

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO
TRANSPORTE SEGURO DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA:
do extra ao intra-hospitalar**

Fátima Carolina Ferreira Nunes

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

**Funchal,
2025**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO
TRANSPORTE SEGURO DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA:
do extra ao intra-hospitalar**

Fátima Carolina Ferreira Nunes

Orientador: Professor Abel Viveiros

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

Funchal,

2025

“A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

O alcançar desta etapa não seria possível sem a colaboração, auxílio, carinho e dedicação por parte de várias pessoas ao longo de todo o percurso da minha formação.

Agradeço primeiramente à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, por ser uma instituição de referência no ensino em Portugal;

Ao Professor e Orientador Abel Viveiros, pela sua ajuda, disponibilidade, conhecimentos, compreensão e motivação, sendo incansável durante todo o processo;

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos ensinamentos clínicos, que me deram a oportunidade de viver contextos tão específicos e cheios de oportunidades;

Aos Enfermeiros Tutores e demais elementos das equipas, pelo acolhimento, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos;

Aos meus colegas de Mestrado, em especial àqueles com quem partilhei momentos mais próximos;

Aos amigos de perto e de longe, pela compreensão e motivação;

Aos meus pais e ao meu irmão, que apesar das contrariedades, acompanharam-me ao longo de todo o percurso, incentivando-me sempre a ser/fazer mais e melhor.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O presente relatório, intitulado “Cuidado Especializado de enfermagem no transporte seguro da pessoa em situação crítica: do extra ao intra-hospitalar”, insere-se no plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2023/2024.

Assenta numa análise crítico-reflexiva e descritiva das atividades desenvolvidas e pretende demonstrar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com especial enfoque no transporte seguro da pessoa em situação crítica em contexto extra e intra-hospitalar, bem como evidenciar o desenvolvimento das competências de Mestre, através da sua apresentação e discussão pública.

Para atingir estes objetivos, os contextos da prática clínica, designadamente Ensino Clínico I realizado num Serviço de Urgência Polivalente, o Ensino Clínico II realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o Ensino Clínico III, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e no Instituto Nacional de Emergência Médica (ambulância de suporte imediato de vida e viatura médica de emergência e reanimação), foram essenciais para a concretização dos mesmos.

No decorrer deste processo, o foco da minha atenção foi fundamentalmente o transporte seguro do doente crítico em contexto extra e intra-hospitalar, não só por interesse pessoal, mas também pelo facto de querer aprofundar competências no âmbito das minhas funções no Serviço de Urgência, onde muitos doentes apresentam necessidade de transporte para a realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento e/ou para os serviços de internamento. Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos em pleno, porquanto pude aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais, que me permitirão enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, atuar de forma competente.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perfil de competências de enfermeiros, Cuidados críticos, Segurança no Transporte.

ABSTRACT

This report, entitled “Cuidado Especializado de enfermagem no transporte seguro da pessoa em situação crítica: do extra ao intra-hospitalar”, is part of the study plan of the VI Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the nursing area of people in critical situation, at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, in the academic year of 2023/2024.

It is based on a critical-reflective and descriptive analysis of the activities developed and aims to demonstrate the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the nursing area of people in critical situations, with a special focus on the safe transport of the person in a critical situation in an extra and intra-hospital context, as well as highlighting the development of Master's skills, through its presentation and public discussion.

The contexts of clinical practice, notably Clinical Teaching I carried out in the Emergency Department, Clinical Teaching II carried out in a Intensive Care Unit and Clinical Teaching III, carried out in a Intensive Care Unit and the National Institute of Medical Emergency (immediate life support ambulance and medical emergency and resuscitation vehicle), were essential to achieve these goals.

During this process, the focus of my attention was fundamentally on the safe transport of critical patients in an extra and intra-hospital context, not only out of personal interest, but also due to the fact that I wanted to deepen the skills within the scope of my functions in the Emergency Department, where many patients need transportation to undergo complementary diagnostic tests and treatment and/or to hospitalization services. The initially proposed goals were fully achieved, as I was able to deepen and develop technical, scientific and relational knowledge and skills, which will allow me as a future Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the nursing area of people in critical situations, to act competently.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Competence profile, Critical care, Safe transportation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

GCS – Glasgow Coma Scale

ICS – Intensive Care Society

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

mmHg – milímetros de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

O₂ – Oxigénio

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAS – Tensão Arterial Sistólica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlcera Por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	17
1.1. Enquadramento teórico.....	18
2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	26
2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica.....	30
2.1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Urgência Polivalente	30
2.1.2. Ensino Clínico II e Módulo I – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente....	33
2.1.3. Módulo II – Instituto Nacional de Emergência Médica.....	36
2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	38
2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	39
2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	44
2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	49
2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	55
2.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	57
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	58
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	71
2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	76
3. DO PERCURSO EFETUADO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	81
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) é aquela que se encontra em risco de vida, ou seja, está perante um cenário de eminência ou falência orgânica de um ou mais órgãos e depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Tendo em conta a natureza do conceito e o contexto deste alvo dos cuidados, torna-se evidente que os cuidados de enfermagem se caracterizam por serem altamente diferenciados, avançados e prestados de forma ininterrupta, exigindo um aperfeiçoamento da técnica e conhecimento baseado na mais recente evidência científica (OE, 2018).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) descreve as intervenções dos Enfermeiros como autónomas e interdependentes e menciona ainda que os Enfermeiros “decidem sobre técnicas e meios a auxiliar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade” e também “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Ministério da Saúde, 1996: pág. 2961) .

Por sua vez a Ordem dos Enfermeiros (OE) ao regulamentar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na área de enfermagem à PSC, refere que os cuidados especializados exigem uma mobilização contínua e significativa de conhecimentos e habilidades decorrente da sua complexidade e diversidade e das respostas humanas aos processos de transição (OE, 2018).

No que concerne às competências comuns do EE, as mesmas assentam em quatro domínios, nomeadamente domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua de qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Quanto às competências específicas, o Regulamento n.º 429/2018 explicita que cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de enfermagem à PSC, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo

da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste entendimento, o presente relatório intitulado “Cuidado especializado de enfermagem no transporte seguro da Pessoa em Situação Crítica: do extra ao intra-hospitalar”, insere-se no plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2023/2024. Tem como objetivos demonstrar a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, bem como o desenvolvimento de competências de análise crítica e reflexiva com vista à obtenção do título de especialista e grau de mestre em EMC na área da PSC.

O plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, publicado no Despacho n.º 10960/2020 preconiza a realização de quatro ensinamentos clínicos, que permitam a obtenção das competências acima referidas. O Ensino Clínico I decorreu num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Ensino Clínico II realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a unidade curricular denominada de “Estágio com Relatório” contempla dois módulos, designadamente o Módulo I que decorreu na mesma UCIP e o Módulo II decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) da região norte do país, mais especificamente em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, direcionei a minha atenção para o transporte seguro do doente crítico, desde o contexto extra-hospitalar até ao intra-hospitalar.

O transporte do doente crítico consiste na deslocação do mesmo de um espaço físico para outro (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos [SPCI & OM], 2023). Esta deslocação deve-se ao facto de haver necessidade de proporcionar um nível assistencial superior, ou seja, providenciar a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado e/ou existir a necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (SPCI & OM, 2023; Intensive Care Society [ICS], 2019). Esta tem sido uma temática debatida globalmente pelos profissionais na área da saúde, no sentido de promover boas práticas/princípios orientadores/*guidelines*, que correspondam à exigência deste tipo de cuidados (Alves, 2021).

Enquanto Enfermeira a exercer funções num SUP em Portugal e face à minha experiência profissional desde 2011, o interesse por esta temática surgiu devido à casuística muito significativa de doentes com necessidade de deslocação para realização de exames

complementares de diagnóstico e para serviços de internamento no mesmo hospital ou em hospitais diferentes. Em situações de emergência, durante as quais recebemos doentes críticos vindos do extra-hospitalar, é relevante compreender o decorrer de todo o processo, desde a chegada dos meios pré-hospitalares ao local da ocorrência até à transferência da vítima para o meio hospitalar. Por outro lado, após o tratamento e estabilização em meio intra-hospitalar é necessário transferir estes doentes para outras unidades/serviços, sempre com base na premissa de que o benefício do transporte é superior ao possível risco que o mesmo acarreta, pelo que é fundamental prevenir complicações e identificar possíveis lacunas que possam existir. O transporte do doente crítico, requer cuidados de enfermagem especializados, pelo que considero oportuno aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, de forma a realizar o transporte da PSC com a segurança requerida.

