais estratégicos para a necessidade de prestação de cuidados.

Para além do referido anteriormente, é de salientar o papel dos Enfermeiros referente à confidencialidade de informação clínica, assente no artigo 106º da Lei n.º 156/2015, em que o enfermeiro deve apenas “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico”. Pelo que as informações transmitidas devem ser assentes em empatia, confidencialidade e privacidade.

Nesta linha de pensamento é importante enfatizar o consentimento livre e esclarecimento, está presente na Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, pelo que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado, pela pessoa em causa, o seu consentimento livre e esclarecido.” (p.27), assegurando o direito da autodeterminação, e assim torna os clientes ativos no processo de cuidados. Ainda neste documento legal é destacado as situações de emergência ou incapacidade, em que este poderá ser exercido pelo representante legal, ou não precisa de ser obtida sendo que se trata de uma intervenção medicamente indispensável.

Em concordância com a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, surge a Norma n.º 015/2013 do Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação, em que garante o respeito pelo direito da autonomia do cliente.

Nos diferentes ensinamentos clínicos, verifiquei a importância na transmissão de informação adequada e apropriada, ao contexto de prestação de cuidados, sendo notória a adequação da linguagem às características do cliente/família. Para além da preocupação

com a transmissão de informação, destaco o interesse dos profissionais de saúde pelo consentimento informado.

No Ensino Clínico I e II, surgiram diversas situações em que o consentimento foi presumido, atendendo às situações de caráter emergente, em que é necessária a implementação de terapias invasivas para benefício do cliente.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, tive oportunidade de presenciar uma situação de obstinação terapêutica, por este motivo refleti se seria compatível com os critérios de morte cerebral e, conseqüentemente, para a doação de órgãos, conduzindo a uma análise crítico-reflexiva sobre a situação vivenciada. De forma geral, o fator complexo na abordagem à pessoa foi a consideração pela dignidade da mesma, garantindo uma prestação de cuidados de conforto, tendo em conta o prognóstico reservado, em detrimento da obstinação terapêutica.

A Obstinação terapêutica trata-se de um dilema ético muito comum nas Unidades de Cuidados Intensivos, onde há possibilidade de prolongar o processo de vida do cliente (Carneiro et al., 2018). Os autores acrescentam que é promovido o adiamento da morte com recurso a intervenções invasivas e agressivas para os clientes e para os próprios familiares envolvidos no processo, ao invés de serem promovidas medidas de conforto com intuito de promover a dignidade humana no processo de morte. Esta situação foi uma das temáticas, em que realizei uma reflexão crítica segundo o ciclo de *Gibbs* no ensino clínico de Opção Clínica.

Atendendo a situação vivenciada na prática clínica, tive oportunidade de consultar o protocolo dos serviços, e ainda os critérios de morte cerebral descritos no Despacho n.º 713/94. Neste Despacho, é definida morte cerebral quando ocorre a cessação das funções do tronco cerebral e sua irreversibilidade. Atendendo à complexidade legal e ética associada a estas situações, estes critérios garantem a precisão clínica, conformidade legal e respeito pelas decisões éticas.

Neste âmbito é fundamental a abordagem do testamento vital, como diretiva antecipada da vontade, presente na Lei n.º 25/2012. Este assume um papel crucial para a prestação de cuidados nas práticas clínicas, sendo que expressa as vontades da pessoa em relação a tratamentos médicos futuros, caso não detenha capacidades de decisão. Assim, garante que o cuidado prestado respeite as vontades do cliente, promova a dignidade no fim de vida e ainda, minimiza os conflitos e dilemas éticos.

Ao longo deste processo formativo, nos ensinamentos clínicos foi possível realçar na *praxis* clínica o bem-estar da pessoa, assente em princípios éticos fundamentais,

nomeadamente o princípio da autonomia, justiça, equidade, beneficência e não maleficência. Do mesmo modo, foi implícito na execução dos cuidados a preservação dos direitos dos doentes e dos deveres do enfermeiro para uma prestação segura de cuidados.

Em suma, todas as situações éticas nos diferentes contextos de prática clínica careceram de uma análise reflexiva sustentada nos princípios éticos e deontológicos da profissão, que permitiram o aperfeiçoamento da responsabilidade profissional, perante dilemas éticos. Assim adquirir a competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo as melhores práticas e as preferências dos clientes.

2.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade nos cuidados de saúde, é descrita no Despacho n.º 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020,

como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde (p.13551).

As estratégias de qualidade são uma ponte que potencia o sistema de saúde a acelerar a consecução dos objetivos e prioridades da saúde, com recurso a princípios de gestão da qualidade que incorporam o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade (World Health Organization, 2020a). A política para a qualidade passa, ainda, pela instauração de uma cultura organizacional de estímulo à inovação e ao envolvimento, através da participação dos profissionais na definição e na revisão dos processos de gestão, com vista à interiorização de uma cultura de qualidade transversal a todos os projetos, em que a avaliação seja encarada como elemento natural da atividade da instituição (World Health Organization, 2020a).

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel importante na obtenção da qualidade dos serviços de saúde ao qual deve transparecer nas suas ações o atendimento integral às necessidades humanas. Sob essa ótica, Gabriel et al. (2010) mencionam que a melhoria contínua da qualidade na assistência de enfermagem deve ser considerada um processo dinâmico de identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipa de enfermagem, permitindo a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados.

No Regulamento n.º 361/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, é de salientar as sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação

funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. É reconhecido ainda que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. Poderá ainda ser considerado no regulamento, a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gestão do risco.

A qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação constante do Sistema Nacional de Saúde, garantindo segurança ao cliente. Por este motivo, existem instrumentos que permitem assegurar a qualidade dos serviços prestados, quer para avaliação e monitorização do desempenho das unidades prestadoras de cuidados, ou ainda pela disponibilização de normas e orientações clínicas.

A política de qualidade em saúde tem evoluído, com a introdução de melhorias de qualidade consistentes, implementando estratégias na área da Qualidade focadas no desempenho profissional e na autoavaliação, e outras focadas na avaliação externa da prestação de cuidados (World Health Organization, 2020a).

A avaliação externa, nomeadamente a acreditação, poderá consistir tanto numa autoavaliação como numa revisão externa do desempenho em função dos padrões existentes, e é, muitas vezes, um primeiro passo dos esforços nacionais para melhorar a qualidade (World Health Organization, 2020a). O Programa Nacional de Acreditação em Saúde, foi criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, que aprovou o Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) como modelo de certificação para as Instituições do Sistema Nacional de Saúde (Sistema Nacional de Saúde, 2019). Este modelo nacional de acreditação é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete não só o momento atual de qualidade, mas também o potencial de progressão.

Ao longo do mestrado e nos diferentes ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de compreender os processos de qualidade. Assim, constatei que o SMI do Hospital Central da RAM é um serviço acreditado, reconhecido internamente e externamente como um serviço de referência atendendo à sua tecnologia, estrutura física e organizacional, aliada à competência das equipas de profissionais de saúde, da qualidade dos serviços prestados e dos resultados obtidos.

Em consonância com os dados apresentados pela Direção Geral de Saúde (2023a) das Unidades de Saúde Certificadas até 31/10/2023, o SMI foi acreditado a 17/08/2023 no nível Bom (48,50%), e com validade até ao ano de 2028. Atendendo aos dados apresentados, poderemos inferir que é um serviço reconhecido pelo seu nível de prestação de cuidados norteado pelo objetivo da melhoria contínua da qualidade e consequentemente um contexto que potencia as condições de exercício e desenvolvimento profissional.

Neste âmbito, constatei que, quer o SUP do Hospital Central da RAM, quer a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos onde realizei estágio, não são serviços acreditados. No entanto, pude verificar, durante o Ensino clínico I, que o SUP é um serviço onde a equipa multidisciplinar reúne esforços para a prestação de cuidados à pessoa/família com nível de excelência. São realizadas auditorias internas ao Sistema de Triagem adotado e ainda ao programa STOP Infecção Hospitalar, integrado no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o que garante a preocupação com a melhoria contínua dos cuidados. Por outro lado, a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, onde realizei o estágio de opção, apesar de não ser um serviço acreditado pelas entidades recomendadas, é um serviço de referência, com uma equipa multidisciplinar preocupada com a qualidade de cuidados prestados, e também com auditorias internas dirigidas ao programa STOP Infecção Hospitalar. Nestes serviços notou-se o esforço dos profissionais de saúde para garantirem a qualidade dos seus cuidados, no sentido de se tornarem unidades reconhecidas e acreditadas por entidades reguladoras da qualidade.

Neste âmbito da melhoria contínua da qualidade, realço o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, que elucida para a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e ainda destaca a obrigação das instituições, bem como dos profissionais de saúde em garantir que os cuidados prestados sejam assentes nos critérios de qualidade.

O PNSD 2021-2026 uniformiza ações, otimiza recursos e potencia ganhos em saúde, com especial enfoque na segurança do doente, assente em 5 pilares: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (Direção Geral de Saúde, 2022).

Em ambos os Hospitais onde realizei as práticas clínica, tanto no Hospital Central da RAM como no Hospital Central da Cidade do Porto, há uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, que garante o acompanhamento e monitorização dos níveis de qualidade global e segurança na prestação de cuidados, e ainda promove ações que culminam

com a melhoria da qualidade, de acordo com o objetivo estratégico de consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local, do Plano de Segurança dos Doentes 2021-2016.

Atendendo ao referido anteriormente, um dos pilares enunciados é a comunicação, com destaque nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, é recomendado a aplicação da técnica ISBAR (Direção Geral de Saúde, 2022).

Nas três unidades de cuidados à pessoa em situação crítica, onde estagiei, destaco a utilização desta técnica de comunicação entre profissionais de saúde para melhorar a clareza e a eficácia na troca de informações entre os membros da equipa.

Dadas as falhas de comunicação serem prováveis na prática de cuidados de Enfermagem, foi fundamental a criação de estratégias para a minimização das mesmas, pelo que tive em consideração a Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2017). A técnica ISBAR, com vista à garantia da segurança do cliente, ajuda a estruturar a comunicação, especialmente em situações críticas, garantindo que todos os aspetos relevantes sejam abordados de forma clara e concisa e que é representada em 5 etapas: Identificação (I), que corresponde à identificação dos intervenientes, incluindo o profissional e o cliente; Situação Atual (S), é a descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes (A), assenta na descrição dos factos clínicos de enfermagem e outros relevantes; Avaliação (A), corresponde às informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias instituídas e ainda as alterações de estado significativas; Recomendações (R), é a descrição de atitudes e planos terapêuticos adequados à situação clínica do doente (Direção Geral de Saúde, 2017).

Nesta linha de pensamento, outro dos fatores para a qualidade dos cuidados é a notificação de incidentes de segurança do cliente, com o intuito de promover a aprendizagem tendo em conta o erro, e ainda permitir a implementação de ações de melhoria. Os profissionais de saúde têm o dever e a responsabilidade de identificar as áreas de risco, e assim implementar as ações para uma prática segura, atuando em conformidade com a evidência científica disponível e atualizada nem ambiente complexo.

Durante as práticas clínicas, verifiquei que a Comissão de Risco Global é responsável pela gestão do risco clínico e não clínico, tendo por base o sistema do NOTIFICA, assente nos objetivos estratégicos do Plano de Segurança do Doente de 2021-2026.

No sistema NOTIFCA, de acordo com a norma n.º 017/2022 da Direção Geral de Saúde (2022), as notificações de incidentes são voluntárias e poderão ser feita tanto pelos cidadãos como pelo profissional de saúde, sendo caracterizados da seguinte forma: acidentes do cliente (quedas, úlceras por pressão, outros); comportamento (tanto da parte dos profissionais da instituição de saúde, como do cliente); dieta/alimentação; dispositivos/equipamento médico; documentação (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, outros); infeção associada aos cuidados de saúde; infraestrutura/edifício/instalações; medicação/fluídos intravenosos (medicamentos LASA, dose, preparação, outros); oxigénio; procedimento clínico; processo administrativo; recursos/gestão organizacional; sangue/hemoderivados.

De salientar que nos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos, constatei que os profissionais de saúde estão conscientes para a notificação de incidentes, segundo o PNSD 2021-2026, com análise das causas dos incidentes, permitindo a melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Na prestação de cuidados diretos, procurei atenuar os riscos de incidentes, proporcionando um ambiente seguro, com a implementação das escalas apropriadas para a prevenção de quedas (Escala de Morse) ou de úlceras por pressão (Escala de Braden), a identificação inequívoca do cliente, e ainda a segurança na administração de medicação.

Relativamente à segurança a administração de terapêutica, recomendadas pelo Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026, é de salientar que esta ação é uma das responsabilidades do Enfermeiro, desde a validação até à administração segura. Na prestação de cuidados de Enfermagem, adotei estratégias para minimização do erro, através da validação do medicamento certo à pessoa certa pela confirmação da prescrição e identificação; administrar à hora certa, dose certa e via certa, e ainda promovendo o conhecimento sobre a farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento.

Uma das responsabilidades dos enfermeiros é a preparação e administração de medicação complexa, tratando-se de intervenções de elevado risco, atendendo à vulnerabilidade da pessoa em situação crítica à exposição de incidentes relacionados com a medicação (Correia e Martins, 2022). Neste sentido, os autores referem que é primordial a atuação do enfermeiro nesta área de intervenção, sobretudo na identificação, desenvolvimento e implementação de medidas que contribuam para a segurança na administração de terapêutica.

A minha prática clínica foi norteada pela Norma n.º 008/2023 dos Medicamentos de Alta Vigilância, emanada pela Direção Geral de Saúde (2023b), em concordância com

Correia e Martins (2022). Nesta norma, os medicamentos de alta vigilância incluem: medicamentos potencialmente perigosos; os *medicamentos Look-Alike, Sound-Alike* (LASA); bem como os medicamentos com a mesma denominação comum internacional da substância ativa, mas com diferentes dosagens.

No âmbito da segurança da administração terapêutica, é fundamental destacar os medicamentos LASA, sendo medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante (*Look-Alike*) ou com nome foneticamente semelhante (*Sound-Alike*), que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos, de acordo com a Direção Geral de Saúde (2023b).

Outra das áreas de destaque para a melhoria contínua da qualidade é a redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a resistência aos antimicrobianos, sendo controladas pelo Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos (GCPPCIRA), no âmbito do Projeto STOP Infecção. Nos ensinamentos clínicos foi possível observar a realização de auditorias internas, relativamente a este item importante para a prestação de cuidados seguros, sendo em ambos os hospitais gerenciados os dados para avaliar a eficácia das medidas protocolizadas pelo projeto.

Ainda sobre a qualidade de cuidados prestados no Ensino Clínico II e no SMI, identifiquei a existência de diversos indicadores, de risco clínico e de risco não clínico. Nos indicadores de risco clínico, são contemplados: o sistema de gestão da qualidade; a monitorização da dor; a monitorização do delírio; a monitorização a notificações de ocorrências clínicas adversas; a prevenção e controlo das IACS; a instituição no serviço o Projeto do *STOP* Infecção; monitorizações da atividade da EEMI; monitorização das quedas; e ainda, a monitorização das Úlceras Por Pressão (UPP). Os indicadores de risco não clínico, nomeadamente, classificação através do instrumento do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), e também a auditoria dos planos de cuidados.

Assim constato que no SMI, os Enfermeiros estão despidos para o cumprimento de instrumentos, estratégias e protocolos que influenciam os indicadores. Esta exigência pela existência dos indicadores de risco é enunciada pela *Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias* (2017), mencionando que os indicadores permitem a melhoria dos cuidados, tendo por base os resultados dos mesmos, ocorrendo um planeamento e implementação de intervenções para atender as necessidades do cliente, melhorando a assistência e diminuir os custos.

Relativamente aos protocolos, é fundamental a existência dos mesmos para uniformização dos cuidados prestados. Em consonância com Vieira et al. (2020), os protocolos asseguram a tomada de decisão numa situação específica, permitindo maior segurança na atuação, com redução da variabilidade de ações, contribuindo assim para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Os mesmos têm a função de alicerce para as condutas profissionais, baseados em fundamentação científica rigorosa, de forma a garantir credibilidade e legitimidade (Vieira et al., 2020). Nos diferentes contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, verifiquei a existências de protocolos atualizados, segundo a evidência científica recente, disponíveis para consulta.

Neste âmbito saliento o protocolo de transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, um dos protocolos muito aplicado nas unidades de cuidados intensivos (SMI e UCI Neurocríticos). A realização dos protocolos referidos anteriormente surgiram essencialmente para a realização de exames imagiológicos ou para a transferência para outro serviço, nomeadamente para Bloco Operatório, Hemodinâmica ou Câmara Hiperbárica.

De acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), o período de transporte pode originar grandes instabilidades que agravam o estado clínico do cliente e potenciar a ocorrência de eventos adversos. Por estes motivos, é crucial a existência da decisão e planeamento, com o intuito de efetivar o mesmo de forma segura, minimizando os riscos para os clientes. Em consonância com o Parecer n.º 9/2017 da Ordem dos Enfermeiros, o planeamento do transporte da pessoa em situação crítica acarreta benefícios para o cliente.

Durante o planeamento do transporte intra-hospitalar é importante o preenchimento de um formulário avaliando diversos parâmetros (Via área artificial, frequência respiratória, suporte ventilatórios, acessos venosos, avaliação hemodinâmica, monitorização do ECG, risco de arritmias, pacemaker, estado de consciência, suporte técnico e farmacológico) com atribuição de pontos (Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). A pontuação determinada irá delinear os recursos humanos necessários para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, atendendo ao nível de gravidade do cliente, segundo o autor mencionado anteriormente. Assim, se a pontuação for entre três e seis, o transporte têm de ser realizado pelo Enfermeiro, com necessidade de monitorização de saturação de oxigénio, de ECG, de pressão arterial não invasiva e de frequência, e ainda ter presente o insuflador manual, a máscara e o tubo de guedel. Relativamente aos transportes com pontuação superior a sete ou inferior a 7 com um item com pontuação 2, o mesmo exige o acompanhamento da pessoa em situação crítica pelo médico e enfermeiro, com

monitorização de saturação de oxigénio, de ECG, de pressão arterial invasiva e de frequência, e ainda com necessidade de determinado material clínico, nomeadamente o monitor de sinais vitais, o ventilador de transporte e ainda material para via área avançada (Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

No Ensino Clínico II, tive a oportunidade de presenciar e colaborar num transporte intra-hospitalar, caracterizado num nível II, que no decorrer do mesmo, ocorreu uma descompensação da situação clínica da pessoa. Este acontecimento ajudou-me a compreender a importância do planeamento adequado do mesmo, garantindo os equipamentos e a terapêutica necessária para assegurar um transporte seguro. Um dos aspetos a salientar foi a intervenção da equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros especialistas são considerados profissionais com competências científicas, técnicas e humanas, para nortear a sua prática nos padrões de qualidade de cuidado, privilegiando a segurança dos clientes. Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e a promoção da saúde, é de extrema importância a implementação de intervenções para adaptação constante dos enfermeiros, nos diferentes contextos clínicos, para a segurança do cuidado. Desta forma, ao longo das práticas clínicas, prestei cuidados de enfermagem assentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, segundo o Regulamento n.º 361/2015.