Relativamente à metodologia para a elaboração deste relatório, trata-se de uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva das situações decorrentes dos diferentes ensinamentos clínicos e da minha própria experiência profissional, bem como toda a vertente teórica do Mestrado, suportado por um adequado enquadramento teórico, pesquisa de evidência científica recente e tendo como referência o Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE.

Quanto à sua estrutura, encontra-se dividido em três capítulos precedidos pela introdução. No primeiro capítulo objetiva-se justificar e contextualizar o enquadramento da intervenção especializada do Enfermeiro na área de enfermagem à PSC, durante o transporte seguro da PSC no contexto extra e intra-hospitalar. No segundo capítulo, é apresentado o caminho percorrido para a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC. O terceiro e último capítulo, é dedicado à análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, seguido pela conclusão e referências bibliográficas.

Este relatório será redigido segundo as normas da American Psychological Association 7ª edição (2019), preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, descritas no documento “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações”.

1. CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A segurança dos doentes é considerada uma prioridade a nível mundial, para que os cuidados de saúde sejam prestados com qualidade, de forma a evitar ou prevenir eventos adversos que sejam desfavoráveis à integridade multidimensional do doente. Como tal, estes eventos adversos acarretam custos socioeconómicos e também a morbilidade e mortalidade do doente.

Nos últimos anos, em Portugal, as Unidades de Saúde aumentaram a sua preocupação relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo como principal objetivo melhorar a segurança dos doentes e profissionais.

A segurança dos doentes é definida pela Direção Geral de Saúde (DGS), como “a redução de danos desnecessários, que se relacionem com cuidados de saúde para um mínimo aceitável” (Norma n.º 001/2017, p.4).

O doente crítico e o seu transporte, são situações complexas e tendencialmente suscetíveis de eventos adversos, que são evitáveis se devidamente previstos ou corrigidos.

Define-se como doente crítico “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI & OM, 2023, p.11).

A especificidade do tema relacionado com o transporte da PSC deve-se ao meu interesse em querer melhorar e potenciar a qualidade e segurança dos cuidados durante o transporte do doente crítico. Ademais, trata-se de uma temática transversal a todos os serviços do hospital onde exerço funções, especialmente na minha área de atuação profissional, uma vez que está inerente ao SUP o transporte primário e intra-hospitalar. A transferência de doentes é uma necessidade incontestável e inevitável, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento não possíveis no serviço/instituição de origem (Gonçalves da Graça et al, 2017). Segundo os mesmos autores, qualquer doente transportado tem risco de morbilidade e mortalidade aumentados.

Coimbra e Amaral (2016), referem que a abordagem do Enfermeiro à PSC durante o transporte é deveras importante, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados junta uma avaliação e monitorização constantes, com vista a prevenir e detetar precocemente

potenciais eventos adversos e assegurando intervenções precisas, concretas, eficazes e em tempo útil.

Assim, é fulcral uma qualificação técnica e experiência clínica especializadas, de forma a promover e garantir a segurança durante o transporte da PSC. Uma estratégia a utilizar, é a inclusão de EE, com competências avançadas e específicas na coordenação e gestão do transporte da PSC, tendo por base a avaliação da evolução clínica, determinando e resolvendo potenciais riscos para a PSC e equipa de transporte (Lakanmaa et al, 2015).

Nesta linha de pensamento, a OE elaborou o Regulamento das Competências do EEEMC na área de enfermagem à PSC, que refere que “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, de forma a manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018; p.1).

Logo, é através de uma prestação de cuidados de saúde com segurança que é possível alcançar a confiança dos doentes, sendo esta a pedra basilar da relação terapêutica entre Enfermeiro e doente. Isto só é possível se o Enfermeiro adotar padrões de qualidade como algo intrínseco ao seu exercício profissional e que as instituições de saúde criem sistemas de melhoria contínua, que permitam um cuidado permanente e contínuo aquando do transporte da PSC.

1.1. Enquadramento teórico

O transporte de doentes remonta aos primórdios da humanidade, conforme a parábola do bom samaritano (Lucas, 10: 34). Contudo, no que concerne à PSC, a sua evolução está fortemente ligada às crescentes necessidades militares. Os soldados feridos em combate, eram evacuados em viaturas de transporte desde o campo de batalha até ao local destinado para receber cuidados de saúde adequados.

Sabe-se que o primeiro documento realizado sobre as normas de boas práticas para o transporte inter-hospitalar, surge em 1922, pela Sociedade Americana de Cuidados Intensivos.

Alguns anos após, em 1997, a SPCI elabora um guia de transporte de doentes, onde alerta para a necessidade do correto planeamento dos transportes de forma a minimizar riscos e torná-lo mais eficiente (Gonçalves da Graça et al, 2017).

O transporte da PSC habitualmente ocorre em circunstâncias que requerem cuidados complexos e exigentes. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica

(INEM, 2012), o período em que é realizado o transporte poderá ser deveras instável para o doente, o que pode agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas.

A prestação destes cuidados pressupõe uma intervenção eficaz e precisa, permitindo evitar potenciais complicações e promover a segurança do doente. Esta complexidade deve-se ao facto da PSC ser transportada num ambiente menos controlado, com consequentes variáveis externas e como tal, com todos os riscos inerentes ao seu estado clínico prévio.

O transporte do doente crítico, define-se pela deslocação do mesmo de um espaço físico para outro (SPCI & OM, 2023). Esta deslocação deve-se ao facto de ser necessário manter ou promover um nível assistencial de cuidados superior ao existente, através da realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento, indisponíveis no serviço de origem e/ou existir a necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (SPCI & OM, 2023; ICS, 2019).

A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2019) refere que, devido ao aumento desta necessidade, os profissionais de saúde começaram a refletir mais aprofundadamente sobre esta temática, dando especial relevância às condições em que o transporte era realizado e de que forma podia ser melhorado.

Logo, os profissionais devem basear a sua prática na mais recente evidência científica, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Isto vai ao encontro do que é definido pela OE no Regulamento n.º 140/2019, que refere que o EE “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4745) e no Regulamento n.º 429/2018, que menciona que o “Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica desenvolve uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem” (p. 19360).

Este é um tema que tem vindo a despertar o interesse de várias instituições a nível nacional e internacional, no sentido de promover um conjunto de boas práticas de acordo com a exigência deste tipo de transporte. No âmbito internacional, são várias as instituições, tais como a ICS, a Association of Critical Care Transport, a American College of Critical Care Medicine, entre outras, que desenvolveram um conjunto de boas práticas, para a realização de prestação de cuidados de qualidade durante o transporte. As temáticas abordadas neste tipo de documentos orientadores referem-se à coordenação, comunicação, acompanhamento, qualificação e treino dos profissionais que acompanham o doente, bem como os dispositivos de monitorização, terapêutica e diagnóstico, tornando o transporte mais

eficiente e seguro (Association of Critical Care Transport, 2016; Cordeiro, 2020; Wilson, 2018). No plano nacional, como já referido anteriormente, a SPCI e a OM criaram um guia com orientações sobre o transporte de doentes críticos, tendo o mesmo sido atualizado em 2023. Tal necessidade surgiu devido aos avanços tecnológicos inerentes aos cuidados prestados ao doente crítico e consequentes preocupações que se verificam durante um transporte desta natureza (SPCI & OM, 2023).

Apesar de existirem um conjunto de recomendações sobre esta temática, subsiste a perceção que, atualmente, essas orientações nem sempre são concretizadas na prática, colocando em risco a segurança do doente crítico (ICS, 2019).

O transporte pode ser definido como primário, secundário e terciário. O transporte primário designa-se como sendo o transporte realizado do ambiente extra-hospitalar para uma unidade de saúde e o transporte secundário refere-se ao transporte entre unidades de saúde. Para além destes, existe também o transporte intra-hospitalar, que pode ser designado de transporte terciário, que não está englobado nas duas categorias anteriores e que corresponde ao transporte do doente crítico dentro da instituição de saúde e que também pode acarretar riscos (SPCI & OM, 2023).