Após esta reflexão sobre o domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, concluo que colaborei nos diferentes locais de estágio referente aos projetos de qualidade dos cuidados, pela prestação de cuidados com vista a satisfação cliente e da família, proporcionando um ambiente seguro de cuidados.

2.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

De acordo com Regulamento n.º 76/2018, as “funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p.3478). Em consonância com o Regulamento, é fundamental que os enfermeiros gestores proporcionem: ambientes de prática clínica favorável para a prestação de cuidados seguros e de qualidade; recursos humanos e materiais adequados; formações nos serviços.

Para além do Enfermeiro Gestor, é de salientar a importância do Enfermeiro Especialista na gestão dos cuidados de Enfermagem, pelo que o Regulamento n.º 140/2019 enuncia que este profissional “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”

(p.4748) como também “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, analisei o método de trabalho das equipas, a distribuição dos seus elementos pelos postos de trabalho, as dotações seguras segundo as recomendações, o cumprimento dos pilares do Plano Nacional de Segurança dos Doentes, e ainda a gestão dos recursos materiais e equipamentos.

No Ensino Clínico I, foi possível identificar que o método de trabalho adotado é o método individual devido a dinâmica do SUP, assim os enfermeiros ficam alocados numa determinada área com um número de clientes estipulados. A distribuição dos enfermeiros em cada turno fica à responsabilidade do enfermeiro chefe do turno, sendo a mesma da seguinte forma: dois enfermeiros na sala de triagem; dois enfermeiros na sala de tratamentos; dois na sala aberta; dois na sala de recuperação; um enfermeiro na sala de cirurgia; um enfermeiro na área psiquiátrica; quatro enfermeiros na área de SO e um enfermeiro na área de isolamento. Relativamente a Sala de Emergência, ficavam destacados três elementos mais diferenciados que prestavam cuidados em outras áreas do SU.

Na metodologia individual do SUP, o enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados de um determinado número de clientes, apresentando as seguintes vantagens para os ganhos em saúde: prestação de cuidados humanizados, individualizados e personalizados, com implicação na satisfação das suas necessidades e favorece a relação enfermeiro-cliente (Parreira et al., 2021). Para os profissionais de saúde esta metodologia capacita a tomada de decisões baseado no ser biopsicossocial, garante uma continuidade de cuidados com redução de eventos adversos, e ainda permite ao enfermeiro o desenvolvimento de competências e uma prática baseada na evidência.

Relativamente às práticas clínicas nas unidades de cuidados intensivos, um dos pontos facilitadores na organização dos cuidados de Enfermagem é a metodologia de trabalho utilizada, nomeadamente o método de enfermeiro responsável. Esta metodologia de trabalho é caracterizada pela atribuição de uma pessoa a um enfermeiro, em que o profissional assume a responsabilidade, desde o momento de admissão até ao momento da alta do serviço, pelo plano de cuidados e a sua atualização atendendo a evolução da pessoa em situação crítica (Parreira et al., 2021).

Esta metodologia de trabalho referida anteriormente, garante uma continuidade de cuidados, atualização constante e individualização dos planos de cuidados consoante a evolução clínica da pessoa em situação crítica, valorizando as intervenções autónomas do Enfermeiro (Parreira et al., 2021). Para o profissional de saúde, esta metodologia promove a

relação terapêutica entre enfermeiro-cliente, maximiza a identificação das necessidades pela avaliação e o planeamento de intervenção ajustadas, permitindo identificar os ganhos em saúde resultantes das intervenções planeadas pelo Enfermeiro (Parreira et al., 2021).

Quando mencionamos o domínio da gestão de cuidados, é imprescindível abordar os recursos humanos, contrastando com o recomendado pelo Regulamento nº743/2019 do Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prática clínica.

Relativamente aos recursos humanos do SUP, a equipa de enfermagem era constituída por 111 Enfermeiros, dos quais 19 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica correspondente a 11,7%, um especialista em Enfermagem de Reabilitação, 13 especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e três especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Tendo por base o referido anteriormente, uma das vulnerabilidades deste serviço é a percentagem de EEEMC, atendendo ao sugerido para um serviço de urgência polivalente. O Regulamento nº 743/2019 do Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem ressalta que a equipa de enfermagem deve ser constituída por 50% de enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas nos SUP.

O Regulamento mencionado anteriormente, recomenda ainda que o posto de triagem num SUP deverá ser assegurado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. O enfermeiro EEEMC representa uma mais-valia na área de triagem, pela sua precisão na tomada de decisão. Atendendo à grande afluência observada neste serviço, motivado tanto por situações de risco de vida como por problemas *minor*, torna-se imprescindível a categorização das situações por prioridades, atendendo primeiramente as pessoas que precisam de intervenção no imediato.

No entanto, no SUP em que tive oportunidade de estagiar, os EEEMC ficam alocados às áreas com necessidade de vigilância permanente às pessoas em situação crítica, nomeadamente na Sala de Recuperação e no SO, e raramente ficam destacados para área de Triagem. Apenas assumem as áreas de triagem os enfermeiros com formação específica no Sistema de Triagem de Manchester, assegurando a eficiência no atendimento, redução do tempo de espera e, entre outras vantagens, padroniza o processo reduzindo a variabilidade na tomada de decisões.

É notório que na triagem do SUP ao qual tive a oportunidade de desempenhar o Ensino Clínico I, é efetuada uma observação e recolha de dados para uma identificação do

nível de prioridade, segundo as normas da Triage de *Manchester*. Esta triagem, de acordo com Marques e Lino (2021) baseia-se na capacidade de pensamento crítico do Enfermeiros, como também no raciocínio clínico, no reconhecimento de padrões, e ainda na elaboração de hipóteses. Desta forma, é fundamental a identificação do problema tendo por base a queixa inicial, motivo de ida ao SU, e ainda a colheita de dados. Os fatores da experiência profissional e clínica da equipa de enfermagem apontados anteriormente, estão em concordância com Costa et al. (2022), de forma a ser positivo a utilização de um sistema uniforme para a triagem dos clientes.

A Triage de *Manchester*, segundo o Grupo Português de Triage (2021), é um método que fornece uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, contendo 50 fluxogramas. O autor anteriormente mencionado acrescenta que o nível de prioridade é definido nas seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Em que cada uma delas traduz uma classificação do nível de urgência e dos tempos médios de espera: emergente (atendimento imediato), muito urgente (até 10 minutos), urgente (até 60 minutos), pouco urgente (até 120 minutos), não urgente (até 240 minutos) e tem indicação para um atendimento programado.

Para além do que já fora referido anteriormente, foi possível constatar que na constituição da equipa de enfermagem do SUP, há sempre a possibilidade de um ou dois dos elementos destacados para a SE serem EEEMC na área da pessoa em situação crítica, tal como é recomendado no Regulamento n.º 743/2019, referente à Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, no Serviço de Urgência.

A SE, é uma área de trabalho que requer uma prática especializada, exigindo ao enfermeiro a detenção de conhecimentos e habilidades essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com a capacidade de operacionalização dos protocolos complexos de atuação e simultaneamente de trabalhar em equipa, gestão do tempo e dos recursos humanos e matérias disponíveis, sendo estes fatores que contribuem para a excelência dos cuidados. Por estes motivos, é fulcral que o EEEMC seja destacado para esta área, por ser um profissional de saúde com um julgamento clínico aprimorado, bem como detentor de uma tomada de decisão adequada nos diferentes domínios da sua área de especialidade. Para a prestação de cuidados nesta sala, estão sempre destacados três elementos, sendo denominados Elemento A, Elemento B e o Elemento C. O elemento A é designado por *team lider*, sendo sempre um EEEMC. Este coordena a atuação na ativação da SE. O elemento B, por sua vez, tem como função a cateterização e otimização

dos acessos venosas e colheita de sangue ou espécimes. Por fim, o elemento C colabora com os outros dois elementos, sendo responsável pela preparação e administração da terapêutica.

A importância da dinâmica das equipas de sala de emergências perante a pessoa em situação crítica com a atribuição das tarefas e das funções dos elementos, de forma haver organização e metodologia concreta na abordagem, onde o responsável de equipa pode reajustar as funções de cada elemento atendendo à mesma (Caldeira, 2021).

No âmbito dos recursos humanos, posso aferir que a equipa do SMI, onde realizei o Ensino Clínico II, é constituída por: 69 Enfermeiros, dos quais 28 (41%) são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seis são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um especialista em Enfermagem de Saúde Mental, e um Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Corroborando com Regulamento n.º 743/2019 da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a constituição das equipas das UCI deverão conter “50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas” (p.145). Atendendo ao mencionado, é de salientar que embora já em valores aproximados, a percentagem de EEEMC ainda se encontra abaixo do que é preconizado. Todavia, é notória a motivação da equipa em enveredar por esta área de especialização, encontrando-se três enfermeiros em formação.

No decorrer da minha prática clínica, foi possível constatar que um dos pontos dificultadores da gestão dos cuidados é as situações de ocupação da capacidade máxima, o rácio de enfermeiro-cliente é alterado, ficando um enfermeiro responsável com dois clientes.

O Regulamento para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2019) salienta que a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos essenciais para atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde para a população alvo e para as instituições. Por outro lado, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por cliente e por dia ou a tempos médios utilizados por determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura do serviço, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação.

Para além do mencionado anteriormente, destaco ainda a constituição da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar. A equipa é constituída por dois elementos, um médico intensivista e um EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Em

concordância com Despacho n.º 9639/2018, a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar deve ser composta

(...) por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. Estas equipas respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação. (...) os atrasos na resposta prestada pela equipa de emergência intra-hospitalar encontram -se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas. (...) Em Portugal, apesar de existirem normas relativamente à organização e implementação de EEMI nos hospitais, não se encontra definido um número específico para ativação das mesmas, deixando -se esse aspeto à decisão de cada hospital (p.27533)

A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, a nível de recursos humanos é constituída por 67 Enfermeiros, dos quais: 12 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (17%); oito com especialidade em Enfermagem de Reabilitação; um especialista em Enfermagem de Saúde Mental; um com especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Corroborando o referido anteriormente com Regulamento n.º 743/2019 da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, este ainda constitui um ponto a melhorar, uma vez que a percentagem de EEEMC é inferior aos 50%, como recomendado. De salientar ainda, o rácio de dois clientes para um enfermeiro, atendendo ao número de elementos nas equipas de Enfermagem, corresponde a um ponto dificultador.

Nesta linha de pensamento, Bernardino (2020) salienta a importância das dotações seguras e do rácio enfermeiro/cliente, afirmando ser fundamental a quantificação da carga de trabalho do enfermeiro, uma vez que dotações inadequadas resultam em *outcomes* negativos e consequentemente baixos ganhos em saúde. O mesmo autor esclarece que a carga de trabalho identifica o trabalho que um Enfermeiro desenvolve por turno/dia, e ainda traduz a relação enfermeiro/cliente. Ao longo do mestrado, foi possível constatar que nas unidades de cuidados intensivos, onde realizei as práticas clínicas são utilizados instrumentos distintos.

No serviço do Ensino Clínico II, a avaliação da carga de trabalho é calculada pelo instrumento da *Nursing Activities Score* (NAS), em que a média do número de horas de carga de trabalho é de aproximadamente 59,6 horas. Este instrumento, de acordo com Bernardino (2020), permite uma avaliação em tempo real da duração das atividades de Enfermagem, baseado em 23 itens (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas).

No Ensino Clínico referente a Opção Clínica, na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos constatei que a avaliação da carga de trabalho é calculada pelo instrumento TISS-28, realizado no turno da noite, em que reflete o trabalho das 24 horas prévias. No entanto, a evidência científica realça que este instrumento de classificação não é o mais apropriado, dado que, em concordância Bernardino (2020), as atividades relacionadas com os cuidados indiretos não são contempladas. O mesmo autor acrescenta que este instrumento salienta as atividades relacionadas com as intervenções terapêuticas.

Pela utilização do TISS-28, na Unidade de Cuidados Intensivos mencionada anteriormente, a distribuição dos clientes não é apenas baseada neste instrumento, e é readaptada pela Enfermeira Gestora, que considera as necessidades de cuidados dos clientes, como também as competências técnicas e relacionais de cada profissional.

Deste modo, e em retrospectiva, atendendo à especificidade da pessoa em situação crítica, é fundamental a gestão dos cuidados de Enfermagem, em que o EEEMC é diferenciado da restante equipa de enfermagem pela capacidade de adequação dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros. Pelas atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de desenvolver as competências no domínio da gestão dos cuidados.

2.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo o Regulamento n.º 140/2019, detém a capacidade de autoconhecimento, revelando a dimensão de Si e da relação com o outro, no contexto profissional e organizacional.

A realização deste mestrado na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica surgiu do meu interesse pessoal na área de emergência e na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Aliado a este interesse pessoal, ao longo do meu percurso profissional senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos, baseados na evidência científica atual e assim desenvolver habilidades técnicas e competências para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e com qualidade aos clientes/famílias.

Neste percurso de quatro anos, enquanto Enfermeira, sinto que tenho evoluído profissionalmente, identificando as minhas limitações enquanto profissional, salientando a relação terapêutica entre enfermeiro/doente/família em comunicação de más notícias, na gestão de conflitos e ainda na gestão das emoções. Pela capacidade de autoconhecimento e necessidade constante de evolução profissional, surgiu a necessidade de realização deste mestrado.

Ao longo dos ensinamentos clínicos detive uma postura assertiva e proativa perante a equipa multidisciplinar, de forma a desenvolver as capacidades propostas pelos objetivos delineados para cada ensino clínico. Para além do referido, foi fundamental o trabalho individual, as reflexões críticas segundo o Ciclo de Gibbs sobre as áreas de interesse como a comunicação de más notícias na Unidade de Cuidados Intensivos, o impacto da afluência de doentes ao serviço de urgência nos cuidados de enfermagem prestados, o impacto da comunicação no processo de morte no serviço de Urgência e ainda o impacto dos princípios ético-deontológicos nos cuidados de enfermagem em situações de obstinação terapêutica.

A reflexão sobre uma experiência vivenciada implica uma intencionalidade, de forma a executar um processo de análise consciente no *saber*, como foco de atenção a pessoa alvo de atenção e família para a prestação de cuidados humanizados (Pereira-Mendes, 2016). A autora reforça que esta interpretação e compreensão detalhada permite planear, avaliar e validar as intervenções de um modo seguro e eficiente.

Em consonância com os Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área da organização dos cuidados de Enfermagem, a prática clínica do Enfermeiro Especialista deve estar assente na “reflexão crítica na construção do quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem em pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/famíliares” (2017, p.23).

Nesta linha de pensamento, ao longo dos ensinamentos clínicos tive oportunidades e experiências que permitiram tomadas de decisão baseadas num raciocínio crítico para a execução de determinadas intervenções para benefício do cliente/ família, assim como procurei com as enfermeiras de referência momentos de *debriefing*, de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências específicas.

Para além do mencionado anteriormente, a elaboração dos relatórios de estágio permitiu a reflexão sobre o desenvolvimento das competências do EEEMC, concomitantemente, a estruturação de um projeto de autoformação permitiu aprofundar conhecimentos científicos numa área de interesse profissional, suportando as intervenções específicas de enfermagem numa abordagem à pessoa em situação neurocrítica, com consecução de objetivos e estratégias que permitiram resultados efetivos ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos.

No Módulo I da Unidade Curricular Estágio com Relatório, elaborei um processo de enfermagem fundamentado, assente na avaliação da pessoa e identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, com argumentação das intervenções implementadas no cuidar

da pessoa em situação crítica e sua família, tendo por base uma tomada de decisão fundamentada, com intuito de obter ganhos em saúde para o cliente alvo dos cuidados de Enfermagem.

Para além desta capacidade de autoconhecimento, o Regulamento n.º 140/2019 destaca a importância do EEEMC basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, em que “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4749).

A formação contínua é um dever do Enfermeiro segundo o Código Deontológico, presente na Lei n.º 156/2015, no Artigo 100º em que o enfermeiro deve de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”, tal como “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, como definido no Artigo 109º.

Para Pinto e Mota (2023) é imprescindível que o Enfermeiro preste cuidados baseados na melhor evidência científica com elevada qualidade técnica, dado este ser o profissional de saúde com competências mais específicas para impulsionar a mudança e para a capacitação das equipas, com o intuito de promover o pensamento crítico, o debate e o diálogo sobre os cuidados de enfermagem.

Em concordância com o mencionado anteriormente e atendendo às necessidades formativas dos serviços onde realizei estágio, foram realizadas duas sessões formativas em diferentes contextos clínicos. A primeira sessão foi realizada no âmbito do Ensino Clínico II, denominada “Atualização dos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS”, e teve por objetivo informar os enfermeiros sobre as evidências científicas relacionadas com os feixes de intervenções. Para esta formação foi realizado um *PowerPoint* com a informação pertinente, disponibilizando-se para os profissionais presentes um livreto de bolso, acessível por um Código QR.

A segunda formação decorreu no Módulo II – Opção Clínica, na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, sobre a comunicação de más notícias, intitulada “Estratégias para a comunicação de más notícias – Protocolo SPIKES”, com o objetivo geral de promover a consciencialização e adesão dos enfermeiros da UCI ao protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica.

Ao longo das práticas, procurei sustentar os cuidados de Enfermagem na evidência científica atualizada, com o intuito de prestar cuidados atualizados direcionados para as necessidades e expectativas tanto do cliente como da família. Para tal, foram consultados artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, em diversas plataformas de pesquisa, nomeadamente Scielo, EBSCO, CINAHL, MEDLINE e COCHRANE LIBRARY.