Segundo Reimer et al. (2015), uma em cada vinte admissões hospitalares, resulta em transporte inter-hospitalar, ou seja, 5% dos doentes que recorrem ao SUP são posteriormente transportados para outras instituições. Tal acontece, pelo facto de ser proporcionado ao doente o usufruto de práticas adequadas e seguras à sua situação clínica.

Em qualquer um destes tipos de transporte existem princípios comuns a todos eles. Isto significa que, quem toma a decisão de transportar um doente crítico, tem de ser capaz de identificar o benefício para o doente e consequentemente decidir, planear e assistir no transporte, de forma a diminuir os riscos envolvidos e melhorar o seu prognóstico (Cardoso, 2021). Os profissionais de saúde envolvidos neste tipo de transporte devem antecipar todas as complicações possíveis, de forma a manter o nível e qualidade dos cuidados prestados durante o mesmo, pelo que deverá ser tido em conta a premissa de que o benefício resultante do transporte terá de ser sempre superior ao seu risco (SPCI & OM, 2023). São vários os autores que afirmam que todo e qualquer transporte acarreta riscos, especialmente o transporte de um doente em estado crítico, pois este fica mais vulnerável a eventos adversos (Alabdali et al., 2017; Considine et al., 2019; Frost et al., 2019).

Segundo Brunsveld-Reinders et al. (2015) e Canellas et al. (2020), os eventos adversos ocorrem nas diversas fases do transporte, sendo 38% na fase de pré-transporte, 47% na fase de transporte e 15% na fase de pós-transporte. Desta forma, o Enfermeiro responsável

pela realização do transporte do doente crítico deve ter a capacidade de prever todos os possíveis riscos/complicações resultantes do mesmo e manter ou aumentar o nível assistencial de cuidados durante todo o processo (SPCI & OM, 2023).

Uma forma de prevenir o risco, é a correta organização e preparação do processo de transferência (Knigh et al., 2015; Rigndal et al, 2016). Assim, o transporte do doente crítico divide-se em três fases, nomeadamente: decisão, planeamento e efetivação.

Na primeira fase, referente à decisão de realização de transporte do doente crítico, é fundamental analisar o risco/benefício para o doente, de forma a manter o nível de cuidados durante a efetivação do mesmo, prevenindo acidentes ou complicações do seu estado clínico. Para tal, deve ser realizada uma avaliação do doente de acordo com a metodologia “ABCDE”, tal como refere a National Association of Emergency Medical Technicians (2020). Deve rever-se, igualmente, a história clínica e medicação habitual, bem como possíveis alergias e a última refeição. Por conseguinte, é possível otimizar o transporte do doente crítico nesta fase de decisão (SPCI & OM, 2023).

De acordo com o Regulamento n.º 964/2020, a decisão de transportar é um ato de responsabilidade médica. Embora a SCPI e OM (2023), corroborem desta opinião, pode ler-se no Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 09/2017 da OE, que o EEEMC na área de enfermagem à PSC, possui competências e formação adequada, que lhe conferem a capacidade de tomada de decisão, na avaliação e prossecução do transporte do doente crítico.

Quanto à fase de planeamento, a SPCI e OM (2023), defendem que a equipa que acompanha o doente crítico deverá ser constituída por um Enfermeiro, preferencialmente o Enfermeiro responsável pelo doente e um médico e deverá ser tido em conta aspetos como: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. Logo, sempre que seja necessário transferir uma PSC, o serviço de destino deve ser contactado, de forma a garantir a sua aceitação e assegurar-se de que dispõe dos meios necessários para o seu tratamento, bem como transmissão de informação pertinente relativamente ao estado clínico, possível risco de transmissão ou contaminação por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas de infeções nosocomiais ou outras, intervenções realizadas e provável hora de chegada (SPCI & OM, 2023).

O doente e sua família/cuidador devem ser informados acerca da necessidade do transporte e do local para onde vai ser transferido e os seus contactos devem ficar registados no processo do doente. Toda a documentação referente ao processo, deve acompanhá-lo durante o transporte (SPCI & OM, 2023).

Ainda na fase de planeamento, devem ser definidos os elementos da equipa que irão efetivar o transporte, bem como equipamentos e monitorização adequada, objetivos fisiológicos do doente a manter durante o transporte, terapêutica necessária e antecipar possíveis complicações (SPCI & OM, 2023).

Relativamente aos profissionais que integram a equipa de transporte do doente crítico, estes devem realizar formação específica e treino regular. No caso das equipas que realizam transporte terrestre, devem possuir, no mínimo, formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), SAV em trauma e transporte do doente crítico. Quanto ao transporte aéreo, nomeadamente o helitransporte, apenas devem fazer o acompanhamento os profissionais habilitados para transporte terrestre e que se encontrem especificamente treinados para o transporte aéreo, com formação em fisiologia de voo e segurança em heliportos (SPCI & OM, 2023). Por sua vez, a OE defende que o transporte do doente crítico deverá ser garantido pelo EEEMC na área de enfermagem à PSC com competência acrescida, diferenciada, em emergência extra-hospitalar (OE, 2017). A ICS (2019), defende ainda, o uso de equipas próprias dedicadas apenas à realização do transporte do doente crítico e regidas pelos mesmos protocolos e *guidelines*, seja no transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar, de forma a providenciar cuidados de qualidade ao doente.

Como mencionado anteriormente, durante o transporte do doente crítico o nível de monitorização deve estar ao mesmo nível daquele que existe no serviço de origem. A monitorização obrigatória é definida pela presença de frequência respiratória, fração de oxigénio inspirado, oximetria de pulso, eletrocardiograma contínuo com deteção de arritmias, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva, capnografia e pressão da via aérea (doentes ventilados). No caso do doente possuir linha arterial, deve-se ter em consideração a medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes hemodinamicamente instáveis) (SPCI & OM, 2023). Os registos da monitorização devem ser efetuados no decorrer do transporte (ICS, 2019).

Quanto ao equipamento que acompanha o doente, o mesmo é composto por: monitor/desfibrilhador com alarmes, material de intubação endotraqueal com tubos traqueais diversos e insuflador manual com válvula de Positive End-Expiratory Pressure e concentrador de oxigénio, fonte de oxigénio com capacidade para todo o tempo de transporte e com reserva adicional de 30 minutos, ventilador de transporte, seringas ou bombas infusoras com bateria e cabo de alimentação elétrica, fármacos de ressuscitação e outra medicação que possa eventualmente ser administrada, aspirador elétrico e material para comunicar. Todo o equipamento deve ser verificado antes do transporte, de forma a evitar

falhas durante a transferência e deve ser disposto de forma segura, sendo visível para os profissionais que acompanham o doente durante o transporte (ICS, 2019; SPCI & OM, 2023).

É recomendado o uso de malas de transporte com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados, pelo que estas devem ser revistas periodicamente e estar sempre em condições de serem utilizadas em qualquer altura (ICS, 2019).

Algo importante de ser referido, é o estado das viaturas, dos equipamentos e dos consumíveis, no que concerne ao transporte extra-hospitalar, tendo em conta possíveis constrangimentos do trânsito (Lyphout et al., 2018). As viaturas devem ser construídas e equipadas de forma a garantirem o conforto do doente e da tripulação, pelo que estes últimos devem ser consultados relativamente à escolha do equipamento e material a ser utilizado (ICS, 2019).

A última fase do transporte é a sua efetivação pela equipa que acompanha o doente durante o transporte. Essa responsabilidade finda apenas quando o doente é entregue ao serviço recetor ou regressa ao serviço de origem no caso de realização de exames ou atos terapêuticos (SPCI & OM, 2023). Durante a sua transferência, é fundamental uma vigilância contínua do doente ao nível neurológico, hemodinâmico, ventilatório, entre outros e respetiva gestão de terapêutica (Cordeiro, 2020; Frost et al., 2019; Pavão, 2021; SPCI & OM, 2023).

Para além desta vigilância contínua, fundamental nesta última fase do transporte, a DGS (2017) destaca na Norma n.º 001/2017, a importância da comunicação eficaz “oportuna, precisa, completa, clara, rápida e compreendida pelo recetor” entre profissionais (p.4).

De acordo com o INEM (2019), a transmissão de informação à equipa recetora do doente deverá seguir a metodologia ABCDE e a técnica de comunicação ISBAR (I - Identificação; S - Situação que motivou as necessidades em saúde; B - Antecedentes; A – Avaliação do doente e das intervenções realizadas; R - Recomendações para a continuidade dos cuidados).

A ICS (2019), também menciona que deve ser feita uma passagem formal do doente entre a equipa que transfere e a equipa que recebe, mais concretamente de médico para médico e de Enfermeiro para Enfermeiro.

O risco de ocorrerem eventos adversos durante um transporte está sempre presente, sejam eles incidentes fisiológicos (variações de ritmo cardíaco e ventilatório, hipertensão e hipotensão, agitação, dessaturação, hipoglicemia, vômitos e hemorragias), incidentes

técnicos (níveis das botijas de oxigénio e a carga das baterias dos equipamentos insuficiente, estado funcional dos equipamentos), incidentes com a equipa (interrupção da ventilação manual, interrupção da medicação, perda do acesso venoso, botija de oxigénio fechada, falta de cânula nasal ou máscara, medicação errada, secreções no tubo orotraqueal, falta de espírito de equipa) e incidentes com a comunicação (falta de informação sobre o doente, falhas de passagem de dados entre equipas, equipamentos insuficientes, nível de cuidados necessários e erros de timings) (Karlsson et al., 2019). Igualmente, podem ocorrer incidentes operacionais, nomeadamente erros humanos, que devem ser evitados, o que exige uma formação qualitativa abrangente e repetida dos profissionais, tanto a nível teórico como prático e que podem ser otimizados através do cumprimento das listas de verificação e de uma comunicação clara e padronizada.

Outra estratégia que poderá ser utilizada é o uso de *checklists*, uma vez que a evidência científica mostra que o seu uso reduz a taxa de eventos adversos durante o transporte (Eiding et al., 2019; Frost et al., 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; SPCI & OM, 2023). Os benefícios das *checklists*, incluem a padronização dos procedimentos, a promoção de cuidados baseados em evidências, uma melhor comunicação, o uso de equipamento apropriado, a minimização de erros, a mitigação da falta de memória e a confiança, o que as torna numa ferramenta útil e prática durante todo o processo de transporte (Comeau et al., 2015).

Quanto aos registos, estes devem ser efetuados ao longo do transporte com intervalos adequados e incidir acerca da situação clínica do doente, designadamente todas as alterações ou terapêuticas administradas, bem como todos os parâmetros avaliados (SPCI & OM, 2023). Também, deve ser tido em consideração a razão para a decisão de transferência do doente, os nomes dos elementos da equipa de saúde que fizeram parte do processo, desde a referência até à aceitação do doente, meios complementares de diagnóstico e tratamento efetuados e/ou necessários e toda a restante informação obtida sobre o mesmo (ICS, 2019).

Não obstante, o transporte do doente crítico, implica vários riscos também para os profissionais, devido a vários fatores, designadamente: as condições atmosféricas, o tipo de transporte utilizado (forças de aceleração e desaceleração, vibração) e as condições do terreno onde se deslocam (inclinação e mudanças de direção), afetando a segurança do transporte. O transporte terrestre tem a vantagem de ter um custo global baixo, um tempo de mobilização rápido, menos perturbações causadas por condições climáticas adversas, menos potencial para perturbações fisiológicas e uma monitorização mais fácil dos doentes. Os profissionais também estão mais familiarizados com este tipo de ambiente (ICS, 2019). No

caso do transporte aéreo, este deve ser considerado para viagens mais longas, onde o acesso rodoviário é difícil ou quando, por outras razões, pode ser mais rápido. A velocidade percebida do transporte aéreo deve ser equilibrada com atrasos organizacionais e transferências entre veículos no início e no fim da viagem (ICS, 2019).

Assim sendo, o EE assume um papel importante no planeamento e efetivação de um transporte seguro, de acordo com as particularidades da situação, de forma a manter ou melhorar os cuidados de saúde prestados, otimizando os ganhos em saúde; para tal, deve colocar em prática os conhecimentos que detém, de acordo com a mais recente evidência científica (Cordeiro, 2020).

Após esta abordagem teórica que orientou a minha atuação referente ao transporte do doente crítico, passo agora a descrever a aquisição e desenvolvimento das-competências especializadas em enfermagem.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A prática de enfermagem evoluiu consideravelmente ao longo dos anos, incorporando e adaptando-se a uma vasta gama de contextos, que incluem mudanças socioculturais, avanços tecnológicos, transformações económicas, além de alterações políticas e filosóficas. Desde os primeiros passos dados por Florence Nightingale, os cuidados de enfermagem têm-se transformado drasticamente, resultando em melhorias significativas na qualidade dos serviços prestados (Gomes, 2015).

Segundo o REPE (2015), enfermagem é definida como: “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p. 99).

Enquanto disciplina, a enfermagem baseia o seu conhecimento na fundamentação científica e em diferentes áreas do saber como a ética, a moral, a deontologia e os textos legislativos que regulamentam a profissão (OE, 2015).

Através da investigação e respetivos modelos e teorias, a enfermagem tem vindo a alcançar o seu próprio corpo de conhecimento, tendo por base os interesses, necessidades e particularidades da profissão e do contexto social.

As diversas teorias de enfermagem, organizadas pelas várias escolas do pensamento, têm todas a perspetiva comum de que os cuidados são centrados na pessoa, existindo sempre uma relação entre quem presta e quem recebe os cuidados (Collière, 1999). Estas teorias permitem esclarecer e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a enfermagem, designadamente as relações estabelecidas entre eles, as condições e contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem e também o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados (Meleis, 2012).

Neste relatório e de acordo com as teorias de enfermagem existentes, irei dar especial atenção ao paradigma da transformação, relativamente ao Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patrícia Benner aquando do desenvolvimento de competências, bem como ao paradigma da transição, nomeadamente a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, no que diz respeito à abordagem à PSC.

O paradigma da transformação sublinha que os fenómenos são únicos e exclusivos, mas em contínua interação com todo o ambiente em que o indivíduo está inserido. “Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia” (Kérouac et al., 1996, p.13).

Também, a teoria de Benner, defende que a perícia sem a experiência não é possível, uma vez que a relação entre a escola formadora e a prática clínica corresponde a um agente facilitador na evolução da experiência clínica, resultando na simbiose dos conhecimentos teóricos (saber saber) com as habilidades técnicas e envolvimento prático refletido (saber fazer), sem esquecer o comportamento ético (saber ser). Isto é, a prática clínica é fulcral para nutrir e guiar a aquisição de conhecimentos durante a aprendizagem; por outro lado, as pesquisas de bibliografia com evidência científica produzem novos conhecimentos que influenciam a prática (Gallani & Dallaire, 2014). O modelo de Benner identifica cinco níveis de proficiência: 1) Principiante, que corresponde aos estudantes ou recém-licenciados; 2) Principiante Avançado, com dois anos de experiência profissional numa determinada área, sendo capaz de assimilar os aspetos mais importantes das situações e conta com a ajuda de colegas mais experientes para o desenvolvimento da sua prática; 3) Competente, com três anos de prática clínica e existe um planeamento consciente da sua ação, realizando as suas tarefas com base nas necessidades mais importantes da pessoa; 4) Proficiente, em que o Enfermeiro vê a situação como um todo, priorizando as suas ações com base na forma como a situação evolui; 5) Perito, ao fim de cinco ou mais anos, em que o Enfermeiro é capaz de reconhecer padrões com base na sua experiência clínica passada, agindo na antecipação dos focos de instabilidade (Benner, 2005). A minha experiência profissional com cerca de 14 anos de profissão, coloca-me ao nível de perito como Enfermeira de cuidados gerais.

No que concerne à teoria de Afaf Meleis, esta oferece uma perspetiva única de conhecimento que orienta o exercício profissional do Enfermeiro. Como tal, enfermagem é definida como um processo facilitador das transições promotoras do bem-estar, uma vez que qualquer mudança na vida de um indivíduo provocará uma adaptação (Meleis et. al, 2000). Neste contexto, Cardoso et al. (2019) acrescentam que, os Enfermeiros durante a sua prática atuam com o propósito de assistirem na satisfação das necessidades humanas dos indivíduos e de compreender e auxiliar o processo de transição.