Durante a realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, todas as oportunidades e experiências vivenciadas permitiram o aperfeiçoamento das competências comuns de forma positiva e enriquecedora, tanto para o meu percurso pessoal como para o profissional.

2.3. Competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Em concordância com o Regulamento n.º 429/2018, as competências específicas são consideradas 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 (p.4745)

Com o intuito da melhoria dos cuidados prestados ao cliente e atendendo à crescente complexidade de equipamentos e técnicas, é crucial a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação crítica, uma vez que os cuidados especializados permitem dar resposta às exigências tanto da pessoa em situação crítica, com as necessidades dos familiares/cuidadores.

Desta forma, o Regulamento n.º 429/2018 ressalva que

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Atendendo ao referido anteriormente é de constatar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é o profissional de saúde com maior qualificação para a prestação de cuidados desde o Serviço de Urgência à Unidade de Cuidados Intensivos.

No Regulamento n.º 429/2018 de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, são enunciadas as competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

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

c)Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (p.19359)

Sustentada no Regulamento supramencionado, irei aliar as oportunidades que tive durante este percurso académico à aquisição das competências específicas e das habilidades adquiridas e desenvolvidas para tornar-me Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica.

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

Na vertente do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos da doença Crítica e /ou falência orgânica, o EEEMC tem conhecimentos e habilidades avançadas para responder em tempo útil e de forma holística, assegurando um cuidado especializado. Sendo a primeira competência específica enunciada no Regulamento n.º 429/2018, à luz do mesmo, nos diferentes contextos clínicos prestei cuidados de enfermagem tendo por base: a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica; a garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica; a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; e, a assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica.

Em consonância com os Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, relativamente à prevenção de complicações, implementei intervenções de enfermagem direcionadas para os problemas potenciais identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Desta forma, na busca da excelência do cuidado à pessoa em situação crítica, mobilizei conhecimentos e atitudes para a construção de um nível de julgamento que possibilitou a avaliação e a monitorização contínua de focos de instabilidade, com o intuito de intervir precocemente.

No SUP, procurei oportunidades para a prestação de cuidados de elevada complexidade perante a pessoa em situação crítica, nomeadamente na abordagem à pessoa em situação emergente na sala de emergência.

Durante a atuação na SE priorizei a avaliação inicial completa através da abordagem ABCDE, de forma a identificar os problemas que colocam o cliente em risco de vida,

implementando cuidados emergentes, com o intuito de prevenir complicações. Colaborei com a equipa multidisciplinar na aplicação de conhecimentos e técnicas especializadas, nomeadamente no cliente com hemorragia subaracnoídea, com traumatismo vertebro-medular, com edema agudo do pulmão, em paragem cardiorrespiratória necessitando de implementar a abordagem ABCDE segundo o algoritmo da ressuscitação cardiorrespiratória.

A abordagem ABCDE (A – *Airway*; B - *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*), segundo Costa (2021), preconiza uma abordagem sequencial, baseada na metodologia de identificação e resolução de problema, permitindo uma abordagem por prioridades, garantindo uma resposta rápida e eficaz por parte das equipas multidisciplinares. Nos contextos de abordagem ABCDE, os enfermeiros fazem uma avaliação sistematizada, de forma a priorizar os cuidados emergentes.

Relembro uma situação particular neste ensino clínico, em que na passagem pelo corredor deste serviço, ao identificar uma pessoa em Paragem Cardiorrespiratória, alertei de imediato os restantes elementos da equipa multidisciplinar e iniciei de imediato manobras de suporte básico de vida, nomeadamente as compressões torácicas. Após sinalização da PCR, a cliente foi deslocada para a Unidade de Cuidados Especiais, a área mais próxima e com recursos humanos e materiais adequados à situação. A cliente foi abordada de acordo com o algoritmo ABCDE, em que : A- colocado um tubo Endotraqueal para garantir uma via área avançada patente; B – oxigenoterapia a 15 litros, com ventilações de acordo com o algoritmo de SAV; C - mantidas compressões torácicas eficazes segundo algoritmo de SAV, apresentado um ritmo não desfibrilhável de acordo com o traçado eletrocardiográfico, sem sinais de hemorragia, realizado ecocardiograma atendendo as alterações no ECG de entrada; D- pupilas isocóricas e não reativas, glicemia capilar 120mg/dl; E- Normotérmica (temperatura 36,7°C), sem sinais de lesão corporal. Após 45 minutos de reanimação com administração de fármacos e ainda com a colocação do compressor Torácico mecânico (LUCAS), a cliente não apresentou sinais vida, pelo que foi tomada a decisão entre a equipa multidisciplinar de cessar manobras de suporte avançado de vida e declarar o óbito.

Ao longo do Ensino Clínico I, procurei desenvolver o julgamento crítico na abordagem inicial ao cliente, identificando o motivo de admissão no SUP, com uma colheita de dados pertinentes para identificação da instabilidade clínica do cliente, consulta do processo clínico (antecedentes pessoais), identificando as necessidades de intervenção imediata para a antecipação de focos de instabilidade.

Atendendo à realidade do SMI, a avaliação do cliente assentava em diferentes informações colhidas em distintos momentos: informação transmitida durante a passagem

de turno sobre a evolução do cliente e as intervenções adotadas durante o turno; consulta de registos clínicos e outras informações pertinentes do sistema informático, assim como através da avaliação fisiológica do cliente, Céfalo-caudal aliada ao algoritmo ABCDE, de forma a obter uma avaliação completa do cliente. Esta avaliação inicial no turno, permitia identificar os focos de instabilidade de forma precoce e verificar a estabilidade hemodinâmica do cliente ao longo do turno, possibilitando momentos de comparação e identificação da evolução clínica.

Em concordância com o mencionado anteriormente, destaco que a avaliação inicial dos clientes no início do turno permiti-me identificar rapidamente alterações fisiológicas dos clientes e intervir de forma segura com a equipa multidisciplinar.

Durante a prática clínica no Ensino Clínico II, estive perante uma situação clínica em que atestei a importância da realização da avaliação inicial. O cliente tinha o diagnóstico de TCE, mais especificamente hematoma subdural de grandes dimensões. O mesmo detinha monitorização contínua da PIC. Na minha primeira avaliação o mesmo apresentava-se com pupilas isocóricas e não reativas à luz. Aquando da prestação de cuidados de higiene, identifiquei uma alteração na reação das pupilas, encontrando-se em midríase. Após identificada esta alteração, informei a equipa médica, por ser um sinal de alerta de agravamento da disfunção neurológica.

Relatando outra situação específica no módulo II do Estágio com Relatório - Opção Clínica, contactei com um cliente com hematoma subdural submetido a craniotomia descompressiva, com monitorização contínua de PIC e PPC, com valores ideais segundo a curva de autorregulação presente no PRx. No início do turno, mantinha valores de PIC estáveis, na ordem dos sete mmHg, com curva de autorregulação com PPC ideais entre os 75-80 mmHg. Ao longo do turno, verificou-se agravamento hemodinâmico, com necessidade de escalar o suporte vasopressor, por PIC superiores a 20mmHg e sem curva de autorregulação, evidenciando agravamento neurológico.

Pelas situações descritas anteriormente, nos diferentes contextos de cuidados intensivos, denotei a importância de uma avaliação inicial completa na abordagem da pessoa em situação crítica, com o intuito de identificar os focos de instabilidade e intervir precocemente.

Ao longo das práticas clínicas, foi fundamental compreender a importância das monitorizações invasivas e não-invasivas perante a pessoa em situação crítica, em que ambas exigem muitos conhecimentos do Enfermeiro Especialista, pela necessidade de ajustar alarmes adequados a cada situação, de forma a captar a atenção numa situação de alteração

hemodinâmica. Para além da preocupação referida anteriormente, o profissional de saúde tem de apresentar capacidade para interpretar esta alteração identificada pela monitorização, com julgamento crítico e evidência científica e assim aplicar intervenções de enfermagem adequadas.

A monitorização hemodinâmica é fundamental nos cuidados perante a pessoa em situação crítica. Na perspetiva de Boerma (2017), as mesmas produzem informação fiáveis que permitem a prevenção de hipoperfusão, permitindo uma abordagem terapêutica apropriada para a redução da taxa de mortalidade da pessoa em situação crítica. Apesar da técnica de monitorização, o autor anteriormente mencionado realça que é importante a interpretação dos valores, fundamentais para a decisão clínica e aplicação de estratégias terapêuticas, como a administração de fluidos, manutenção da dose de noradrenalina e a interrupção da dobutamina.

Em consonância com o referido anteriormente, Alves e Sampaio (2020) acrescentam que o profissional deverá ter alguns conhecimentos sobre a hemodinâmica do cliente, de forma a interpretar os mesmos de acordo com os valores de referência baseados no conhecimento e na fidedignidade dos dados obtidos.

Por estes motivos apresentados, durante a minha prática realizei pesquisas bibliográficas sobre a monitorização não invasiva e invasiva, de forma a conseguir interpretar os dados fornecidos por esta monitorização de forma concisa e segura, atendendo ao diagnóstico clínico do cliente. Compreendi, através da discussão com as Enfermeiras Tutoras, que atendendo aos dados de monitorização hemodinâmica, são titulados fármacos, nomeadamente a medicação vasopressora, com intuito de garantir suporte hemodinâmico, tendo por base os protocolos do serviço.

Esta monitorização hemodinâmica à pessoa em situação crítica é essencial na prática de cuidados, pelo que os profissionais têm de deter conhecimentos e competências no manuseamento destes equipamentos. Ao longo dos ensinamentos clínicos tive contacto com um leque alargado de dispositivos de monitorização invasiva e não invasiva, dando especial destaque ao dispositivo de monitorização da PPC ideal, tendo por base os índices de autorregulação cerebral, como a PRx, permitindo assim um tratamento adequado à condição clínica do cliente e a evolução favorável do mesmo.

Donnelly et al. (2017) referem que o método desenvolvido pela Universidade de Cambridge permite uma PPC ótima individualizada, baseada no índice de vasorreatividade cerebral, com a monitorização contínua da PPC e PIC, identificando o valor ideal, com os limites superiores e inferiores. Os mesmos autores salientam que a PPC é um dos principais

determinantes do fluxo sanguíneo cerebral e sofre oscilações com os vasopressores. Não obstante, o mesmo autor revela que a identificação da PPC adequada para um cliente após lesão cerebral traumática pode ser difícil, sendo que valores de PPC baixos potenciam o risco de isquemia, enquanto uma PPC demasiado elevada pode causar danos pulmonares e cardíacos, bem como hiperemia cerebral.

Na unidade de cuidados intensivos especializada na abordagem à pessoa em situação neurocrítica, destaco a oportunidade de manusear e compreender a importância da neuromonitorização contínua, que permitiu a avaliação específica do cliente com a adequação das intervenções de enfermagem atendendo a evolução clínica do mesmo. Desta forma, é fundamental o conhecimento dos enfermeiros sobre o método mencionado anteriormente, de forma a correlacionar com a condição clínica do cliente e assim antecipar os focos de instabilidade a nível da perfusão cerebral.

Um estudo realizado por Monteiro et al. (2023), para avaliar a associação entre diferentes tipos de unidades de cuidados intensivos e os níveis de monitorização cerebral com desfechos na lesão cerebral, concluiu que a monitorização cerebral multimodal com autorregulação à cabeceira do cliente e ainda a abordagem especializada numa unidade de cuidados intensivos neurocríticos está associado a melhores *outcomes* nas lesões cerebrais graves.

Nesta linha de pensamento, ao longo do mestrado procurei detetar precocemente os focos de instabilidade, com a implementação de intervenções de enfermagem pertinentes baseadas nas evidências científicas e na reflexão crítica, sendo um contributo para este percurso profissional. Desta forma, adquiri competências especializadas relativamente ao “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, presente no Regulamento n.º 429/2018.

Durante as práticas clínicas, foi fundamental a utilização do processo de enfermagem, com o intuito de orientar os cuidados de enfermagem, delineando as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, nomeadamente a gestão da administração terapêutica.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, as intervenções de enfermagem, englobam intervenções autónomas e interdependentes. As intervenções interdependentes são consideradas ações realizadas pelos Enfermeiros de acordo com as qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, com o intuito comum, decorrentes dos planos de intervenção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares.

Assim, as intervenções interdependentes implicam a responsabilidade de administração da terapêutica, com consequente vigilância dos efeitos adversos. No caso do Enfermeiro Especialista e nos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, existem protocolos terapêuticos complexos, em que a gestão dos mesmos está assente numa intervenção autónoma.

Uma das responsabilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é a preparação e administração de medicação complexa, tratando-se de um procedimento de elevado risco, pelo facto de ser vulnerável à exposição de incidentes relacionados com medicação (Correia e Martins, 2022). Por estes motivos, os autores referem que é primordial a atuação do enfermeiro nesta intervenção, sobretudo no que diz respeito à identificação, desenvolvimento e implementação de medidas que contribuam para a segurança do processo de administração de medicação.

Os enfermeiros devem compreender as diferentes propriedades de cada terapêutica a administrar e prever os possíveis efeitos secundários (Correia e Martins, 2022). Desta forma, é importante a monitorização hemodinâmica, a avaliação de valores laboratoriais e avaliação do equilíbrio ácido-base, com o intuito de identificar alterações antecipadamente e/ou garantir a obtenção dos resultados esperados, minimizando a possibilidade de ocorrência de erro.

No contexto de unidades de cuidados intensivos, apesar de ser em instituições diferentes, pude constatar que existem protocolos idênticos, com o objetivo de estabilizar o cliente e obter ganhos em saúde.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, os protocolos existentes são os seguintes: gestão de terapêutica sedativa, analgésica, vasopressora, antibiótica e insulina; monitorização do potássio sérico; gestão da temperatura corporal; administração de nutrição entérica e parentérica; transporte intra-hospitalar; posicionamento em decúbito dorsal.

Na gestão de terapêutica sedativa, para Devlin et al. (2018) é fulcral verificar a evidência científica sobre a utilização da mesma, uma vez que a farmacocinética e a farmacodinâmica da terapêutica sedativa podem provocar instabilidade hemodinâmica e por vezes quadros de disfunção orgânica. Por estes motivos, o protocolo de sedação das UCI's preconizam a utilização de escalas para gerir a sedação e assim titular a terapêutica em consonância com o objetivo de sedação de cada cliente. Durante as práticas clínicas utilizei a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS).

Na gestão de protocolos complexos nas UCI's também são englobados a administração de nutrição entérica e parentérica, sendo possível destacar a nutrição entérica,

que teve mais contacto e ainda constatar os benefícios da mesma na pessoa em situação crítica. A introdução desta nutrição é precoce, decorrendo nas primeiras 24 a 48 horas de internamento.

Para a pessoa em situação crítica, a via oral não está disponível, pelo que é necessário o fornecimento de nutrientes por outras vias, com o intuito de minimizar os riscos associados ao jejum prolongado (Rocha e Passos, 2020). Os autores realçam o recurso a protocolos predefinidas pelas Unidades de Cuidados Intensivos, com o intuito de atingir as metas nutricionais precocemente, de forma a orientar as decisões práticas na equipa multidisciplinar, reduzindo as variações na prática e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados, diminuindo as complicações infecciosas.

A nutrição entérica é um método eficiente para administração de nutrientes à pessoa em situação crítica, como forma de promover a manutenção da integridade da barreira intestinal, prevenção da atrofia da mucosa intestinal, e também na redução do stress oxidativo na pós-cirurgia (Rocha e Passos, 2020).

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, tive oportunidade de consultar protocolos direccionados para a especificidade patológica dos clientes nomeadamente, a administração de medicação intratecal (antibioterapia); colheita de líquido através da Drenagem Ventricular Externa (DVE); avaliação com recurso ao “THE MANTLE” para os clientes com TCE graves; neuromonitorização e cuidados de enfermagem. Para além do referido, apliquei o protocolo de utilização do *Train Of Four* (TOF), em clientes com sedação profunda, nomeadamente com bloqueio neuromuscular sob efeito de fármacos.

A utilização de fármacos com efeito neuromuscular, nas unidades de cuidados intensivos, permitem uma sincronização do cliente ao ventilador, diminuindo o consumo de oxigénio, prevenindo o *shivering*, e ainda evitando o aumento das pressões intracranianas relacionadas com a estimulação ventilatória (Mouta et al., 2023). Os autores ainda realçam a importância da monitorização contínua do nível de bloqueio neuromuscular, através da monitorização neuromuscular com o TOF.

Em concordância com a evidência científica, os clientes eram submetidos a curarização quando a estimulação externa provocava alterações do estado hemodinâmico, nomeadamente *shivering* e oscilações da PIC, com necessidade de administração de Rocurónio 50mg/5ml. Após a administração deste fármaco, era monitorizado o TOF de oito em oito horas, atendendo sempre às complicações associadas a este tipo de fármaco. O Rocurónio 50mg/5ml, segundo a bula do fármaco mencionado, pode causar, de entre as complicações mais comuns, hipotensão ou hipertensão transitória, aumento da resistência

vascular periférica, miopatia e paralisia residual, podendo ser necessária administração de antídoto para reversão deste efeito.

No SUP, onde realizei o ensino clínico I, consultei os protocolos existentes: cardioversão química; administração de oxigenoterapia; inserção de cateter arterial; inserção de cateter venoso central; monitorização da pressão arterial invasiva; intubação endotraqueal; procedimento de drenagem torácica, entre outros. Ainda, geri a administração de protocolos terapêuticos complexos, tanto na Sala de Emergência como na Sala de Observação, nomeadamente a transfusão de componentes sanguíneos, administração de iões (como o potássio sérico), terapêutica antiarrítmica; administração de antídotos nos casos de intoxicação e o uso de fibrinolíticos.

Ainda neste serviço consultei o protocolo relacionado com os critérios de ativação das Vias Verdes (Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Sépsis e Trauma) e o seguimento do cliente nas diferentes situações, para um prognóstico favorável. Relativamente às Vias Verdes, a uniformização de procedimentos suportadas por algoritmos predefinidos, garante uma atuação centrada na prioridade do cliente, com um encaminhamento precoce, promovendo assim maior qualidade e segurança. Apenas em contexto de ativação da Via Verde no pré-hospitalar, o cliente não é submetido a triagem e tem um atendimento prioritário com ativação da Sala de Emergência.