A enfermagem é uma ciência baseada nas respostas humanas relativamente ao processo de transição da pessoa, pelo que é crucial que os Enfermeiros sejam capazes de

desenvolver estratégias/competências que demonstrem a visibilidade dos cuidados que prestam à população.

A propósito do conceito de competência, Sani et al. (2020), referem que competência é fundamentada por um conjunto de conhecimentos que facilitam a realização das tarefas de forma eficiente, influenciando o exercício de funções de determinada pessoa. Desta forma, entende-se que a competência tem um impacto positivo no desempenho profissional independentemente do cargo que ocupe.

A OE (2003) define competência como um fenómeno multidimensional complexo, ou seja, é a “capacidade do Enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (p.51).

De acordo com Fernandes (2015), o EE aprimora habilidades para poder tomar decisões e desenvolver estratégias de resolução de problemas se souber combinar a sua prática clínica com a formação contínua.

O EE, segundo o Decreto-Lei n.º 156/2015, é definido como: “o Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p. 99), pelo que o meu ingresso no mestrado procura precisamente alcançar as competências acima descritas.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EE possui conhecimentos específicos num determinado domínio, demonstrando níveis elevados de tomada de decisão e julgamento clínico, traduzidos num conjunto de competências especializadas.

Segundo o mesmo Regulamento, as competências comuns são definidas como: “competências partilhadas por todos os EE, 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. 8649).

Assim e conforme o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do EE, assentam no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados; e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada domínio é constituído por unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, de maneira a depreender se o desempenho profissional correspondeu aos resultados estabelecidos para cada unidade de competência.

A unidade de competência é definida pelo Regulamento n.º 140/2019 como “um segmento maior de competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (p. 8649).

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

As competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, visam “cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar 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” (p. 19359).

Cada competência específica supracitada é igualmente composta por unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, que serão desenvolvidos mais à frente neste relatório.

Ainda neste capítulo, é importante referenciar as competências de Mestre, previstas no Decreto-Lei n.º 65/2018. Como tal, o Mestre deve deter conhecimentos e capacidade de compreensão através de: sustentação dos conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os; aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares. De acordo com o referido Decreto-Lei, o Mestre deve ser possuidor de capacidade para integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções, bem como refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções. Para além disso, deve comunicar as suas conclusões, de acordo com os seus conhecimentos e raciocínio. Ou seja, o Mestre deve conseguir demonstrar competências que possibilitem uma aprendizagem no decorrer do seu percurso.

Seguidamente e depois da explanação realizada sobre o percurso de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica e suas competências, é importante compreender os contextos da prática clínica, os quais passo agora a caracterizar.

2.1. Caracterização dos contextos da prática clínica

A prática clínica, caracterizada por situações imprevisíveis, leva a que os profissionais façam uso de competências individuais e específicas, que permitam responder às diversas situações, aliando o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar.

Serrano et al. (2011), referem que o processo de cuidar está intimamente relacionado com o desenvolvimento de competências, sendo evidente uma analogia entre o desenvolvimento de competências e o exercício profissional, onde os profissionais têm um papel fundamental no processo de mudança e os contextos um imperativo no desenvolvimento de competências.

Nesta linha de pensamento, os Enfermeiros são vistos como atores do processo de mudança e os contextos em que atuam promovem o desenvolvimento das suas competências (Serrano, et al., 2011).

Assim, a escolha dos campos de estágio definidos pelo Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, baseou-se no reconhecimento dos serviços de diferentes instituições, como referências em termos de atualização e inovação, quer na implementação de práticas de cuidados de saúde, quer no desenvolvimento dessas práticas. Como tal, a minha escolha por estes contextos, deveu-se ao facto de considerar os locais mais indicados para o desenvolvimento de competências especializadas no transporte seguro do doente crítico em contexto extra e intra-hospitalar.

Desta forma, procederei à caracterização geral de cada serviço, no sentido de facilitar a compreensão das atividades desenvolvidas no decorrer da minha prática clínica.

2.1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Urgência Polivalente

O Ensino Clínico I, foi realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) em Portugal. A escolha deste SUP em específico, deveu-se ao facto de estar inserido numa instituição de referência na prestação de cuidados diferenciados no nosso país e consequente afluência de doentes, o que aumenta a probabilidade de um maior desenvolvimento das competências especializadas face às diferentes situações de urgência/emergência.

Os SUP, têm vindo a transformar-se, cada vez mais, na porta de entrada da pessoa ao serviço de saúde, uma vez que estão abertos 24 horas por dia e sujeitos a uma grande dinâmica e mudança contínua, onde nada é programado e exige uma grande flexibilidade e adaptação por parte de toda a equipa multidisciplinar. Segundo o Despacho Normativo n.º 11/2002 os SUP são definidos como “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que

têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, considerando que as situações de emergência e urgência são “aquelas cujas gravidades, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata” (p.1865).

O SUP onde efetuei a minha prática clínica, funciona como uma área clínica transversal que tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ele recorram, em particular aos da sua área de referência. No entanto, dada a sua elevada diferenciação técnica e polivalência, acaba por admitir todos os doentes, independentemente da sua proveniência, servindo uma área de referência alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes. Integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho n.º 13427/2015) como Serviço de Urgência Polivalente/Centro de Trauma, funcionando 24 horas por dia/sete dias por semana.

Especialmente vocacionado para o atendimento de doentes que apresentem alterações súbitas ou agravamento do seu estado de saúde, este SUP possui as seguintes valências: Anestesiologia, Cardiologia (urgência referenciada), Cirurgia Cardiorácica (urgência referenciada), Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar (urgência referenciada), Gastrenterologia, Hematologia (urgência referenciada), Medicina Interna, Nefrologia (urgência referenciada), Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia e Vertebro-Medular.

Constituída por uma vasta equipa profissional, apresenta uma taxa de 20% de EEEMC na área de enfermagem à PSC num total de 180 Enfermeiros, o que fica aquém do que refere o Parecer n.º 14/2018, o Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e o Regulamento n.º 743/2019, que sublinham que este tipo de serviço deve ser composto por uma taxa de 50%. De acordo com as mesmas fontes, devem ser os EE a ocupar cargos de funções de responsáveis de equipa, bem como funções mais complexas como é o caso das salas de emergência, pois são estes elementos que detêm as competências essenciais para dar resposta às necessidades de cuidados em contexto de urgência e emergência.

A equipa do SUP está dividida em cinco equipas, todas elas constituídas por EE de várias especialidades, tais como médico-cirúrgica, reabilitação e saúde comunitária. Cada equipa é gerida por um responsável de equipa, sendo este responsável pela distribuição dos seus elementos, sejam Enfermeiros ou assistentes operacionais, pelos diversos postos de trabalho. Ao longo do turno, consoante a dinâmica e necessidade do serviço, pode haver

alterações dos postos. É de salientar que a responsabilidade das equipas é atribuída a EEEMC e/ou peritos.

Devido à grande quantidade de doentes no SUP e conseqüente rácio de Enfermeiros, os EEEMC na área de enfermagem à PSC acabam por exercer funções em todos os postos de trabalho deste serviço. Contudo, é de salientar que lhes é dada preferência a postos como as salas de emergência, as salas de observação e Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.

Relativamente à constituição da equipa multidisciplinar deste SUP, esta engloba elementos das mais diversas áreas: médicos, Enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de exames complementares de diagnóstico, assistente social, entre outros, o que vai de encontro ao que é preconizado pela CRRNEU (2012).

Devido à extensão e complexidade do serviço, este encontra-se dividido por diversos setores, nomeadamente triagem, balcões de atendimento, unidade de Serviço de Observação, salas de emergência e trauma, sala de pequena cirurgia/urologia/cirurgia plástica e reconstrutiva, gabinete de ortopedia, gabinete “iUrgência”, clínica de atendimento do serviço de urgência, Vias Verdes, equipa de emergência médica intra-hospitalar e transporte intra e inter-hospitalar.

Ao longo desta prática clínica, tive a oportunidade de ficar alocada à triagem, iUrgência, salas de observação, especialidades médicas (pequena cirurgia e ortopedia) e salas de emergência e trauma.