As Vias Verdes estão integradas no Sistema de triagem, de acordo a Norma n.º 002/2018. A ativação das mesmas implica um vasto leque de conhecimentos, uma vez que são múltiplos os intervenientes e cada um destes tem uma intervenção fundamental para que o resultado traduza ganhos em saúde.

Foi possível ter contacto com as normas de atuação das Vias Verdes existentes, nomeadamente Norma n.º 012/2022, referente à Via Verde do trauma no Adulto; Norma n.º 015/2017, para a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, que tive a oportunidade de aplicar na Sala de Emergência o plano de intervenções prioritárias, nas diferentes Vias Verdes. Após estabilização dos clientes, colaborei na transferência dos mesmos para as unidades mais diferenciadas, disponibilizando um plano de cuidados sensíveis à condição clínica do cliente.

Durante a prática clínica no SUP pude aferir que a Norma n.º 010/2016 atualizada a 16/05/2017 para a Via verde Sépsis no Adulto não é utilizada frequentemente, pelo facto de ser um diagnóstico de difícil confirmação e pela necessidade de confirmação através de dados analíticos.

A Via Verde da Sépsis tem como objetivo principal a detecção precoce e o tratamento imediato dos casos de Sépsis, aumentando as probabilidades de sobrevivência e minimizando as complicações. Segundo a Norma n.º 010/2016, este protocolo estabelece diretrizes claras sobre os critérios de ativação (sinais e sintomas) para a triagem, diagnóstico e início da *bundle* na primeira hora após confirmação de diagnóstico.

Tendo por base o relatado anteriormente, alcancei de forma positiva a vertente “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” da competência, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cuidar da pessoa/família/cuidador a vivenciar processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica.

Ao longo das práticas clínicas, mantive presente a necessidade de manutenção do bem-estar da pessoa em situação crítica como também da família/cuidador, nos diferentes contextos clínicos através das intervenções do Enfermeiro Especialista que possibilita a gestão da dor e bem-estar com otimização de respostas.

A *World Health Organization* (2020b) define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença, aferindo-se, deste modo que o bem-estar faz parte do conceito de saúde. Nas situações vivenciadas pela pessoa em situação crítica, é fundamental garantir os cuidados que promovam o bem-estar do cliente e da família/cuidador, através do controlo da dor.

Segundo a *Internacional Council of Nurses* (ICN) (2019a), a dor é uma

Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

Para o *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2020), a dor é compreendida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial. O mesmo autor acrescenta que a dor é uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, com um papel adaptativo, que poderá afetar o bem-estar físico, psicológico e social.

Pela importância da humanização dos cuidados, é essencial que o Enfermeiro tenha em consideração o relato sobre a existência de dor, que deve ser respeitado e valorizado, atendendo ao facto de o acesso ao tratamento da dor ser um direito humano fundamental, segundo a Declaração Montreal da *International Association for the Study of Pain* (2015), para além de ser um dever ético dos profissionais de saúde.

Atendendo à importância da dor nos cuidados à pessoa em situação crítica, durante as práticas clínicas nos diferentes contextos clínicos (SUP e UCI), norteiei os cuidados para uma correta abordagem deste quinto sinal vital, através da avaliação adequada e adaptada ao cliente, para posterior aplicação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo. A aquisição de competências neste domínio foi influenciada pela consulta da Circular Normativa “A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor”, da Direção- Geral da Saúde (2003), com também do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor da Direção Geral de Saúde (2017a).

A dor é um dos sintomas presentes na pessoa em situação crítica, muitas vezes associada ao motivo de admissão no SU (Teixeira e Durão, 2016). Em concordância, Olsen et al. (2020) salientam ainda que nas unidades de cuidados intensivos as taxas de dor descontroladas são elevadas, correlacionadas com os procedimentos e cuidados prestados durante o internamento. Por este motivo, os autores mencionados reforçam a importância de utilização de escalas válidas para avaliação da dor, dado que a sua aplicação evidencia tendências favoráveis para o tratamento da dor da pessoa em situação crítica.

De acordo com Teixeira e Durão (2016), o controlo da dor na pessoa em situação crítica provoca a diminuição do risco de complicações, garantindo a sua importância na priorização, avaliação e tratamento. As escalas permitem identificar a intensidade da dor do cliente para implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e, avaliar a sua eficácia.

A dificuldade na monitorização da dor surge das alterações de consciência, das alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo orotraqueal ou até mesmo por ventilação não-invasiva contínua. Nestes clientes, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor.

Para uma monitorização completa da dor, não basta apenas a avaliação da escala, mas também uma história completa da dor através da aplicação do PQRST: P, como os fatores que precipitam a dor; Q, qualidade da dor; R, região do processo doloroso; S, severidade; T, tempo de duração.

Segundo a Circular Normativa “A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor” emanada pela Direção-Geral da Saúde (2003), a intensidade deve ser mensurada pelas escalas validadas internacionalmente, nomeadamente a Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos ([SPCI],2012), no Plano Nacional de Avaliação da Dor, o nível da dor deve ser relatado pelo cliente para uma

avaliação e a resposta à analgesia. Recomenda-se a escala numérica para avaliar a dor em clientes comunicativos e a utilização da escala *Behavior Pain Scale* (BPS) para clientes não comunicativos, sedados e ventilados. A SPCI (2012) orienta para a avaliação da dor em todos os turnos, sempre que necessário, antes, cinco a dez minutos, e após a realização de um procedimento doloroso, assim como reavaliar a dor 30 minutos após a intervenção farmacológica ou medida de conforto para alívio da dor.

Quando a preocupação é o controlo da dor na pessoa em situação crítica, é fundamental ter em conta a consequência direta da lesão/trauma, como também perceber os procedimentos invasivos ou não invasivos que irão provocar dor. Ao longo das práticas clínicas, perante evidências fisiológicas de dor e desconforto observadas na pessoa em situação crítica, adaptava e ajustava as minhas intervenções, na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor.

No SUP onde realizei a prática clínica, adequei as escalas de avaliação da dor atendendo ao estado fisiológico do cliente, como também ao estado de consciência ou capacidade de comunicação. Assim, verifiquei que nos clientes com alterações do estado de consciência, internados no SO e na SE, utilizava preferencialmente a escala comportamental da dor.

Durante as práticas clínicas nas unidades de cuidados intensivos tive a oportunidade de aplicar a Escala BPS e identificar as suas vantagens na prática clínica nos clientes sedoanalgesiadados e na promoção do bem-estar dos clientes, prevenindo a dor descontrolada.

A BPS é um instrumento fiável e válido, por ser um instrumento aplicável a pessoas em situação crítica, sedadas, inconscientes e ainda submetidas a VMI, visto que um dos seus três parâmetros é especificamente destinado à adaptação ao ventilador. Nesta escala, a dor mínima é de 3 e a dor máxima é de 12 (Pinheiro & Marques, 2019).

Após o desafio da avaliação da dor na pessoa em situação crítica, tive sempre atenção na prática clínica à organização das intervenções de enfermagem num determinado cliente, de forma a identificar se o procedimento invasivo lhe provocava desconforto e alterava o valor obtido pela escala. De entre as intervenções que identifiquei como potenciadores de mais desconforto destaco a prestação dos cuidados de higiene, os procedimentos não-cirúrgicos (remoção de drenos, cuidados a feridas), que me permitiram implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas preventivas. Para além do mencionado, reavaliava a eficácia da analgesia.

Como descrito anteriormente, nos diferentes contextos de estágio, consegui desenvolver a observação dos sinais comportamentais da dor e assim determinar as medidas mais adequadas aos clientes, tanto farmacológicas como não farmacológicas.

Nas diferentes práticas clínicas, instituí medidas farmacológicas adequadas para os clientes, administrando terapêutica opióide e não-opióide, ajustada ao tipo de dor da pessoa em situação crítica e ainda à resposta individual aos fármacos.

Estas estratégias farmacológicas, muitas vezes eram complementadas com medidas não farmacológicas, nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos, em que era visível o benefício das mesmas para a PSC, e não implicam efeitos adversos.

Nesta perspetiva, o Guia de Boas Práticas emanando pela Ordem dos Enfermeiros (2008), refere que as medidas farmacológicas devem de ser complementadas pelas medidas não farmacológicas, atendendo aos objetivos do tratamento e motivo de internamento. As medidas não farmacológicas englobam a otimização do posicionamento no leito, a gestão do ambiente envolvente, as massagens corporais, a aplicação de crioterapia a promoção do sono e manobras de distração e apoio da família/cuidador.

Outro dos componentes fundamentais para o bem-estar físico e minimização de situações de dor descontrolada passa pela gestão da sedoanalgesia. Para Monte (2020), a abordagem do controlo da dor permite manter o conforto da pessoa, diminuindo as respostas fisiológicas à dor, prevenindo síndromes dolorosas crónicas e ainda controlar a ansiedade e delírio. Nas práticas clínicas verifica-se a preocupação constante dos EEEMC com a gestão da terapêutica sedativa e analgésica, sendo que a medicação sedativa tem efeitos adversos que devem de ser geridos de forma a evitar agravamento do estado clínico. Monte (2020) reforça ainda que a sedação e analgesia devem ser ajustadas de forma a garantirem o conforto do cliente, traduzindo-se em prognósticos favoráveis.

Assente nos pressupostos teóricos mencionados anteriormente, ao longo da prática clínica otimizei o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica com utilização de estratégias adequadas, nomeadamente através da identificação das situações de mal-estar, na gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor e gestão adequada da sedoanalgesia dos clientes. Por estes motivos, desenvolvi a competência especializada da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Os enfermeiros são também considerados os elementos basilares para o estabelecimento da comunicação, promovendo a humanização dos cuidados (Silva & Torres, 2023). Segundo a *International Council of Nurses* (2019a), a comunicação é entendida como

um comportamento interativo, e, que é fornecida e recebida informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.

Em concordância com o mencionado anteriormente, o EEEEMC tem um papel fundamental no processo de comunicação e no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidados face às situações de alta complexidade.

Nesta linha de pensamento, o Código Deontológico destaca que o Enfermeiro tem como dever de: “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p.8), assim como de “Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p.8).

Para o desenvolvimento da competência de gestão da comunicação interpessoal, nas práticas clínicas utilizei técnicas de comunicação com o cliente, família/cuidador, com o intuito de adotar estratégias facilitadoras para uma comunicação clara e concisa.

No SUP, foi possível o estabelecimento de comunicação para obtenção do consentimento informado verbal nos clientes conscientes e orientados, aquando da realização de algum procedimento ou para a realização de transferência intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Aquando da abordagem ao cliente, utilizava linguagem simples com terminologia adequada ao nível de alfabetização, garantindo a escuta ativa, atendendo às necessidades e preocupações da pessoa, validando a compreensão da informação transmitida. Nas situações em que o cliente não tem esta capacidade, abordava os familiares/cuidadores sobre estas situações.

Em ambos os contextos de prática clínica, complementei a comunicação verbal com a comunicação não-verbal, nomeadamente nos clientes com dificuldade de expressão e compreensão, através do estabelecimento de contacto visual direto transmitindo atenção, respeito e confiança. A postura corporal adequada, com ombros relaxados e braços descruzados, também é uma ferramenta de comunicação não-verbal, que transmite receptividade e disponibilidade. Procurei adaptar a distância entre os clientes com quem interagi, permitindo a criação de um ambiente de conforto e respeito, respeitando o espaço pessoal do mesmo. Outro dos aspetos a destacar é o toque e o silêncio, sendo um dos aspetos poderosos neste tipo de comunicação não-verbal, em que transmitem apoio, cuidado e compaixão nas situações de vulnerabilidade emocional ou física.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos onde estagiei, senti necessidade de aprofundar conhecimento sobre os tipos de comunicação para o estabelecimento de uma comunicação adequada à pessoa em situação crítica, com entubação endotraqueal ou deficiência auditiva ou visual, com o intuito de garantir uma comunicação eficaz nestas situações dificultadoras de comunicação. Num estudo realizado por Cabrita et al. (2022), concluiu-se a importância da utilização de estratégias de comunicação, dando destaque à comunicação aumentativa e alternativa, de forma a facilitar a relação entre enfermeiro e a pessoa. Esta estratégia de comunicação aumentativa e alternativa, de acordo com os autores supramencionados, poderá decorrer sem auxílio tecnológico através da utilização de linguagem gestual ou com auxílio de tecnológico com recurso a placas de letras, livros de imagens, utilização de papel e caneta. Estas estratégias descritas anteriormente permitem aumentar o grau de satisfação dos clientes e diminuir os sentimentos negativos expressados pela dificuldade de comunicar.

Desta forma, ao longo dos ensinamentos clínicos foi notória a aplicação de determinadas técnicas de comunicação, principalmente pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos, evidenciando a preocupação dos mesmos perante esta problemática.

A capacidade de adotar e adaptar estratégias facilitadoras da comunicação foi desenvolvida ao longo do mestrado nas unidades de cuidados intensivos, no contacto com clientes sedoanalgesiadados com RASS -1 ou 0, com presença de um tubo orotraqueal ou traqueostomizados, tendo por base a evidência científica. De entre as estratégias de comunicação implementadas com o cliente destaco a oportunidade de comunicar através de mímica facial ou gestual, obtendo gestos de afirmação ou negação com o olhar.

No SUP, um dos desafios verificados passava pelo estabelecimento de uma comunicação verbal e não-verbal devido à dinâmica do serviço, à carga de trabalho e sobrelotação do serviço, tendo utilizado estratégias para colmatar determinadas situações.

A comunicação verbal e não-verbal assume um papel imprescindível na prática de cuidados, para o estabelecimento da relação terapêutica, assente na confiança, empatia e respeito (Silva & Torres, 2023). Aquando do estabelecimento desta relação empática é perceptível a individualização dos cuidados.

Para além da comunicação com os clientes, é importante destacar a importância da partilha de informação com os familiares/cuidadores, de forma a reduzir o sofrimento destes. No Ensino Clínico I reparei que a família era informada e esclarecida antes do contacto com

o próprio cliente, de forma a atenuar o medo e a ansiedade sobre o estado de saúde do familiar, transmitindo-lhe confiança nos cuidados prestados.

A transmissão de informações realistas sobre o estado da pessoa em situação crítica é imprescindível, com o intuito de reduzir a ansiedade, causado pela necessidade de saber (Regaira-Martínez & Garcia-Vivar, 2021). Nesta linha de pensamento, nas unidades de cuidados intensivos, tive diversas oportunidades de estabelecimento do primeiro contacto com os familiares, aquando da admissão de um cliente nestas unidades. Antes do estabelecimento da comunicação com os familiares, identificava-me como profissional de saúde e adequava o ambiente envolvente. Na comunicação estabelecida com os mesmos, que almejava eficaz, valorizava as emoções expressas, mantinha uma escuta ativa e ainda demonstrava disponibilidade para questões e, explicação de todas as intervenções de enfermagem aplicadas. Assim, nas práticas clínicas desenvolvi a capacidade de comunicação com os familiares com uma abordagem organizada e humanizada, criando uma relação empática com os mesmos. Considero que, ao longo do mestrado, durante a prestação direta de cuidados nas diferentes práticas clínicas, o estabelecimento da comunicação com os clientes e familiares foi importante para a construção de uma relação de ajuda, assentes no respeito e na empatia, sendo primordial o estabelecimento de comunicação não-verbal, nomeadamente o silêncio, e o contacto visual.

Através da utilização destas estratégias, as famílias sentiram confiança na equipa de multidisciplinar e estou confiante que garanti o acompanhamento e a resposta às necessidades individuais de cada família. Para além da comunicação, encorajei os familiares a estabelecerem contacto físico ou verbal com os clientes, apesar do mesmo se encontrar sob medicação sedativa, quer através do toque quer através do diálogo.

Desta forma, ao longo do mestrado denotei a importância do processo de comunicação e do estabelecimento de relação terapêutica na prática dos cuidados à pessoa em situação crítica, nos diferentes contextos clínicos, sendo estas duas ferramentas indissociáveis. Assim, desenvolvi as competências especializadas, descritas nas seguintes unidades de competência: “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (p.19363) e ainda de “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.19363).

Nesta linha de ideias, o estabelecimento de comunicação com o cliente, família/cuidador permitiu-me, identificar as situações de ansiedade e medos vivenciados pelos próprios, e ainda adotar estratégias de dignificação da morte, quando esta se impôs.

Aquando das práticas clínicas, especificamente no SMI e na UCI Neurocríticos, constatei a preocupação constante dos profissionais de saúde com o *delirium*, síndrome desencadeada pela ansiedade associada ao ambiente envolvente, características das unidades, como as luzes, os sons ou ruídos externos e ainda por efeitos secundários à terapêutica (Vieira et al.,2020).

Atendendo à justificativa supramencionada, na assistência às pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos, os profissionais de saúde têm de estar despertos para esta complicação que, segundo Vieira et al. (2020), é frequente e vista como um fator preditivo de mau prognóstico para a pessoa em situação crítica. Os mesmos autores realçam que os fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome podem ser: predisponentes, relacionadas com as características individuais e as comorbilidades ou precipitantes, quando relacionados com a doença aguda que determinou o internamento, o plano de tratamento instituído, sedação, imobilização e privação de sono. Por estes motivos, Devlin et al. (2018), recomendam a utilização de ferramentas para a avaliação do *delirium*, nomeadamente a *Confusion Assessment Method* (CAM).

Nas diferentes unidades de cuidados intensivos onde estagiei, não tive oportunidade de aplicação desta escala, uma vez que não prestei cuidados a pessoas com uma disfunção súbita do processo cognitivo. Nos ensinamentos clínicos verifiquei a existência de protocolos de aplicação da mesma nas unidades, segundo as *guidelines* emanadas, por forma a uniformizar a abordagem e facilitar o tratamento das pessoas com alterações do seu estado cognitivo. No entanto, aquando da abordagem sobre esta temática com o Enfermeiro de referência da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, o mesmo referiu que a aplicação de escala é pouco fidedigna, atendendo que os clientes em situação neurocrítica, aquando do desmame de sedo-analgésia, poderão apresentar períodos de agitação psicomotora como também de desorientação nos três eixos, associados aos diagnósticos de internamento e ao *status* neurológico.

Durante as práticas clínicas, tive a oportunidade de analisar o impacto de situações de alta complexidade, tanto no cliente como nos familiares, na SE e nas UCI's. Foi evidente no próprio ambiente do SUP os sentimentos de ansiedade e angústia, pelo não-acompanhamento do cliente e pelo compasso de espera para obtenção de informações acerca do estado clínico do cliente em situações de urgência/emergência. Na realidade das unidades de cuidados intensivos, emergem os sentimentos de incerteza e medo nos familiares por observarem a pessoa com elevados níveis de dependência, sob sedação profunda, com tubo

endotraqueal sob ventilação mecânica invasiva, como pela necessidade de uma monitorização invasiva.

Pelas razões mencionadas anteriormente nos ensinamentos clínicos, foi possível identificar esta preocupação das equipas multidisciplinares, sendo notória a relação de ajuda e a comunicação entre o enfermeiro e o familiar/cuidador antes do contacto com o cliente, de forma que possa ser explicado alguma informação sobre o seu estado de saúde.

Para além dos sentimentos expostos pelos mesmos, o processo de doença do cliente provoca mudanças no sistema familiar, com o surgimento de uma crise familiar associada à alteração do estado de saúde de um familiar daquele sistema familiar. Indo ao encontro do descrito anteriormente, Neves et al. (2018) aferem que o processo de doença traz mudanças para o núcleo familiar, que levam à necessidade de ajustar a estrutura e dinâmica familiar, de forma a procurar uma reorganização inter-relacional na busca de uma nova identidade familiar, aquando de um processo de crise. Estes autores ainda realçam que o processo de doença e hospitalização marcam uma rutura de comportamentos para adaptação à realidade, alertando para a sobrecarga financeira devido à abdicação da vida em prol dos cuidados exclusivos à pessoa.

Por estes motivos apresentados anteriormente, foi possível constatar que nas unidades de cuidados intensivos onde realizei as práticas clínicas, existem espaços destinados para a reunião com os familiares, de forma a gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica ou falência orgânica. Existe ainda horários de visitas mais alargado, como o intuito de dar maior ênfase à comunicação com a pessoa e com a família, envolvendo-os no processo de saúde.

No SUP do Ensino Clínico I, existe um gabinete de apoio à família, que permite a articulação constante da equipa, com as equipas médicas e de enfermagem do serviço, de forma a enviarem informações clínicas corretas e atualizadas sobre o estado clínico dos clientes. Ao explorar a constituição da equipa que constitui o Gabinete, aferi que não existem profissionais de saúde, mas sim técnicos de secretariado que funcionam como elo de comunicação entre os profissionais de saúde e a família. Neste serviço, pela sua estrutura física e pela dinâmica das equipas multidisciplinares, o horário de visitas é mais reduzido, limitando as visitas quando se verifica a sobrelotação deste serviço, com o intuito de diminuir a agitação e permitir o controlo das entradas e saídas das pessoas que passam no SU.

Nesta linha de pensamento e atendendo à importância de assistir os clientes na gestão dos medos e ansiedades da pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica, espolitados pelo internamento nas unidades de cuidados, constatei que em ambas

as UCI's existe um seguimento do cliente e da própria família/cuidador em consultas de *follow-up*. Após a consulta de ambos os protocolos, compreendi que as consultas têm como finalidade avaliar a percepção dos clientes durante o internamento na unidade, para avaliar a qualidade de vida dos clientes após a alta UCI e ainda, para os orientar em função dos problemas decorrentes do internamento. Estas consultas são realizadas periodicamente, a qualquer cliente que teve internamento naquela unidade, de forma a permitir uma gestão dos sentimentos experienciados. Durante as práticas clínicas, não tive oportunidade de presenciar nenhuma destas consultas.

As consultas de *follow-up* são uma ferramenta de trabalho para médicos e enfermeiros com inúmeras vantagens, oferecendo a oportunidade de ajudar a pessoa e familiares a atribuírem significado à experiência vivida na UCI e ainda a otimizar o prognóstico e o resultado do tratamento (Pinho, 2020). Esta consulta, segundo os autores, permite a avaliação dos aspetos relacionados com o impacto do internamento no bem-estar social, emocional e físico.

No seguimento do referido anteriormente, é importante destacar a transmissão de más notícias, na gestão da ansiedade e medos vividos pelos familiares/cuidadores, sendo que nas práticas clínicas o protocolo mais utilizado é o SPIKES, com o intuito de prestar um cuidado seguro, com uma transmissão de informação completa aos familiares quando disponíveis para ouvir. Desta forma, Mackie et al. (2021) referem que para uma comunicação eficaz é necessário recorrer a técnicas de comunicação de más notícias, que potenciam a comunicação eficaz entre o profissional de saúde e a família, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

O Protocolo de Buckman – SPIKES é um dos modelos de comunicação, tanto com o cliente como com a família, que proporciona maior segurança para o profissional de saúde abordar determinados assuntos, nomeadamente saber o que à pessoa e os seus familiares estão a compreender da situação e ainda fornecer as informações de acordo com o que o cliente e sua família estão disponíveis para ouvir (Cruz & Riera, 2016).

Durante a prática clínica no SUP, deparei-me com situações complexas e inesperadas, nomeadamente situações de mortes ou incapacidades temporárias ou permanentes, que tornaram o contacto com os familiares desafiador, por serem situações incompreendidas pelos próprios. Desta forma, senti a necessidade de aplicar a técnica de comunicação SPIKES, permitindo uma organização mental na transmissão de informação aos clientes e aos seus familiares, gerindo o impacto emocional com a implementação de técnicas de comunicação, com o intuito de quebrar as barreiras à comunicação.

Ainda no SUP, um dos fatores vulneráveis na transmissão de más notícias e aplicação do protocolo é a dinâmica do serviço e a estrutura física, que condiciona o recurso a uma área mais reservada para permitir a distância e o contacto visual entre o profissional de saúde e os familiares. No entanto, estes obstáculos foram ultrapassados através do acolhimento prévio dos familiares numa área mais reservada com menor fluxo de pessoas. Após a comunicação sobre a condição do cliente, e após avaliação do estado emocional dos familiares, quando necessário encaminhava para outro elemento da equipa multidisciplinar, nomeadamente o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para um apoio mais especializado, garantindo uma abordagem mais personalizada a cada família e situação.

No SMI, utilizei como ferramenta de comunicação o protocolo de Buckman num momento de dignificação da morte, com o acompanhamento da equipa multidisciplinar, aplicando aspetos relacionados com esta técnica e obtendo uma resposta emotiva dos familiares. Após a comunicação de más notícias, foi possibilitada a despedida do corpo do familiar/ pessoa significativa perante a situação de óbito, enquanto estratégia facilitadora do processo de luto.

Durante a prática clínica na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, observei a atuação dos Enfermeiros da UCI com os familiares/cuidadores, e percecionei que a equipa não era uniforme o acolhimento dos familiares na UCI, nomeadamente no primeiro contacto estabelecido com os familiares no serviço. Por estes motivos, considerei fundamental uma sessão formativa/reflexão direcionada para a comunicação de más notícias à pessoa, família/cuidados a vivenciar uma situação de má notícia. Ao longo da mesma, procurei destacar a pertinência da intervenção do EEEMC sobre a aplicação e sensibilização da equipa multidisciplinar para a aplicação de habilidades comunicacionais, perante a pessoa em situação crítica e a respetiva família/cuidador

A concretização da formação delineada, dirigida à equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos, permitiu destacar a importância das habilidades comunicacionais para a atuação no cuidar à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença. Possibilitei a sensibilização para adoção do protocolo SPIKES no serviço para a uniformização do primeiro contacto, no acolhimento dos familiares na unidade, com o intuito de permitir um cuidado humanizado. Ainda foi possível no final da formação a reflexão sobre a importância da utilização do espaço reservado para este efeito na unidade, que é um dos fatores facilitadores no contacto com os familiares/pessoa

significativa, permitindo uma comunicação num local mais adequado, e sem distrações associados à dinâmica da UCI.

Em síntese, ao longo dos ensinamentos clínicos procurei gerir a ansiedade e os medos do cliente, família/cuidador em situações críticas e/ou falência orgânica, como também apresentar habilidades de dignificação da morte e do processo de luto, de forma a prestar cuidados de Enfermagem humanizado e personalizados, sendo um contributo para este percurso profissional. Desta forma, adquiri competências especializadas explanadas na unidade de competência “Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, segundo o Regulamento n.º 429/2018.

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

A segunda competência específica, dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, enunciada no Regulamento n.º 429/2018, atribui ao EEEMC a responsabilidade de, numa situação de emergência, exceção e catástrofe, atue conforme as suas competências, “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p.19363).

Do ponto de vista legislativo, o Artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006 contrastava as definições de acidente grave e catástrofe:

- 1 - Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.
- 2 - Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. (p.4696)

Pela necessidade de atualização contínua dos planos de atuação nos contextos de emergência, exceção e catástrofe, a Lei de Bases da Proteção Civil foi atualizada na publicação do Diário da República em 2015, através da Lei n.º 80/2015.

A catástrofe, segundo Lynn et al. (2019), é um evento que acarreta consequências ambientais drásticas a médio e longo prazo. Estas emergências comportam múltiplas vítimas em eventos onde os recursos para tal são temporariamente insuficientes e as equipas de socorro são incapazes de prestar cuidados adequados a todas as vítimas em simultâneo. Os autores mencionados pretendem deste modo reconhecer que em situações de catástrofe, os recursos materiais, humanos e a capacidade de resposta dos serviços de urgência e medicina intensiva são insuficientes, sendo este o grande desafio para as equipas de saúde.

O EEEMMC tem uma atuação diferencial para a prestação de cuidados à pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, tendo como intuito de salvaguardar situações de segurança, adequar as respostas em situações de trauma, realizar a triagem primária e secundária, assegurar os meios técnicos disponíveis e ainda garantir a continuidade dos cuidados.

Ao longo deste percurso, não surgiu a oportunidade de vivenciar situações de emergência, exceção e catástrofe, no entanto desenvolvi atividades que facilitaram o desenvolvimento desta competência, tanto na elaboração de trabalhos relacionados com esta temática, como nos ensinamentos clínicos com o questionamento aos enfermeiros de referência e ainda pela consulta dos planos emergenciais instituídos.

Lenquist (2012) destaca que a detenção de um plano de catástrofe constitui um indicador de qualidade. Estes planos devem de ser dinâmicos e do conhecimento de todos os profissionais envolvidos, para que haja uma contínua atualização e conhecimento do mesmo. A importância da delimitação destes planos passa também por determinar a organização e sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos que têm como objetivo principal a minimização dos efeitos da catástrofe, procurando gerir eficazmente os recursos humanos e materiais para lidar com a situação, como referido pelo autor anteriormente mencionado.

Estes Planos de Emergência, segundo a Resolução da Comissão Nacional de Proteção Civil n.º 30/2015 podem ser distinguidas em dois domínios: Planos Gerais e Planos Especiais, em que os gerais respondem à generalidade das situações de emergência e os especiais a acidentes graves e catástrofes específicas.

No Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM) encontram-se descritas respostas para os riscos de uma forma geral, tendo em conta o seu grau de gravidade e a probabilidade de ocorrência. Em traços gerais, trata-se de um plano pormenorizado, onde se encontram descritos todos os intervenientes e o seu papel aos vários níveis para dar uma melhor resposta aquando de uma catástrofe.

As situações de urgência, exceção e catástrofe na Região Autónoma da Madeira são escassas, mas é imperativo que a instituição de saúde, o Hospital Central do Funchal, e ainda o SUP, o SMI e Bloco Operatório detenham um plano de ação.

A Direção-Geral da Saúde (2010) recomenda que todas as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) sejam detentoras de um plano de emergência, de acordo com o Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS).

O PEUS é adaptado a cada unidade de saúde, no entanto a base é semelhante, uma vez que visa dar resposta a um acontecimento inesperado que acarreta dificuldades sanitárias graves. Deste modo, para garantir o sucesso deste plano é necessário haver uma uniformização, no mínimo a nível nacional, no sentido de facilitar a colaboração entre hospitais, unidades de saúde e equipa pluriprofissional. De acordo com a orientação n.º 007/2010 da Direção-Geral da Saúde, este plano de Emergência nas Unidades de Saúde, foram agrupados por: Fichas temáticas (identificação e avaliação de riscos, risco nuclear e químico, plano de emergência interno contra incêndios) e Fichas de Preparação (Organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerias).

Uma vez que o Ensinos Clínicos I e II decorreram na mesma instituição, tive contacto com o Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas do Hospital Central do Funchal. Este foi elaborado pelo Gabinete de Qualidade a 31 de Janeiro de 2008, no manual do Serviço PO.01 DAPO.0022, versão n.º 003. Através da sua análise compreendi que este não está de acordo com as orientações mais recentes, emanadas pelo *Medical Response do Major Incidents and Disasters* (MRMI).

A metodologia do MRMI, recomendada por Lennquist e Dobson (2012), com a aplicação de um cartão de ação denominada por CSCATT: Comando e Controlo; Segurança; Comunicação; Avaliação; Triagem; Tratamento; Transporte. Na primeira fase deste conceito – Comando e Controlo – são atribuídos os diferentes papéis no Teatro de Operações, nomeadamente o de *Medical Incident Commander*, profissional diferenciado com competências na área clínica e com aptidão para gerir a catástrofe, o *Police Incident Commander* e *Rescue Incident Commander* (Lennquist & Dobson, 2012). O *Medical Incident Commander* é fundamental para estabelecer contacto com o *Rescue Incident Commander*, o responsável pelas operações de resgate, que geralmente é atribuído ao oficial responsável pela primeira corporação de bombeiros a chegar ao Teatro de Operações, assim como estabelecer contacto com a primeira unidade policial (Lennquist & Dobson, 2012).

Na segunda etapa – Segurança - o *Medical Incident Commander* estabelece comunicação com o *Rescue Incident Commander*, com o intuito de perceber possíveis riscos na área e, desta forma, acionar profissionais de saúde para o cenário (Lennquist & Dobson, 2012). Desta forma, são delineadas as seguintes zonas: zona quente/ zona de sinistro; zona de apoio; zona de concentração e reserva; e zona de receção de recursos.

Na etapa da Comunicação, o *Medical Incident Commander* estabelece a comunicação contínua com o Comando Regional de Operações e Socorro de forma a solicitar informação sobre a capacidade do hospital, pedir suporte adicional no cenário

(recursos de transporte, equipamento, humanos), reportar o número de vítimas no local e transportes que foram encaminhados para o hospital (Lennquist & Dobson, 2012). Neste âmbito, é de salientar que este profissional não se deverá envolver na prestação direta de cuidados de saúde.

Na terceira etapa – Avaliação, é realizado um reconhecimento do cenário, nomeadamente da zona do sinistro, de forma a obter uma visão geral da cena, com o intuito de identificar os cuidados emergentes e da necessidade das equipas de desencarceramento das vítimas. Para a concretização desta segunda avaliação do cenário, será considerado as etapas HANE, integradas no METHANE, que complementa os seguintes tópicos: perigos (*Hazards*); acesso (*Access*); número de vítimas (*Number of casualties*) e necessidade de recursos e equipamentos (*Emergency services and equipment required*) (Lennquist & Dobson, 2012).

Nas etapas seguintes – Triage, Tratamento e Transporte – é destacada a importância da triagem, com o intuito de prestar assistência à pessoa com manobras de “*life saving*”, determinando o nível de urgência, e assim determinar o tratamento e o transporte adequado (Lennquist & Dobson, 2012). Os mesmos autores salientam que para a concretização de um adequado tratamento é importante a definição e adequação de um Posto Médico Avançado, um espaço físico organizado, onde serão prestados os cuidados de emergência necessários para assegurar que as vítimas são estabilizadas e transportadas nas melhores condições possíveis até à unidade de saúde mais adequada.

Neste âmbito do Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas do Hospital Central do Funchal, através da discussão com profissionais de saúde com responsabilidades na elaboração deste plano, tomei conhecimento de que o mesmo está em atualização e a ser revisto por profissionais com formação, treino e experiência a colaborar com o Gabinete de Crise.

O plano em vigor no Hospital Central do Hospital está direcionado para todos os serviços do mesmo, dando destaque para o SUP, para o SMI e ainda para o Bloco Operatório. Por estes motivos, o mesmo deve ser de conhecimento de todos os profissionais, sendo o mesmo ativado, de acordo com o tipo de gravidade de situação, por níveis, de forma gradual e sequencial.

Durante o ensino clínico do Módulo II - Opção Clínica, que decorreu num Hospital Central do Porto, consultei o Plano de Emergência Externa do Centro Hospitalar, reformulado e adaptado em 2023, por profissionais classificados, que constituem a Comissão de Emergência e Catástrofe, aprovado pelo Conselho Administrativo do Hospital e ainda

pela Autoridade Nacional de Proteção Civil. Foi possível constatar que este plano baseia-se na Resolução da Assembleia da República n.º 106/2015 sobre a Elaboração de Planos de Emergência Internos.

Destaco como aspeto positivo deste plano a revisão e atualização do mesmo após a ocorrência de um incêndio num serviço do Hospital, em que foram identificadas lacunas na aplicação do plano anterior após *debriefing* em equipa multidisciplinar, proporcionando a melhoria nas respostas.

Desta forma identifiquei o Plano Específico na UCI Neurocríticos, elaborado por Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano de 2020. O mesmo tem como finalidade a adaptação dos procedimentos do Plano de Segurança Interno às características do serviço, servindo como orientador para a atuação dos profissionais de saúde.

Para além do descrito anteriormente, ao longo do mestrado, na unidade curricular Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe tive a oportunidade de elaborar um trabalho, com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção de emergência e catástrofe fundamentado na revisão bibliográfica partindo de um caso clínico, complementado com a triagem, estabilização e encaminhamento das vítimas. O caso clínico que tive oportunidade de desenvolver decorreu na Ilha dos Açores, pelo que proporcionou o conhecimento e contacto com o Plano Regional de Emergência de Proteção Civil dos Açores, apoiado na metodologia MRMI.

Neste âmbito, ainda na Unidade Curricular Intervenção em Situações de Emergência, exceção e catástrofe, tive a oportunidade de participar numa simulação sobre explosão do depósito de combustível de um helicóptero no Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira, que provocou um elevado número de vítimas. Nesta simulação tivemos de implementar a metodologia de MRMI, incluindo a montagem do Posto Médico Avançado para o acolhimento das vítimas. Concluí através das atividades desenvolvidas a importância das simulações e do treino na intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, com o intuito de habilitar os profissionais de saúde na atuação rápida e adequada.