Em qualquer setor garante-se uma prática de cuidados sustentada por valores ético-legais e pautada pela segurança, privacidade e dignidade da PSC e sua família/cuidador, uma vez que é um serviço complexo e requer um trabalho multidisciplinar.

A estrutura do centro hospitalar, nas suas diversas valências, encontra-se organizada de forma a assegurar toda a articulação necessária para proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o pré-hospitalar (devido à existência de VMER integrada), passando pelo SUP até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas.

2.1.2. Ensino Clínico II e Módulo I – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O Ensino Clínico II, foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) em Portugal. A escolha deste serviço deveu-se à própria missão do serviço, na qual me revejo, e pelo facto de ser um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pela PSC, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

A medicina intensiva tem vindo a crescer exponencialmente nos últimos sessenta anos. Através de uma evolução técnico-científica e conseqüente desenvolvimento de determinadas áreas (fisiopatologia, terapêutica e tecnologias utilizadas), foi possível este crescimento. Com isto, o Ministério da Saúde, através de uma avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos (UCI) em 2013, reforçou a relevância da medicina intensiva nos cuidados de saúde atualmente. A área da medicina intensiva inclui de forma específica a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversível, em PSC que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminentes ou estabelecidas (DGS, 2017).

Assim e tendo em conta as suas características específicas, os Serviços de Medicina Intensiva, de acordo com a DGS (2017), são serviços que possuem condições para cuidar da PSC, independentemente do local onde se encontre no hospital, como por exemplo no serviço de urgência através da presença de equipas diferenciadas nas salas de emergência, nas unidades de cuidados intensivos e intermédios e/ou no internamento através das equipas de emergência interna.

É o caso da UCIP onde realizei a minha prática clínica. Esta tem como missão melhorar o bem-estar e saúde dos doentes em estado crítico, através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, promoção da investigação básica e clínica e formação de médicos e Enfermeiros. É um serviço que recebe doentes provenientes de qualquer serviço do hospital, por possuir condições físicas, humanas e tecnológicas ideais para o tratamento da PSC, com patologia potencialmente reversível, de origem médica, cirúrgica ou traumatológica, tal como defende Penedo (2013).

Esta unidade é reconhecida como sendo uma das principais unidades de referência em formação, desempenho e competência profissional, sendo classificada como nível III, ou seja, baseia-se no facto de ser um serviço detentor de uma equipa médica especializada e de enfermagem própria, com treino específico, nas 24 horas, estar equipada com meios de

monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

A área destacada para a UCIP inclui várias unidades para os doentes, em que estas estão devidamente equipadas com materiais de alta gama tecnológica para monitorização e ventilação invasiva, indispensáveis aos cuidados da PSC em contexto de cuidados intensivos. Em todas elas, existe um espaço de trabalho que permite o rápido acesso da equipa de enfermagem ao doente, ao mesmo tempo que possibilita o registo informático relativo aos cuidados prestados, sendo por isso uma mais-valia neste contexto da prática.

Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por 68 elementos, em que cerca de 25% possui especialidade em EMC na área de enfermagem à PSC.

No entanto, estes números não correspondem às necessidades exigidas na UCIP. O rácio preconizado é de um Enfermeiro para cada doente, mas muito frequentemente e devido ao défice de recursos humanos, acontece um Enfermeiro ficar responsável por dois doentes. De acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a dotação adequada de Enfermeiros, o nível de qualificação e a competência dos mesmos, retratam aspetos fundamentais relativamente aos índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde prestados, pelo que se devem instituir metodologias e critérios que visem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (OE, 2019, p.128).

O Regulamento n.º 743/2019 define que a equipa de enfermagem da UCIP deveria, idealmente, ser composta por cerca de 50% de EEEMC na área de enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, o que no caso da UCIP onde estagiei, este número fica aquém do preconizado. Para além desta especialidade, existem ainda elementos que possuem especialidade de reabilitação e de saúde mental e psiquiátrica. Estes elementos, são distribuídos pelas cinco equipas existentes na UCIP, sendo cada uma delas gerida por um responsável de equipa.

À semelhança do que acontece no SUP, na UCIP, a distribuição dos Enfermeiros é também realizada pelo Enfermeiro responsável de turno (preferencialmente, um especialista em EMC na área de enfermagem à PSC). Esta distribuição é feita de acordo com as competências de cada elemento da equipa e com a carga de trabalho determinada pelo instrumento de medida *Nursing Activities Score*, o qual irei desenvolver mais à frente.

Na UCIP a atribuição dos doentes aos Enfermeiros segue o método de Enfermeiro responsável, caracterizado pela atribuição de uma PSC a um elemento da equipa de enfermagem, desde a sua admissão no serviço até ao momento da alta.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Desta forma, é fulcral que um EEEMC na área de enfermagem da PSC esteja presente na gestão de cuidados, assumindo uma posição essencial por ser aquele que detém um conhecimento aprofundado nesta área específica de enfermagem, com base nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, p.19359).

A OE (2018), preconiza então, que dado o grau de exigência requerido neste contexto de cuidados, deve ser o EEEMC a assumir a responsabilidade pelo doente crítico uma vez que este detém as competências necessárias para dar resposta às necessidades da PSC, em contexto de Cuidados Intensivos.

Com isto, pode-se afirmar que os cuidados em contexto de cuidados intensivos devem estar associados a uma prática avançada e especializada, onde o conhecimento pode e deve ser colocado em prática e adaptado às situações complexas que caracterizam os doentes críticos em cuidados intensivos.

Assim, é seguro dizer que a UCIP é considerada um serviço de fim de linha, por ser a única existente na região, para onde qualquer doente com quadro de falência multiorgânica ou em risco iminente de falência multiorgânica, tem critérios para admissão desde que haja possibilidade de reversão da situação.

Relativamente ao Módulo I, este foi realizado na mesma UCIP do Ensino Clínico II, sendo que o método de avaliação contemplou, para além do ensino clínico, a elaboração de um estudo de caso com o objetivo de desenvolver o cuidado especializado da PSC, através da aplicação do processo de enfermagem fundamentado.

2.1.3. Módulo II – Instituto Nacional de Emergência Médica

A escolha deste serviço deveu-se ao facto de o território continental possuir um sistema pré-hospitalar distinto da Região Autónoma da Madeira, pelo que ganhei interesse pelo seu conhecimento e funcionamento, nomeadamente na forma de atuação do Enfermeiro em contexto de VMER e ambulância de SIV.

A Emergência extra-hospitalar pode ser definida como sendo “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por uma pessoa, grupo ou comunidade, exigindo uma avaliação e intervenção imediatas, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (OE, 2018, p.10759). Contudo, esta evolução tem sido algo lenta.

O socorro pré-hospitalar de doentes iniciou-se em Portugal em 1965 e estabeleceu um esquema de desenvolvimento, denominado de Sistema Integrado de Emergência Médica, definido como “um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente” (INEM, 2013, p.5).

O INEM tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a adequada prestação de cuidados de saúde pré-hospitalares, assim como promover a correta referenciação do doente emergente e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas.

Em 1987, estruturou-se o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), otimizando a resposta a situações de emergência através da triagem via telefone, medicalização do atendimento e acionamento atempado e adequado de meios para o local da ocorrência. Atualmente, os CODU no país são quatro, designadamente Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, que funcionam 24 horas por dia e são assegurados por médicos e técnicos com formação específica no atendimento, triagem, aconselhamento de pré-socorro e organização e acionamento dos meios de socorro mais adequados a cada ocorrência, preparando igualmente a receção hospitalar dos doentes (INEM, 2019).

Estes meios podem ser medicalizados e não medicalizados. Os meios medicalizados, têm uma equipa composta por médico e Enfermeiro, nomeadamente a VMER e os helicópteros de emergência médica, ao passo que os não medicalizados são as ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e SIV e as motas de emergência médica.

As VMER surgiram em 1989 e permitiram um aumento enorme na qualidade de assistência na emergência extra-hospitalar, uma vez que a equipa é constituída por médico e Enfermeiro com formação específica em emergência pré-hospitalar, nomeadamente SAV, sendo o seu objetivo a estabilização da vítima no local e acompanhamento da mesma durante o transporte até a unidade de saúde mais adequada (INEM, 2012).