De forma a responder e a mitigar os riscos das catástrofes é fundamental os profissionais de saúde de emergência estarem preparados para intervir em desastres. A preparação dos mesmos não assenta apenas na sua capacidade e conhecimentos teóricos, mas também nos seus níveis de preparação. Nesta perspetiva, Ferreira (2021) defende que é imprescindível a simulação da cadeia de gestão de catástrofe, de forma a antecipar as

intervenções adequadas, de forma a testar os procedimentos, e assim, identificar falhas e mitigar limitações encontradas.

Por estes motivos, no planeamento da resposta à situação de catástrofe, é fundamental a priorização da atuação nestes cenários, com recurso aos sistemas de triagem. A triagem previne complicações e identifica quadros agudos que implicam riscos para a vida. É através desta triagem que se determinam qual vítima deve de ser atendida primeiro, comparativamente aos que podem aguardar o atendimento em segurança, considerando os diferentes níveis de gravidade e não a ordem de chegada, visando diminuir as complicações decorrentes do tempo de espera nos casos mais graves (Lopes, 2021). O mesmo autor acrescenta que este sistema permite também assegurar a sobrevivência do maior número possível de vítimas, ao controlar o fluxo das vítimas, a distribuição dos profissionais por áreas de assistência e determinar o início de medidas terapêuticas.

O Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2012) refere que realizar a triagem num ambiente onde ocorreu um acidente é sempre uma decisão complicada, por ser um ambiente hostil e dramático, onde existem informações incompletas, sob pressão emocional, baseada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro limitados. O método mais utilizado, aquando de uma catástrofe, é a triagem fisiológica, assim como numa primeira abordagem intra-hospitalar (Lennquist, 2020). A literatura publicada pelo INEM (2012) refere que a nível europeu, as triagens mais utilizadas são a Triagem Sieve e a Triagem *Simple Triage And Rapid Transport* (START).

Aquando da realização do simulacro no Serviço Regional de Proteção Civil, tive a oportunidade de ficar alocada ao posto de triagem, que me permitiu o contacto com a triagem primária, nomeadamente a Triagem START, que se baseia na capacidade de andar, na respiração e permeabilidade das vias aéreas, na frequência respiratória e na frequência cardíaca, respeitando o fluxograma.

Aquando da discussão com os Enfermeiros de Referência, constatei que a triagem utilizada é a Triagem START a nível do Hospital do Porto como também no Hospital da RAM, sendo diferenciada da triagem do quotidiano. Tive oportunidade de observar o Kit de catástrofe, que continha: pulseiras de identificação com cores; requisição de análises numeradas, tubos de colheita sanguínea e requisições de exames complementares.

Este sistema de triagem, segundo o INEM (2012), segue um fluxograma, em que a primeira avaliação da vítima é se a mesma anda, e caso se verifique é dada Prioridade 3. Se a vítima não tiver capacidade de deambular é avaliado o próximo item, correspondente à Respiração. Neste item, se a vítima não apresenta movimentos respiratórios é permeabilizada

a via aérea e decidida a prioridade: se não respirar é considerado morto e se respirar é considerado Prioridade 1. No caso de a vítima apresentar respiração é avaliado o item seguinte, que corresponde à Frequência respiratória, com valores aceitáveis entre os dez e os 29 c/min. Quando este valor está aumentado ou diminuído, a vítima é de Prioridade 1. No item de frequência cardíaca, este valor for 120 bat/min é considerada uma Prioridade 1.

De acordo com o INEM (2012), esta triagem segue um fluxograma para uma triagem uniforme e para impor uma ordem de prestação de cuidados às vítimas. Desta forma a triagem garante a divisão das vítimas em 4 categorias: Prioridade 1 (vítima emergente); Prioridade 2 (vítima grave); Prioridade 3 (vítima não grave) e Prioridade 4 (morto).

Para além da triagem primária, é importante abordar a triagem secundária, que para o INEM (2012) é realizada de acordo com o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). Este método consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a CGS) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é igual à soma da Frequência Respiratória, da Tensão Arterial Sistólica e da Escala de Coma de Glasgow, codificadas de zero a quatro, para se obter uma pontuação TRTS de zero a 12 pontos. A categorização das vítimas é atribuída segundo a pontuação obtida no TRTS, da seguinte forma: TRTS = [1, 10] Prioridade 1; TRTS = 11 Prioridade 2; TRTS = 12 Prioridade 3; TRTS = 0 Morto.

Desta forma, ao longo do Mestrado, tive oportunidade de identificar que nas situações de catástrofe devem-se aplicar assim que possível os PEUS, de forma a iniciar a assistência e compreender o desenrolar estratégico. Tal oportunidade permite a consciencialização da atuação adequada e eficiente, essencialmente nos serviços-chave, como o SUP, o SMI, o BO e o Banco de Sangue.

Para além do mencionado anteriormente, ainda nas práticas clínicas verifiquei que os sistemas de triagem são completos e diversificados, estando em concordância com a evidência científica. Assim, o conhecimento e aplicação periódica dos planos de catástrofe nos simulacros permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar competências específicas de EEEMC na atuação em contexto real. Desta forma, o conhecimento da gestão básica de catástrofes, tais como cadeia de comando, comunicações, descontaminação, triagem, apoio psicológico, e transporte, permitem ao Enfermeiro Especialista compreender as competências centrais na atuação em situações de catástrofe.

Os enfermeiros são os intervenientes-chave em situações de catástrofe, exceção e catástrofe, atendendo às suas habilidades de prestação de cuidados, criatividade de adaptabilidade e de liderança (*International Council of Nurses*, 2019b). No entanto, a

prestação de cuidados de saúde em situações de catástrofe só é bem-sucedida quando os enfermeiros têm competências desenvolvidas para a execução do mesmo. Os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes exige que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhes permita planejar e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada.

Na gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, é fundamental a compreensão pela comunicação efetuada nestas situações. O INEM (2012) salienta que a comunicação num cenário multivítimas assume também um papel basilar, em que o fluxo de informação deverá estar assente num plano de comunicações estruturado e organizado que garanta a troca de informação entre as equipas e que permita também a troca de informação com níveis de decisão. Assim foi perceptível identificar em ambos os hospitais onde realizei as práticas clínicas, o Gabinete de Crise como gestor da interação entre as equipas do pré-hospitalar com a Unidade de Saúde, evidenciando-se uma hierarquização da comunicação, garantindo um circuito de comunicação eficaz, padronizado e fechado.

Atendendo que a comunicação é uma componente inerente a prática do Enfermeiro, num contexto de catástrofe, e por toda a exigência da situação, é fundamental que o Enfermeiro Especialista detenha conhecimentos e competências nesta área de forma a dar uma resposta adequada, tornando-se uma mais-valia na gestão de cuidados em situações de exceção.

Na reflexão sobre a abordagem às situações de exceção, engloba-se a prática de crime, nomeadamente os indícios destas práticas, a preservação de vestígios baseada na Cadeia de Custódia e ainda permitir uma eficácia dos cuidados de enfermagem nesta vertente.

A Enfermagem Forense concilia princípios gerais de enfermagem com princípios das ciências forenses tradicionais, de forma a possibilitar cuidados diretos às vítimas, agressor e testemunhas de situações de violência, sendo que os enfermeiros são os primeiros profissionais a entrar em contacto com a vítima para anamnese e para o exame físico (Dumarde et al., 2022). Atendendo a este facto, os Enfermeiros têm a necessidade de garantir a prestação de cuidados de enfermagem, bem como preservação dos vestígios de indícios de prática de crime e o encaminhamento para as entidades judicial e social.

O papel do enfermeiro não é realizar investigações forenses, é ter consciência da sua posição privilegiada na identificação, colheita e preservação de provas que possam ser importantes numa posterior investigação forense (Camilo et al., 2017). Assim, a intervenção do EEEMC é garantir o respeito pelos direitos das vítimas.

Ao longo do mestrado, não prestei cuidados de Enfermagem a vítimas de crimes ou suspeita do mesmo, não tendo a oportunidade de visualizar dos cuidados específicos nestas situações. Todavia, com o intuito de desenvolver competências especializadas nesta vertente, surgiu a oportunidade de elaborar um trabalho para a Unidade Curricular de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica – Enquadramento Concetual, de realizar entrevistas aos EEEMC sobre a unidade de competência “Assegura a eficiência dos cuidados de Enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime”. Nestas entrevistas pude constatar a importância dos cuidados de Enfermagem na assistência à pessoa vítima de crime, e que ainda são garantidos os procedimentos adequados baseadas na cadeia de custódia, nomeadamente os protocolos hospitalares.

Além da realização deste trabalho, tive a oportunidade de assistir a um seminário “Aspetos Forenses em Emergência Extra-Hospitalar” tendo com preletor o Albino Gomes, que me alertou para os cuidados de Enfermagem na prática clínica.

A assistência à pessoa vítima de crime suscita, frequentemente, o desenvolvimento de dilemas éticos inerentes a cada tipo de situação (Gomes, 2014). Esta deve basear-se nos princípios éticos da Enfermagem, priorizando os cuidados de emergência à pessoa, a preservação e a proteção do local.

A proteção da vítima e do profissional é a documentação dos factos, nomeadamente com um registo completo, pormenorizado, minucioso, preciso, factual e objetivo, evitando suposições ou imprecisões e que seja elaborada de forma cronológica com a descrição de lesões existentes, quanto ao tamanho, forma, cor, localização e características da pele circundante, assim como o objeto causador da mesma (Gomes, 2014).

Neste sentido, Dumarde et al. (2022) referem que a existência de protocolos específicos na abordagem à vítima é considerada fundamental, de forma a conciliar a assistência clínica com os procedimentos da investigação judicial. Os autores salientam que, embora o papel dos enfermeiros nas situações de emergência e urgência seja a preservação da vida da pessoa, é fundamental conciliar os cuidados com a capacidade de reconhecer e documentar procedimentos que possam ter utilidade na área médico-legal. Dumarde et al. (2022) admitem que nenhum protocolo deverá atrasar os cuidados emergentes, mas sensibilizar os profissionais para a preservação dos vestígios, com foco na Cadeia de Custódia.

A cadeia de custódia assume-se como pilar fundamental na recolha de vestígios, que constitui uma metodologia que garante a qualidade e idoneidade do processo de recolha, garantindo o controlo da confidencialidade e segurança dos vestígios (Coelho, 2016). O

respeito pela cadeia de custódia, segundo o autor mencionado, garante o percurso dos vestígios desde a sua recolha até à produção de prova. Além da recolha e preservação de vestígios e a manutenção da cadeia de custódia, os registos de enfermagem são fundamentais, no que concerne a matéria médico-legal.

O EEEMC tem uma intervenção com a equipa inter e multidisciplinar. Gomes (2014) reconhece o enfermeiro, como o profissional que assegura o encaminhamento da pessoa e família para os gabinetes de apoio. Estes gabinetes são importantes para as respostas sociais para as pessoas e famílias, de forma a incrementar a eficiência dos recursos e apoios sociais.

Desta forma, saliento que os profissionais de saúde com competências especializadas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica representam um elo importante numa equipa multidisciplinar no inquérito criminal. Nestes contextos, é fundamental o conhecimento acerca da identificação, colheita e preservação de vestígios, no sentido de minimizar perdas, destruição ou de contaminação durante a prestação de cuidados de saúde imediatos.

Neste sentido, considero que desenvolvi a competência especializada de “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, através das experiências mencionadas ao longo deste relatório, com também pela consulta da informação disponível sobre os planos de atuação nestas situações.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica

As IACS são definidas pela *World Health Organization* (2011) como infeções documentadas após 48 horas de permanência do doente na instituição de saúde e que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão.

De acordo com *World Health Organization* (2016), as IACS são as complicações mais frequentes nos internamentos, que revelam repercussões nas taxas de morbilidade e mortalidade, acarretando um impacto económico significativo, constituindo um problema de saúde pública.

De acordo com *Massachusetts Health & Hospital Association* (2023), os *Centers for Disease Control* (CDC) estimam que as IACS constituem estimadamente 1.7 milhões de infeções, associadas a 99 000 mortes anuais. Esta associação particulariza ainda as IACS, evidenciando que 32% das mesmas são associadas ao trato respiratório, 22% ao local cirúrgico, 15% associados a pneumonias e 14% a infeções pela corrente sanguínea.

A competência “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” é uma das competências enunciadas no Regulamento 429/2018, em que é descrita como

o elevado risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (p.19364)

Segundo o Despacho n.º 10901/2022, o PPCIRA é um programa prioritário de saúde, que tem como missão a prevenção e controlo de IACS, que orienta a prescrição e consumo adequados de antimicrobianos e a redução da emergência e transmissão de resistência a antimicrobianos, através de intervenções que visam a melhoria da qualidade, intervenções educativas e também comportamentais.

Em 2022, a DGS publicou um documento intitulado Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, onde evidencia a importância do papel da PPCIRA e os objetivos preconizados para 2026. Uma das metas enunciadas para as “Práticas seguras em ambientes seguros”, passa pelo objetivo de “Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos”, onde a principal intervenção passa por promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, como preconizado pelo PPCIRA.

A Direção-Geral da Saúde, no Despacho n.º 2757/2017, publicado no Diário da República em 2016, apresenta o projeto “O Desafio STOP – Infeção Hospitalar” em articulação com a Fundação Calouste Gulbenkian, com o intuito de adoção de boas práticas e ainda ser um indicador de qualidade de cuidados, para a diminuição em 50% num período de três anos a incidência das IACS. Tendo em conta a problemática, o Serviço de Saúde da RAM em 2022, aderiu ao “STOP Infeção Hospitalar 2.0”.

Durante este percurso formativo, em ambos os contextos de ensinamentos clínicos (SUP e UCI), constatei a precaução constante dos profissionais de enfermagem pela prevenção de infeção, apesar dos obstáculos da sobrecarga de trabalho e da sobrelotação do serviço, foi garantida a assepsia no cuidado à pessoa em situação crítica, atendendo à predisposição para o desenvolvimento de infeção.

Atendendo à importância nos cuidados de Saúde, a DGS (2013) na Norma n.º 029/2012 enuncia as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), como medidas universais, cujo objetivo passa por prevenir a transmissão de infeção cruzada, garantindo a

segurança dos clientes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os mesmos.

As PBCI's são compostas por 10 itens: colocação dos clientes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Na mesma linha de pensamento, é de ressaltar que as PBCI não são a única forma de prevenção da transmissão, sendo necessárias medidas adicionais, nomeadamente nas precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas).

Na prática clínica no SU, foi possível verificar que existe maior risco de infeção cruzada, associado a diversos fatores vulneráveis, nomeadamente o não cumprimento de PBCI's adequadas, a sobrelotação do serviço e ainda a própria estrutura física, em que é difícil manter o distanciamento adequado entre os clientes na Sala Aberta, e ainda pela dificuldade na higienização adequada das mãos, pela inacessibilidade de lavatórios próximos aos clientes. No entanto, na SO e na SE são ambientes dentro do SU mais controlados, com maior capacidade de controlo e prevenção das IACS, com a utilização dos EPI's apropriados, correta higienização das mãos atendendo aos cinco momentos, o uso de biombos para garantir um distanciamento entre clientes com infeções respiratórias, sendo assim de salientar a preocupação por parte do EEEMC na minimização da infeção cruzada.

A Direção Geral de Saúde (2021), no Programa Prioritário do PPCIRA aponta que o incumprimento ou a incorreta utilização das PBCI, potencia o desenvolvimento de complicações associadas ao internamento, com o prolongamento do mesmo e com o aumento consequente das taxas de morbilidade e mortalidade. Por estes motivos, é crucial a execução dos procedimentos adequados segundo as normas emanadas pela PPCIRA, com o intuito de diminuição da incidência das IACS.

Durante a prática clínica nas Unidades de Cuidados Intensivos (SMI e UCI Neurocríticos), foi possível constatar a preocupação constante dos profissionais de Enfermagem pela prevenção de infeção, sendo respeitada a cadeia epidemiológica da infeção no cuidado à pessoa em situação crítica, atendendo à predisposição para o desenvolvimento de infeção. Nestes ambientes é notório o cumprimento da PBCI's por parte da equipa multidisciplinar, áreas reservadas para o isolamento, assim como a existência de em cada unidade do cliente, uma solução para desinfeção das mãos aquando dos momentos apropriados.

Durante a prestação direta de cuidados nos diferentes contextos clínicos, procurei aplicar medidas de controlo e prevenção das ICAS, tendo por base a cadeia epidemiológica, os princípios de assepsia, e respeitando os circuitos dos clientes e resíduos. Ainda adotei medidas de higienização das mãos corretamente, respeitando os cinco momentos, no manuseamento dos equipamentos de monitorização invasiva, como também no manuseamento de dispositivos que oferecem uma porta de entrada direta dos micro-organismos a determinados órgãos e sistemas.

Ao longo do mestrado tive contacto com doentes imunodeprimidos e doentes infetados com COVID-19 e KPC, em que tive de adequar os EPI's apropriados, e ainda sensibilizar os familiares/cuidadores sobre o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção.

Por estes motivos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume um papel preponderante na equipa profissional, com o objetivo de ser referência na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos. Apesar dos fatores intrínsecos à pessoa, que influenciam a incidência das IACS, podem ser atenuadas ou diminuídas pela adequação das estratégias e aplicação dos diversos feixes de intervenções enunciados pela Direção Geral de Saúde, e ainda pela utilização adequada das PBCI.

Atendendo a esta preocupação constante de prevenção e controlo de infeção identifiquei os feixes de intervenções utilizados para as IACS mais frequentes nos diferentes contextos clínicos: Norma n.º 21/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação; Norma n.º 22/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central; Norma n.º 19/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e Norma n.º 20/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.

Apliquei ao longo das práticas clínicas os feixes de intervenção destacados, planeando cuidados à pessoa em situação crítica direcionados para prevenção da infeção associada à intubação, na inserção e manutenção do cateter venoso central e na prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical.

Nos diferentes contextos clínicos do mestrado verifiquei a consciencialização da equipa multidisciplinar no que concerne ao uso de antibioterapia, atendendo à resistência aos antimicrobianos, de forma que é agilizada a colheita dos produtos microbiológicos antes do início da terapêutica para a adequação do tratamento.

Dado o controlo e prevenção da infeção carecer também da consciencialização do profissional, assim como de um conjunto de atitudes a implementar por todos os

profissionais intervenientes no cuidado, enalteço a conduta das equipas onde estagiei para o cumprimento rigoroso das intervenções de cada feixe. Deste modo, atuei na salvaguarda do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, revelando conhecimentos na prestação de cuidados especializados e seguros.

Durante a prática clínica no Ensino Clínico II, foi exposto pela equipa de enfermagem, nomeadamente pelo EEEMC responsável pela formação e pelo prevenção e controlo de infeção, a necessidade de formação da equipa relativamente às atualizações do feixe de intervenções de 2022, nomeadamente sobre Pneumonia associada à Intubação (PAI), Cateter Venoso Central (CVC) e ainda sobre a ITU associada ao Cateter Vesical.

Por este motivo, foi realizada uma formação no dia 14 de dezembro, sobre as atualizações dos feixes de intervenção, com o intuito de sensibilizar os enfermeiros para as novas evidências científicas, de forma a garantir o cumprimento do feixe e ainda possibilitar a prestação de cuidados seguros. Para esta formação foi realizado um *powerpoint* com a informação pertinente para abordagem e para o debate na UCIP e ainda disponibilizado um livreto de bolso, acessível através de um Código QR. Esta formação contou com a participação de 9 Enfermeiros da UCIP.

Atendendo à área de prevenção e controlo de infeção ser uma preocupação de saúde pública, promovi a literacia no contexto da prevenção da infeção, consciencializando os familiares e/ou pessoas significativas acerca das medidas a adotar.

Atendendo ao referido anteriormente e às atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, consegui desenvolver e aprimorar a competência especializada do EEEMC, quer pelo conhecimento do Plano de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos, quer pela adoção de intervenções tendo por base os procedimentos e circuitos para a prevenção e controlo de infeção face as diversas vias de transmissão, contribuindo ativamente para a melhoria dos cuidados.

3. DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O percurso delineado para a aquisição de competências, tanto comuns como específicas, do EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, baseados na reflexão das atividades desenvolvidas em contexto das unidades curriculares e das práticas clínicas, permitiu o desenvolvimento das competências de Mestre.

Neste percurso de obtenção do grau de mestre foi primordial a reflexão na ação e sobre a ação, na área da pessoa em situação crítica, permitindo a interligação entre a teoria e a prática, aprimorando a qualidade do cuidado e o desenvolvimento de competências académicas e profissionais. Assim, a reflexão na ação durante os contextos de práticas clínicas, facilitou no processo de tomada de decisão segura, adaptando-me ao contexto dinâmico da pessoa em situação crítica no SUP ou na UCI com aplicação de conhecimentos teóricos, e ainda a prevenção do erro.

Neste âmbito de reflexão sobre as competências de mestre adquiridas ao longo deste percurso académico e profissional, é de destacar a reflexão sobre a ação que permitiu o aperfeiçoamento profissional e a aprendizagem contínua, quer com a aplicação de intervenções baseadas nas evidências científicas mais recentes, quer fomentando o pensamento crítico.

Para a obtenção do grau de mestre, está assente no Decreto-Lei nº 65/2018, artigo 15º, os profissionais têm de demonstrar,

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.4162)

Atendendo ao mencionado anteriormente, nos ensinamentos clínicos experienciados, desenvolvi competências de EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, com foco no cuidado à pessoa em situação neurocrítica, suportada em evidência científica

recente, abordagens protocolizadas para as boas práticas, adoção de postura profissional assertiva e segura, com vista os ganhos em saúde e *outcomes* positivos das pessoas em situação crítica que assisti.

Ao longo do mestrado fui confrontada com situações novas e não familiares, que permitiram a aplicação de conhecimentos e intervenções atendendo à criticidade da pessoa em situação crítica, quer no contexto de urgência, quer no contexto de medicina intensiva. Esta capacidade de compreensão, permitiu a confrontação com a equipa multidisciplinar sobre a evolução do estado hemodinâmico do cliente, atendendo à falência ou risco de falência orgânica, através da priorização de cuidados na SE, com antecipação de focos de instabilidade, garantindo uma atuação adequada e atempada.

Neste âmbito, o plano de estudos reuniu ensinamentos clínicos específicos que contribuíram para o desenvolvimento das competências especializadas preconizadas. Neles, o trabalho autónomo previsto, possibilitou a reflexão crítica baseada em evidência científica sobre as situações vivenciadas, orientando o meu processo de aprendizagem.

Ao longo deste percurso académico e profissional, as reflexões críticas elaboradas, com recurso ao Ciclo de Gibbs, possibilitou a confrontação das atitudes nas práticas clínicas, garantindo a prestação de cuidados seguros e adequados, modificando o modo de agir em situações novas e semelhantes.

Para além das reflexões, tive oportunidade de realizar um Estudo de Caso no SMI durante o Módulo I do Estágio com Relatório. Com aplicação da metodologia de Processo de Enfermagem, tendo por base a Teoria da Nancy Rooper, fui capaz de determinar as necessidades da pessoa em situação crítica e dos familiares/pessoa significativa e, deste modo, foi possível a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem adequadas e ajustados à pessoa em situação crítica e aos familiares/pessoa significativa, nomeadamente à pessoa com traumatismo vertebro-medular.

Atendendo à aprendizagem e sensibilidade desenvolvida neste percurso académico, destaco a escolha da teórica de Enfermagem como uma opção pouco adequada à abordagem que almejei. Considero que poderia ter optado pela Teoria das Transições, de forma a potencializar a qualidade dos cuidados prestados. O recurso à Teoria das Transições da Afaf Meleis permite uma abordagem estruturada e holística que vai para além do cuidado físico, englobando as dimensões emocionais, sociais e psicológicas nas transições ao longo da vida, especificamente na transição de saúde-doença. Um cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades, ajudando os clientes a enfrentar e gerir as mudanças de maneira mais eficaz,

a identificação de barreiras à recuperação e autonomia fazem todo o sentido no cuidado da pessoa com status neurológico comprometido ou em risco.

No Ensino Clínico referente à Opção Clínica, foi imprescindível também, a elaboração do Projeto de Autoformação. Este permitiu uma revisão narrativa sobre a temática do cuidado à pessoa em situação neurocrítica, enfatizando a fisiopatologia dos Traumatismos Crânio-Encefálicos, identificando os focos de atenção e ainda os protocolos de atuação para o cuidar especializado.

Por conseguinte, ao longo deste mestrado, com a pesquisa científica, constatee o papel de Mestre no cuidado à pessoa em situação neurocrítica, pela utilização dos seus conhecimentos avançados sobre a avaliação integral da pessoa em situação crítica, a neuromonitorização e ainda nas intervenções com intuito de neuroprotecção, de forma a minimizar as lesões cerebrais secundárias. Deste modo, foi fundamental a aplicação de *guidelines* para emitir juízos clínicos sobre determinadas situações, como também para implementar intervenções fundamentais para a pessoa com TCE nas unidades de cuidados intensivos.

Através da observação e análise dos diferentes contextos clínicos, nos diferentes domínios das competências especializadas na área da pessoa em situação crítica, fui capaz de identificar áreas de necessidade de intervenção para melhoria dos cuidados prestados, com o intuito de providenciar a partilha das intervenções baseadas em evidência científica, permitindo uma evolução do cuidado humanizado. Por estes motivos, no Ensino Clínico II, planei e realizei uma formação intitulada “Atualização dos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS” presente no Apêndice I, bem como, no e ainda no Ensino Clínico de Opção, uma sessão de formação sobre a comunicação de más notícias, designada “Estratégias para a comunicação de más notícias – Protocolo de SPIKES”, conforme o Apêndice II.

Desta forma, saliento que este percurso permitiu-me adquirir a “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”, conforme preconiza o Decreto-Lei nº65/2018.

A comunicação é um dos desafios do quotidiano do Enfermeiro, representando um desafio constante no meu percurso profissional, ao qual destaco para a importância da adoção de estratégias de comunicação para a troca de informação, tanto entre a equipa multidisciplinar como com os clientes e os familiares.

Ao longo do mestrado, nas apresentações/discussões com os professores e orientadores nas diferentes unidades curriculares, surgiram oportunidades para o desenvolvimento da capacidade de comunicação, de forma que a mesma fosse clara e eficaz relativamente às temáticas relacionadas com a pessoa em situação crítica. Para além destas apresentações em contexto académico, as formações realizadas no SMI e na UCI Neurocríticos, destacaram a minha capacidade de comunicar com outros profissionais de saúde acerca das conclusões sobre os cuidados prestados, baseados na evidência científica, de forma clara, assertiva e sem ambiguidades.

Ainda nas práticas clínicas, os momentos de passagens de turno também fomentam o desenvolvimento da capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, permitindo uma transição de cuidados sem falhas de comunicação, garantindo a continuidade de cuidados seguros e humanizados. Assim sendo, ao longo dos ensinamentos clínicos, recorri à técnica ISBAR, com vista à diminuição de erros/falhas de comunicação.

Este percurso académico permitiu o desenvolvimento de uma maior confiança perante a necessidade de comunicação entre a equipa multidisciplinar, com o recurso a estratégias eficazes que permitiram o estabelecimento de uma comunicação eficiente e clara com a pessoa em situação crítica/pessoa significativa. Como resultado, foi possível desenvolver a competência de mestre, de “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”, de acordo com Artigo 15º do Decreto-Lei 65/2018.

Em concordância, a aprendizagem ao longo da vida profissional é um processo contínuo, em que exige uma busca contínua de conhecimentos, de forma autónoma, permitindo a melhoria contínua dos cuidados, atendendo à evidência científica.

Desde a licenciatura que procuro conhecimentos atualizados sobre o cuidar a pessoa em situação crítica, de forma a sobressair o cuidar, independentemente da minha área de prestação de cuidados. Deste modo, no ano letivo 2020/21, ingressei numa Pós-Graduação Avançada do Doente Crítico, com o intuito de desenvolver o olhar clínico na abordagem à pessoa em situação crítica, em que tive a oportunidade de obter certificações nas seguintes formações Suporte Avançado de Vida Cardiovascular acreditado pela *American Heart Association*, o *International Trauma Life Support (ITLS)* e *ITLS Access* (nas situações de exceção e catástrofe) e o *Emergency Medical Patients Assessment Care Transport* direcionado para o transporte do doente crítico.

Para além do referido anteriormente, no decorrer do curso de Mestrado tive a oportunidade de participar no curso de Suporte Básico de Vida – Desfibrilhador Automático Externo e ainda em seminários, ao qual destaco o seminário relativo a questões forenses intitulado “Colheita, Preservação e Documentação de vestígios Forenses”.

Ao longo do mestrado, tive a oportunidade de constatar o papel do Enfermeiro Mestre nas equipas de enfermagem nos diferentes contextos clínicos, ao qual pude verificar que os mesmos são identificados como elementos de referência, despertos para as dificuldades dos elementos da equipa, delineando estratégias de forma a fomentar as habilidades do cuidar na equipa.

Tendo por base tudo o que fora referido, a realização deste mestrado tornou-se uma oportunidade formativa na minha área de interesse profissional, para o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Como futura EEEMC e Mestre, estarei desperta para o cuidar holístico e especializado na abordagem à pessoa em situação crítica, com a antecipação dos focos de instabilidade, administração de protocolos terapêuticos complexos, gestão da dor e do bem-estar da pessoa, estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa, família/cuidados face à situação de alta complexidade, na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, e ainda na gestão de situações de emergência, exceção e catástrofe. Assim, poderei ser um elemento potenciador nas equipas de Enfermagem, fomentando conhecimento e habilidades na arte do Cuidar da pessoa em situação crítica, ao longo da minha vida profissional.

CONCLUSÃO

O presente relatório demonstra o percurso formativo para a aquisição das competências do EEEMC no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica. Ao longo do mesmo, foi possível identificar e refletir sobre a importância que as intervenções especializadas desempenham na melhoria dos desfechos clínicos e na garantia de cuidados de saúde de qualidade em contextos de elevada complexidade. Além disso, a análise crítica das práticas clínicas realça o desenvolvimento profissional, de forma a enfrentar as situações complexas do quotidiano, tanto no SU como nas UCI, promovendo uma prática reflexiva e ética.

A aquisição de competências comuns e específicas é um processo complexo e dinâmico, que procura o envolvimento ativo tanto na prática clínica, como na busca de evidência científica pertinente para a prestação adequada e adaptada à pessoa com doença crítica. A realização deste relatório permitiu a compreensão e a reflexão sobre as vivências nas práticas clínicas, a forma com as mesmas potenciam a aquisição das competências, sendo esta uma ferramenta importante no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica.

Neste percurso académico, os objetivos delineados foram concretizados com sucesso, pela aquisição de conhecimentos e competências científicas através do trabalho autónomo com recurso a pesquisa em evidência científica recente, da realização dos ensinamentos clínicos e dos trabalhos propostos.

As práticas clínicas, tanto no SU e nas UCI, permitiram uma gestão de cuidados pela implementação de intervenções especializadas tanto para cuidar da pessoa em situação crítica, como da família/cuidador, com o intuito de antecipar focos de instabilidade. Pela prestação de cuidados holísticos, foi possível acompanhar o processo de transição de saúde/doença no sistema familiar, através da gestão de protocolos terapêuticos complexos, da gestão da dor e do bem-estar e ainda pela gestão da relação terapêutica perante a pessoa em situação crítica, família/cuidador.

A diversidade de experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos (SU e UCI) promoveu momentos de aprendizagens, que influenciaram a minha vida profissional, tanto nas competências do saber fazer, como nas do saber ser. Foi notório o desenvolvimento da autoconfiança enquanto Enfermeira para aplicação de práticas mais seguras no meu contexto laboral, de forma a prestar mais proficientes, mais seguros e de melhor qualidade.

Ao longo deste percurso desenvolvi as competências comuns presentes no Regulamento n.º 140/2019 e também o desenvolvimento das competências específicas do Regulamento n.º 429/2018. Ainda foi possível o desenvolvimento das competências de mestre pela autoformação contínua, pela capacidade de integrar conhecimentos na formulação de juízos para tomadas de decisões e apresentação de solução em situações complexas, e ainda no desenvolvimento da capacidade de divulgar os conhecimentos adquiridos na equipa multidisciplinar.

Durante a realização deste relatório de enfermagem, foi possível evidenciar o processo de aprendizagem enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em que a prestação de cuidados especializados e centrados exigem o aperfeiçoamento contínuo nos contextos diferenciados, atendendo a especificidade da pessoa em situação crítica. De salientar que o cuidar da Pessoa em Situação Crítica, é desafiante, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa em situação neurocrítica, com o intuito de prevenção de lesão secundária, com a estabilização da Hipertensão Intracraniana. Assim é fundamental Enfermeiros com competências especializadas e diferenciadas, pelas intervenções específicas de neuroprotecção.

Finalmente, este relatório reforça a importância do papel do EE na transformação dos cuidados de saúde, destacando o facto da excelência no cuidado às pessoas em situação crítica depender não apenas de habilidades técnicas e conhecimento científico, mas também de uma prática fundamentada em valores éticos, empatia e respeito pela dignidade humana.

Assim o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através das suas competências avançadas e intervenções especializadas é essencial para a melhoria contínua da qualidade, e assim tem um papel fundamental na evolução da Enfermagem, e acima de tudo, para o bem-estar dos doentes alvo dos cuidados.

A dificuldade ao longo deste processo académico, foi principalmente a gestão de tempo, nomeadamente a conciliação das atividades académicas com a minha atividade profissional. Inicialmente também foi uma dificuldade a seleção e descrição sucinta das atividades académicas com o intuito de descrever as competências desenvolvidas ao longo deste percurso. Para além do referido, os contextos de ensino clínico fora da minha área de conforto foi dificultador para a prestação de cuidados eficientes, nomeadamente a deslocação para a cidade do Porto.

Apesar da dificuldade encontrada, com empenhado e dedicação para o aperfeiçoamento foi possível a superação das dificuldades, sendo possível responder aos

objetivos inicialmente delineados e consequentemente, o desenvolvimento efetivo das competências de EEEMC.

Durante o Mestrado existiram fatores facilitadores que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, no sentido de desenvolver um cuidado especializado. Destaco positivamente o acolhimento pelas equipas onde realizei os ensinamentos clínicos e os enfermeiros tutores que colaboraram neste processo e partilharam conhecimentos e potenciaram momentos de reflexão que ajudaram a construir o meu perfil enquanto futura Enfermeira Especialista.

Em forma de conclusão, este percurso permitiu-me crescimento pessoal e profissional, tornando-me uma profissional mais competente, com maior julgamento crítico sobre as situações mais complexas da pessoa alvo dos meus cuidados. A discussão pública deste relatório, não é apenas o encerramento de uma etapa, mas sim o início da melhoria contínua, segurança e qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidades de Cuidados Intensivos. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.69-80). Lidel.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto (translated from From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, London: Pearson Education).
- Bernardino, A. (2020). Carga de Trabalho de Enfermagem. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.123-133). Lidel.
- Boerma, C. (2017). Haemodynamic monitoring. *ICU Management & Practice*, 17(3), 190-192. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/haemodynamic-monitoring-stuff-we-never-talk-about>
- Cabrita, C., Fernandes, A., & Bico, I. (2022). Métodos de comunicação eficazes aplicados a pessoa ventilada em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 118-139. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).553.118-139](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).553.118-139)
- Caldeira, P. (2021). Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. In N.Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed.) (pp.113-123). Lidel.
- Camilo, L.S.S., Dantas, T.O., Musse, J.de O., Silva, D. P. da & Assis, E. S. de (2017). Preservação da cena de crime pelo enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 4(2), 185-202. <https://docplayer.com.br/76268273-Preservacao-da-cena-de-crime-pelo-enfermeiro-no-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-uma-revisao-integrativa.html>
- Carneiro, A. H. , Carneiro, R. & Simões, C. (2018). Termos e Conceitos na Relação Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva*, 25(3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/Opinao/139/3/2018>
- Carvalho, A. da M. de, Carvalho, P. M. de, Souza, G. de, Resende, M. A., Pereira, S. de S. & Carvalho, S. A. de. (2017) A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 11, 1709-1716. https://doi.org/10.25248/REAS174_2018

- Centre for Disease Control and Prevention (2023). *Fatal Injury Trends*.
<https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal/trends.html>
- Coelho M., Cunha M. & Libório R. (2016). Impacto da formação em ciências forenses. *Revista Servir*, 59 (1), 27-33.
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4068/1/IMPACTO%20DA%20FORMAC%3%87%C3%83O%20EM%20CI%3%8ANCIAS%20FORENSES.pdf>
- Coimbra, N. (2021). Trauma Cranioencefálico. In N. Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 287–297). Lidel.
- Correia, I., & Martins, M. L. (2022). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 111–122. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.205>
- Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. In N. Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53–59). Lidel.
- Cruz, C. de O. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico Tratamento*, 21(3), 106-108.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Dantas, C. C., Dantas, F. C., Brito, R. S., Furtado, P. S., Félix, B. M. & Pastor, A. T. M. (2018). Dilemas éticos na saúde: Reflexões para a tomada de decisão. *Paraninfo Digital*. XII (28). <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e051.pdf>
- Decreto – Lei n.º 27/2006. *Diário da República I Série*. 126. (03-07-2006) 4696-4706. [Consult. 15 abr. 2024]. Disponível em WWW: < <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>. >
- Decreto-Lei n.º 104/1998. **Diário da República**. I Série. (1998-04-21). 1739-1757. [Consult. 18 jun. 2024]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147 - 4182. [Consult. 1 ago. 2024] Disponível em WWW: < <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>.