Com o decorrer dos anos, as VMER foram-se expandindo a nível do território nacional e em 1996 houve a necessidade de implementar o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica. Este serviço é utilizado no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde e cada helicóptero está equipado com material de SAV, sendo a tripulação composta por um médico, um Enfermeiro e dois pilotos (INEM, 2012).

Em 2007 são implementadas as ambulâncias de SIV, inicialmente no Alentejo, mas rapidamente alargou-se a todos os distritos do país (Ferreira, 2018).

As ambulâncias de SIV, são constituídas por equipas de dois elementos, nomeadamente um Enfermeiro, com formação em SIV e um técnico de emergência pré-hospitalar, com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa. Estes elementos têm como objetivo a estabilização extra-hospitalar e o transporte da PSC, garantindo cuidados de saúde diferenciados até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV, nomeadamente a equipa de VMER.

Quanto ao seu equipamento mais específico, têm um monitor-desfibrilhador que permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais para a equipa médica residente. Em contexto SIV, o Enfermeiro executa todos os procedimentos de forma autónoma, orientando-se por protocolos institucionais universalmente aceites e validados, sem necessidade de prescrição médica *in loco*, mas sempre com obrigatoriedade de os validar com o médico do CODU de acordo com a situação que lhe é apresentada.

Relativamente à prática clínica no INEM, designadamente ambulância de SIV e VMER, não se aplicam regras de atribuição de doentes ou métodos de trabalho específicos, uma vez que o Enfermeiro está alocado a uma viatura e é ativado para uma ocorrência sempre que seja necessário, ficando responsável pela vítima em questão. O mesmo acontece em cenários de multivítimas em que, segundo o INEM (2012), é acionado o processo de triagem

pré-hospitalar e consoante as necessidades de cuidados e o estado de saúde das vítimas, é essencial existir uma adaptação dos recursos humanos e materiais a cada situação. Nesta situações, o método de trabalho segue o algoritmo universal de abordagem à vítima “ABCDE”, que antecede o momento de transporte da PSC para a unidade hospitalar mais adequada e disponível à sua condição.

Quanto ao transporte do doente crítico e de acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 09/2017 da OE, o EEEMC na área de enfermagem à PSC, possui competências e formação adequadas, que lhe conferem a capacidade de tomada de decisão, avaliação e utilização do pensamento crítico à luz da situação clínica do doente e da evidência científica atual. Logo, no que respeita ao âmbito extra-hospitalar, o Enfermeiro deverá assumir a responsabilidade da decisão tomada, considerando o risco e segurança da PSC (Cordeiro, 2020).

Seguidamente, refletirei e elucidarei o meu desenvolvimento de competências de EEEMC na área de enfermagem à PSC nos campos de estágio referidos anteriormente. De notar, que qualquer um deles, acabaram por ser excelentes escolhas, tendo em conta as atividades que estes serviços e instituições desenvolvem e reconhecimento que detêm, bem como o trabalho que desenvolvi nas mesmas.

2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O Regulamento n.º 140/2019, refere que independentemente da área de especialização, todos os EE compartilham um grupo de domínios, com competências comuns, que são aplicáveis nos diferentes ambientes de cuidados e nos distintos contextos de prestação de cuidados de saúde.

As competências comuns do EE, “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” (OE, 2019, p. 4745).

Assim e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do EE encontram-se organizadas em quatro domínios, designadamente: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Seguindo esta ordem de ideias, realizarei uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos, bem como a consolidação da aquisição das respectivas competências, que resultaram da integração e articulação de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado, nomeadamente através dos ensinamentos clínicos e experiência pessoal e profissional.

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

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, neste domínio inserem-se duas unidades de competência, que são: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746).

De acordo com o REPE, “os Enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, aquando do exercício das suas funções (OE, 2015, p.101-102).

Este mesmo Regulamento refere que o EE “demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (OE, 2019, p.4746).

O Código Deontológico dos Enfermeiros refere também que os Enfermeiros deverão “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p. 8078).

A tomada de decisão é um pilar essencial na aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Uma vez que os Enfermeiros são os profissionais de saúde que enfrentam um maior número de situações envolvendo problemas éticos, “é essencial possuírem sensibilidade moral, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e compromisso pessoal para dar o melhor de si” (Nora et al., 2016, p.6).

O EE aquando da sua tomada de decisão, faz juízos sobre as reais necessidades do doente, através de uma reflexão crítica e construtiva e planeia as intervenções com o objetivo de solucionar o problema, tendo por base uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Segundo o Estatuto da OE, no artigo 99º: “As

intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro” (Decreto-Lei n.º 156/2015, p. 8102).

Cuidar da PSC implica estar desperto para inúmeras particularidades, o que pode dificultar a tomada de decisão, devido à sua complexidade e multidimensionalidade. Como tal, a tomada de decisão em enfermagem deverá envolver outros elementos da equipa multidisciplinar, de forma a possibilitar a partilha de perspetivas, conhecimentos e experiências diversas (Nora et al., 2016). Para além disso, este contexto de cuidados envolve tomadas de decisão o mais céleres possível por parte dos profissionais envolvidos, o que torna difícil a tomada de consciência sobre os desejos e sentimentos do doente e sua família.

No decorrer dos meus ensinamentos clínicos, desenvolvi uma prática profissional e ética em toda a minha atuação e promovi práticas de cuidados de qualidade, como consequência de uma participação ativa nas tomadas de decisão, conjuntamente com os Enfermeiros Tutores e restantes elementos da equipa multidisciplinar, através da colheita de informação, diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e execução das mesmas, avaliação sistemática do doente e frequente avaliação das intervenções efetuadas.

Relembro uma situação, em contexto de SUP, em que apenas a observação do doente permitiu-me identificar uma respiração ineficaz e antecipar uma provável paragem respiratória. Através da monitorização de sinais vitais, verifiquei que o mesmo apresentava TAS (Tensão Arterial Sistólica) > 150 mmHg e em crescendo e uma SPO₂ (Saturação Periférica de Oxigénio) < 88% já com aporte suplementar de oxigénio (O₂). De imediato, e depois de conferenciar em equipa multidisciplinar foi iniciada ventilação não invasiva e administrada medicação adequada. Devido à rapidez da intervenção, em menos de 30 minutos o doente recuperou e estabilizou a nível hemodinâmico, tendo sido diagnosticado com Edema Agudo do Pulmão hipertensivo.

No que concerne ao contexto de UCIP, uma situação algo comum, são as obstruções parciais dos tubos endotraqueais, aquando da presença de secreções no circuito. Uma vez que detetei precocemente que o doente tinha a frequência respiratória aumentada, diminuição da saturação periférica de oxigénio e apresentava sinais de depressão respiratória, designadamente uso excessivo da musculatura acessória, foram tomadas medidas de imediato, como a aspiração de secreções e otimização do posicionamento para reverter a situação, o que ocorreu com sucesso.

No âmbito extra-hospitalar, lembro uma situação, em que através da monitorização de sinais vitais, verifiquei que o doente apresentava TAS < 90 mmHg e uma SPO₂ < 88% já com aporte suplementar de O₂, bem como um GCS (Escala de Coma de Glasgow) de 11.

Este doente tinha inalado fumo durante tempo incerto, uma vez que o próprio incendiou a própria casa e deixou-se ficar dentro até alguém o socorrer. À chegada ao local e à primeira observação da equipa da VMER, foi decidido em conjunto, que o mesmo necessitava de entubação endotraqueal, de forma a antecipar uma provável paragem respiratória. Devido à rapidez da intervenção, em menos de 10 minutos o doente recuperou e estabilizou a nível hemodinâmico, sendo possível transportá-lo em segurança até à unidade hospitalar de referência.

Em todos os momentos de tomada de decisão, foi fundamental a existência de uma análise crítico-reflexiva criteriosa, atendendo sempre às necessidades e preferências da PSC e sua família/cuidador, tendo por base a minha experiência profissional e momentos de partilha de conhecimentos e experiência com os Enfermeiros Tutores e restantes elementos da equipa multidisciplinar. Isto levou a que desenvolvesse habilidades para a tomada de decisão, sustentadas em princípios éticos como a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, consignados no Código Deontológico dos Enfermeiros.

A Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, afirma que “é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer” (p.56).