- Decreto-Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 93 (14-05-2015) 11179- 11181. [Consult. 15 jun. 2024] Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/80-2015-67212743>>.
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série (27-05-2007) 13550-13553. [Consult. 10 jun 2024]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>>.
- Despacho n.º 10901/2022. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. **Diário da República** II Série. 174 (8/09/2022). 93-99 [Consult. 20 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>>.
- Despacho n.º 2757/2017. Despacho n.º 2757/2017. **Diário da República** II Série. 66 (3/04/2017). 6153-6154 [Consult. 3 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/04/066000000/0615306154.pdf>>.
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11-08-2014) 20673- 20678. [Consult. 3 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>>.
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República** II Série. 218 (9-11-2020) 180-182. [Consult. 10 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/218000000/0018000182.pdf>>.
- Despacho n.º 9639/2018. **Diário da República** II Série. 198 (15/10/2018). 128-155 [Consult. 10 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>>
- Despacho Normativo n.º 713/94: Critérios de morte cerebral. **Diário da República** I Série. 235 (11-10-1994) 6160. [Consult. 19 jun. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1994/10/235b00/61606160.pdf>>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2009). Carta dos direitos do doente internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Donnelly, J., Budohoski, K. P., Smielewski, P., & Czosnyka, M. (2016). Regulation of the cerebral circulation: bedside assessment and clinical implications. *Critical care*, 20(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1293-6>
- Donnelly, J., Czosnyka, M., Adams, H., Robba, C., Steiner, L. A., Cardim, D., Cabella, B., Liu, X., Ercole, A., Hutchinson, P. J., Menon, D. K., Aries, M. J. H., & Smielewski, P. (2017). Individualizing Thresholds of Cerebral Perfusion Pressure Using Estimated Limits of Autoregulation. *Critical care medicine*, 45(9), 1464–1471. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002575>
- Dumarde L.T. de L., Bonela L.Z., Guimarães S. de O., Carvalho R. de F., Lecker Junior R. M., Delecrode T. de A. (2022). Enfermagem forense em urgência e emergência: uma nova perspectiva de abordagem. *Global Academic Nursing Journal*, 3(Sup.3), 1-5. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200296>
- Feijó, L. (2020). O Doente Neurocrítico. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.209-220). Lidel.
- Ferreira, A. (2021). Plano de Emergência Externa. In N. Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed.) (pp.358-362). Lidel.
- Gabriel, C.S., Gabriel, A.B., Bernandes, A., Rocha, F.L.R. & Miasso, A.I. (2010). Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. *Revista Gaúcha Enferm*, 31(3), 529-535. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/228910972_Qualidade_na_assistencia_de_enfermagem_hospitalar_visao_de_alunos_de_graduacao
- Galofre-Martínez, M. C., Puello-Martínez, D., Arévelo-Sarmineto, A., Ramos-Villegas, Y., Quintana-Pájaro, L. & Moscote-Salazar, L. R. (2019). Doctrina Monro-Kellie: fisiología y fisiopatología aplicada para el manejo neurocrítico. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 45, 169-174. <https://doi.org/10.36593/rev.chil.neurocir.v45i2.131>
- Godoy, D. A., Murillo-Cabezas, F., Suarez, J. I., Badenes, R., Pelosi, P. & Robba, C. (2023). “THE MANTLE” bundle for minimizing cerebral hypoxia in severe traumatic brain injury. *Critical Care*, 27(13). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04242-3>
- Goldman, L., Siddiqui, E.M., Khan, A., Jahan, S., Rehman, M.U., Mehan, S., Sharma, R., Budkin, S., Kumar, S.N., Sahu, A., Kumar, M. & Vaibhav, K. (2022).

- Understanding Acquired Brain Injury: A Review. *Biomedicines*, 10, 2167.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines10092167>
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, volume 1 (1ª ed). Lidel
- Grupo Português de Triagem (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*.
<https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hawryluk, G. W. J., Aguilera, S., Buki, A., Bulger, E., Citerio, G., Cooper, D. J., Arrastia, R. D., Diringier, M., Figaji, A., Gao, G., Geocadin, R., Ghajar, J., Harris, O., Hoffer, A., Hutchinson, P., Joseph, M., Kitagawa, R., Manley, G., Mayer, S., Menon, D. K., ... Chesnut, R. M. (2019). A management algorithm for patients with intracranial pressure monitoring: the Seattle International Severe Traumatic Brain Injury Consensus Conference (SIBICC). *Intensive care medicine*, 45(12), 1783–1794.
<https://doi.org/10.1007/s00134-019-05805-9>
- INEM (2012). SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica (1ª ed.). Lisboa: Author
- International Association for the Study of Pain (2015). Access to Pain Management: Declaration of Montreal. The Declaration of Montreal | International Association for the Study of Pain
- International Association for the Study of Pain (2020). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. *Fedelat*. https://fedelat.com/wp-content/uploads/2020/09/Traducao-da-definicao-revisada-de-dor_SBED-min.pdf
- International Council of Nurses (2019a). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council of Nurses (2019b). *Core Competencies in Disaster Nursing: Version 2.0*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/core-competencies-disaster-nursing-version-20>
- Laccarino, C., Carretta, A., Nicolosi, F., & Morselli, C. (2018). Epidemiology of severe traumatic brain injury. *Journal of neurosurgical sciences*, 62(5), 535–541.
<https://doi.org/10.23736/S0390-5616.18.04532-0>
- Lei n.º 25/2012: Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o registo nacional do testamento vital. **Diário da República** I Série. (16-07-2012) 1-8. [Consult. 19 jun. 2024] Disponível em WWW:

<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>

- Lennquist, S. (Ed). (2012). Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff. Springer.
- Lennquist, S. & Dobson, R. (2012). The Prehospital Response. In Lennquist, S.(Ed.) *Medical Response to Major Incidents and Disasters: A Practical Guide for All Medical Staff*(33-61). DOI:10.1007/978-3-642-21895-8
- Lopes, M. (2021).Modelos de Triagem em Situações de Catástrofe. In N. Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ªed.) (pp.351-357). Lidel.
- Lynn, M., Lieberan, H., Lunn, L., Pust, G. D., Stahl, K., Yeh, D. D., (...) Zakrison, T. L. (2019). Disaster and Mass Casualty Incidents (2nd ed.). Springer.
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Schults, J. (2021). Application of the READY framework supports effective communication between health care providers and family normamembers in intensive care. *Australian Critical Care*, 34(3), 296–299. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.07.010>
- Marques, S. & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. In N. Coimbra. *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 25–30). Lidel.
- Massachusetts Health & Hospital Association. (2023). *Healthcare-Acquired Infections (HAIs)*. <https://www.patientcarelink.org/improving-patient-care/healthcare-acquired-infections-hais/>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. https://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA116&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Monte, R. (2020).Sedação e Analgesia no Doente Crítico. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.107-116). Lidel.
- Monteiro, E., Ferreira, A., Mendes, E.R., Silva, S. R, Maia, I., Dias, C. C., Czosnka, M., Paiva, J. A. & Dias, C. (2023) Abordagem de cuidados neurocríticos apoiada por monitorização cerebral multimodal após lesão cerebral aguda. *Critical Care Sci*, 35(2), 196-202. <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230036-pt>
- Mylan (2021). Bula Brometo Rocurônio - AR.01.03.2021. https://www.viatrix.com.br/-/media/project/common/viatrixcombr/pdf/leaflets_legacy_myl_brazil/brometo_de_rocuronio_bula_paciente.pdf

- Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. M. (2018). The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304>
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M. & Antunes, J. L. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Med Port*, 25(3), 179-192. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/43/45>
- Olsen, B. F., Valeberg, B. T., Jacobsen, M., Småstuen, M. C., Puntillo, K., & Rustøen, T. (2020). Pain in intensive care unit patients-A longitudinal study. *Nursing open*, 8(1), 224–231. <https://doi.org/10.1002/nop2.621>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia orientador de boa prática: Dor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 09/2017: Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Ordem dos Médicos e a 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
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021) Métodos de Trabalho na Prestação de Cuidados de Enfermagem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

- Pereira-Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pinheiro, A .R. P. de Q. & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 31(4), 571-581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinho, J. A. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.312-320). Lidel.
- Pinto, A.C.P. & Mota, L. A.N. de. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. (2023). *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2013). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Serviço Nacional de Saúde https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2017). *Norma nº 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Serviço Nacional de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2022). *Norma n.º 017/202213: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. Serviço Nacional de Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2023a). *Unidades de Saúde Certificadas – Modelo de Certificação do Ministério da Saúde*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/unidades-de-saude-acreditadas.aspx>
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. (2013). *Norma 029/2012 – Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Serviço Nacional de Saúde <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Serviço Nacional de Saúde
https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/programa_nacional_para_a_prevencao_e_controlo_da_dor.pdf
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Serviço Nacional de Saúde.
<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. (2023b). *Norma 008/2023 – Medicamentos de Alta Vigilância*. Serviço Nacional de Saúde
https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/16860/1/Norma%20008_2023_Medicamentos%20de%20alta%20vigil%C3%A2ncia.pdf
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Serviço Nacional de Saúde.
https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. *Serviço Nacional de Saúde*.
www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2016). Norma clínica: 010/2016 de 30/09/2019. Atualizada a 16/05/2017. Via Verde Sépsis no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma clínica: 015/2017 de 13/07/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2022). Norma clínica: 012/2022 de 18/11/2022. Via Verde do Trauma no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

PORTUGAL. Sistema Nacional de Saúde (2019). *Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades Convencionais*.

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Anual_Acesso_2018.pdf

Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Quarteto Editora

Raposo, S. & Magalhães, C. (2023). Perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num Serviço de Urgência da Região Norte de Portugal. *Servir*, 2(6), 1-15. <https://doi.org/10.48492/servir0206.31335>

Regaira-Martínez, E., & Garcia-Vivar, C. (2021). El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. *Enfermería Intensiva*, 32(1), 18–36. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série (26-06-2015) 17240-17243. [Consult. 1 jun 2024]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>>.

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 17 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>.

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 perio-operatória e na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018) 19359-19370. [Consult. 1 jul. 2024] Disponível em WWW: <<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. 184 (25/09/2019). 128-155 [Consult. 3 jul. 2024] Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>.

- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (15/10/2018). 3478-3487 [Consult. 20 jun. 2024] Disponível em WWW: <
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>>.
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I-A Série. (03-01-2001). 14-36 [Consult. 10 jul. 2024] Disponível em WWW: <
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>>.
- Resolução n.º 30/2015. Diretiva relativa aos Critérios e Normas Técnicas para a Elaboração e Operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil. **Diário da República** II Série. 88 (7/05/2015). 128-155 [Consult. 3 jul. 2024] Disponível em WWW: <
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/088000000/1117911181.pdf>>.
- Rocha, E. & Passos, H. (2020). Nutrição Artificial. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.151-159). Lidel.
- Santos, M. E., & Agrela, N. (2019). Traumatic brain injury in Portugal: progress in incidence and mortality. *Brain Injury*,33(12), 1552–1555.
<https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658227>
- Schizodimos, T., Soulountsi, V., Iasonidou, C. & Kapravelos, N. (2020). An overview of management of intracranial hypertension in the intensive care unit. *Journal of Anesthesia*, 34, 741–757. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02795-7>
- Silva, D. L. & Torres, A.C.A.V. (2023). A comunicação terapêutica em Enfermagem – Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica*, 2(3), 1-16.
<https://doi.org/10.56166/remici.2023.5.v2n3.1.15>
- Sociedad Española de Medicina Intensiva (2017). *Indicadores de calidad del enfermo crítico: actualización 2017*. SEMICYUC. <https://semicyuc.org/indicadores-de-calidad/>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012). Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Tavares, J. & Carneiro, P. (2021). Avaliação e Abordagem do Doente com Hemorragia Intracerebral Espontânea: Artigos de Revisão. *Revista Medicina Interna*, 28 (3), 288-298. <https://doi.org/10.24950/R/54/21/3/2021>

- Teixeira, J. M. F. & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(10), 135-142. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thompson, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (Eds.). (2004). *Ética em Enfermagem* (4ªed.). Lusociência. (Translated from Nursing Ethics, 2000, Califórnia: Harcourt)
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, A. de & Lima, R. de A. (2020). Delirium: Uma Problemática Actual. In J.A. Pinho. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ªed.) (pp.81-92). Lidel.
- Vieira, T.W., Sakamoto, V.T.M., Moraes, L.C., Blatt, C.R., Caregnato, R.C.A. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl 5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
- World Health Organization (2016). Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>
- World Health Organization (2020b). *Basic documents*. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
- World Health Organization. (2020a). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rjoO1ITbVnMJ:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf&cd=4&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

Tema	Atualizações dos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS	Tipo de atividade	Sessão de formação para enfermeiros da UCIP
Local	UCIP num Hospital Central da RAM.		
Data/ Hora	14/12/2023 às 14h		
População-alvo	Enfermeiros que exercem funções na UCIP.		
Objetivo geral	Transmitir as atualizações referentes aos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS, à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, inserido no Projeto “STOP: Infecção Hospitalar!”.		
Objetivos específicos	- Analisar os indicadores associados às IACS; - Alertar o público-alvo para as atualizações referentes aos feixes de intervenção para a prevenção e redução das IACS; - Sensibilizar para a aplicação dos feixes de intervenção das diferentes IACS na prática clínica diária; - Esclarecer o público-alvo sobre dúvidas associadas à formação; - Fornecer um documento de apoio alusivo à formação aos participantes.		
Métodos/ Técnicas pedagógicas	- Para proporcionar uma maior interatividade entre os oradores e o público-alvo iremos recorrer a método expositivo com a exposição do tema e o método ativo com o <i>brainstorming</i> através da discussão/debate em grupo.		
Recursos	Recursos humanos (estudantes oradores do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; docente orientadora; enf gestor da UCIP); Recursos físicos (auditório da UCIP); Recursos materiais (computador e projetor).		
Ações	- Identificação das necessidades do serviço em matéria de prevenção das IACS; - Validação dos conteúdos a abordar na sessão de formação com a docente orientadora; - Contextualização do tema abordado; - Pesquisa de evidência científica; - Planeamento da sessão de formação; - Elaboração apresentação em formato PowerPoint;		

	- Elaboração de um documento de apoio alusivo à formação para disponibilizar aos participantes;
Responsáveis	Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Carla Gomes nº1830; Catarina Correia nº 1853; Lígia Bettencourt nº 1827; Sara Fernandes nº1831) sob orientação da docente Maria Luísa Santos e enf gestor da UCIP.
Parcerias	Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; UCIP.
N.º de enfermeiros que assistem à apresentação	Número variável atendendo à organização do serviço e enfermeiros disponíveis para a participação na formação.
Avaliação	- Síntese do tema abordado; -Avaliação da consecução dos objetivos propostos; - Interação entre os oradores e público-alvo;

APÊNDICE II – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROCRÍTICOS

Tema	Estratégias para a comunicação de más notícias – Protocolo de SPIKES	Tipo de atividade	Sessão de formação para enfermeiros da UCI Neurocríticos
Local	UCI Neurocríticos do Hospital de São João		
Data/ Hora	(data a confirmar com o enfermeiro orientador)		
População-alvo	Enfermeiros que exercem funções na UCIP.		
Objetivo geral	Promover a conscientização e adesão dos enfermeiros da UCI ao protocolo “SPIKES” para a comunicação de más notícias à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica		
Objetivos específicos	-Consciencializar para a importância da comunicação de más notícias nas unidades de cuidados intensivos; -Identificar os princípios e as diretrizes do protocolo “SPIKES”; -Treinar a aplicação prática do protocolo “SPIKES”; -Identificar benefícios e informações adicionais, conforme necessário; -Utilizar um documento de apoio alusivo ao protocolo de SPIKES.		
Métodos/ Técnicas pedagógicas	Para proporcionar uma maior interatividade com o público-alvo iremos recorrer ao método expositivo com questionamento. Recorre-se ainda ao método ativo com recurso a <i>brainstorming</i> discussão/debate em grupo.		
Recursos	Recursos humanos (Estudante Oradora do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enf. Orientador Henrique Lopes; Enf. gestor da UCI; Professora Orientadora); Recursos físicos (sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos); Recursos materiais (computador e projetor).		
Ações	-Identificação das necessidades do serviço relativamente à comunicação de más notícias; -Validação dos conteúdos a abordar na sessão de formação com o Enfermeiro Orientador e a docente orientadora; -Contextualização do tema abordado; -Pesquisa de evidência científica; -Planeamento da sessão de formação; -Elaboração apresentação em formato PowerPoint; -Elaboração de um documento de apoio alusivo à formação para disponibilizar aos participantes;		

Responsáveis	Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Lígia Bettencourt, nº 1827) sob orientação do Enf. Orientador Henrique Lopes e da docente Maria Luísa Santos.
Parcerias	Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Escola Superior de Saúde Santa Maria; UCI Neurocríticos do Hospital de São João.
N.º de enfermeiros que assistem à apresentação	Número variável atendendo à organização do serviço e enfermeiros disponíveis para a participação na formação.
Avaliação	- Síntese do tema abordado; -Avaliação da consecução dos objetivos propostos; - Interação entre os oradores e público-alvo;