Na prossecução de todas as minhas intervenções considerei sempre o direito à informação do doente e o dever de informar por parte do profissional, como uma condição *sine qua non* da minha atuação enquanto prestadora de cuidados, procedendo de acordo com a Carta dos Direitos e Deveres do Doente de 2015. Como exemplo, sempre que abordei um doente e prestei cuidados, apresentava-me, questionava relativamente à forma como queria ser tratado e explicava os procedimentos que iria executar e a razão para tal, com o intuito de obter o seu consentimento. O consentimento informado é um processo de comunicação, contínuo e participado, que se estabelece através da interação entre o profissional de saúde e a pessoa (DGS, 2015).

Também a Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, refere a importância de se obter o consentimento da pessoa para qualquer ato de enfermagem ou de outro profissional. O consentimento explícito escrito é necessário para atos como cirurgias, administração de hemoderivados, técnicas invasivas, interrupção voluntária da gravidez, colheita e transplante de órgãos, ensaios clínicos, entre outros. No entanto, foram inúmeras as situações de urgência em que não foi possível obter o consentimento informado, pelo facto de a comunicação com o doente estar limitada pela sua situação clínica e alteração do

estado de consciência, sendo necessário assumir o consentimento presumido, que ocorre, segundo a DGS (2015): “(...) quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado. O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso” (p. 6).

Em contexto de SUP e extra-hospitalar, deparei-me com um maior número de situações em que se assumiu consentimento presumido, do que escrito e explícito, uma vez que nestes contextos é frequente a ocorrência de situações emergentes, em que todos os minutos contam, pelo que a tomada de decisão deve ser célere, evitando danos irreversíveis para o doente. Da mesma forma, na UCIP é frequente a ocorrência de situações em pessoas inconscientes, em que naquele instante não é possível contactar com o representante legal, procurador de cuidados de saúde, autoridade ou pessoa ou instância designada pela lei, pelo que era assumido o consentimento presumido.

A privacidade do indivíduo é também um alicerce na atuação de qualquer profissional de saúde, pelo que procurei respeitar ao longo da minha prática clínica. Esta postura traduziu-se em manter o respeito pela integridade da pessoa, assegurando que a informação que me era confiada não seria utilizada para além da prestação de cuidados e só seria partilhada pelos profissionais responsáveis pelo doente.

Em todos os contextos pude constatar que o respeito pela privacidade da pessoa era uma preocupação constante da equipa; contudo, todos tiveram os seus desafios. A título de exemplo, no SUP, devido à grande afluência de doentes, o espaço físico do serviço tornava-se pequeno, dificultando a execução de técnicas com segurança e privacidade. Como tal, sempre que possível, durante a prestação de cuidados procurei recorrer a biombos e cortinas, de forma a privilegiar a privacidade dos doentes. Em contrapartida, na UCIP tornou-se mais fácil garantir a privacidade dos doentes, uma vez que existe um maior número de recursos materiais e conseqüentemente mais formas de individualizar as unidades dos doentes. Quanto ao contexto extra-hospitalar, este revelou-se o mais desafiante devido às suas características, nomeadamente as ocorrências na via pública. Contudo, aquando da avaliação da vítima de acordo com a abordagem “ABCDE”, esta era realizada sempre que possível no interior da ambulância. De referir, que em todos estes contextos, foi sempre considerada a privacidade da família/cuidador da PSC no momento de transmissão de más-notícias, recorrendo a um local específico para esse fim ou através da adaptação de um espaço físico com ambiente calmo e desprovido de ruídos e estímulos externos.

No que concerne à confidencialidade e sigilo profissional, em todos os campos da prática clínica, a minha atuação pautou-se por apenas partilhar a informação clínica com aqueles que se encontravam diretamente relacionados com os cuidados a serem prestados aos doentes. Conforme o Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, o Enfermeiro deve: “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.81).

Ao abordar a confidencialidade, emerge também a necessidade de falar acerca da informação oral e escrita e da segurança das mesmas. Sempre que possível, procurei que esta partilha de informação ocorresse em locais mais sossegados e adequados para o efeito. No caso específico da UCIP, a passagem de turno é realizada em dois momentos, nomeadamente numa sala de trabalho anexa às unidades dos doentes em que é passada a informação geral dos doentes a todos os elementos da equipa e outro momento realizado junto à unidade do doente, o que permite que outros doentes que se encontram conscientes possam ouvir informações clínicas de outrem. De forma a evitar esta situação, procurei adaptar o discurso, utilizando um tom de voz moderado e audível. Também eram dispostos biombos nas unidades dos doentes, de forma a isolar mais o ruído e limitar o campo visual, dificultando a compreensão da informação transmitida. Estas mesmas estratégias eram utilizadas no SUP.

A qualidade da informação na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, estando associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e naturalmente ao decréscimo da mortalidade (DGS, 2017). Ademais, aquando da transição de cuidados, é recomendado uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do doente, devendo ser utilizada a técnica ISBAR (I–Identificação; S–Situação atual; B–Antecedentes; A–Avaliação; R–Recomendações), por se tratar de uma “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara” (DGS, 2017, p.6). Nos três contextos de ensino clínico esta metodologia foi utilizada não só nos momentos de passagem de turno, como na transferência dos doentes entre serviços, garantido a segurança e continuidade na qualidade dos cuidados.

Outra forma de partilha de informação são os registos de enfermagem que “devem refletir o pensamento crítico, sustentado na tomada de decisão planeada pelos Enfermeiros” (Vieira, 2018, p.26), permitindo a avaliação dos mesmos e a continuidade de cuidados. Muitas vezes usa-se a expressão “não está registado, não foi realizado”. Os registos de enfermagem são fundamentais e, a par da passagem de turno, assumem grande importância

na continuidade dos cuidados de enfermagem, na visibilidade do trabalho dos Enfermeiros, assim como das boas práticas. É nos registos de enfermagem que reside a base legal dos cuidados.

Em suma, considero que todas as experiências que vivenciei me permitiram prestar cuidados a doentes com diferentes condições socioeconómicas, etnias, raças, religiões e nacionalidades. Durante esses cuidados, procurei agir em defesa dos direitos humanos e em consonância com a vontade dos doentes e seus familiares.

2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o domínio em questão considera as seguintes unidades de competência do EE: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica e Garante um ambiente terapêutico e seguro” (p. 4745).

O EE deve ser um elo dinamizador na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, revisão das mesmas e implementação de programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). Como tal, deve ser possuidor de conhecimentos relativamente às diretrizes na área de qualidade e em melhoria contínua, promovendo conhecimento na prestação de cuidados de qualidade através da divulgação de experiências de sucesso.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma temática relativamente recente em Portugal, com necessidade de implementar programas de acreditação, os quais têm evoluído ao longo dos anos. O Regulamento n.º 361/2015, clarifica o papel do Enfermeiro junto dos doentes e da população em geral, enaltecendo a importância da qualidade na prestação de cuidados em saúde, com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

Também no Decreto-Lei n.º 156/2015, pode verificar-se que é da responsabilidade das equipas de saúde garantir a qualidade dos cuidados. Nesta ordem de ideias, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026, vem também estabelecer linhas orientadoras para a garantia da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal (Despacho n.º 9390/2021), pois o mesmo faz referência à necessidade de apoiar os gestores do Sistema Nacional de Saúde, no sentido de definir metas que melhorem a qualidade dos cuidados nas instituições de saúde, através da aplicação de métodos/protocolos.

Assim, os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026, baseiam-se em consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança e a comunicação, e implementar continuamente práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Este plano estabelece cinco pilares fundamentais: “Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente; e Práticas Seguras em Ambientes Seguros” (Despacho n.º 9390/2021).

Ademais, a Lei n.º 95/2019, que consagra a Lei de Bases da Saúde, afirma que todos os cidadãos têm o direito de aceder aos cuidados de saúde, os quais deverão seguir “as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56).

No que diz respeito aos cuidados especializados e enquanto futura EE, ao longo da minha prática clínica, tive em consideração o Regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, que englobam “a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (p.17241).

No decorrer dos ensinamentos clínicos realizados, pude familiarizar-me com as estratégias de qualidade dos serviços e os seus programas de acreditação, mais concretamente, a acreditação de unidades de saúde com base no modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, adotado pela DGS. Este modelo, define-se por analisar e investigar de que forma os cuidados de saúde prestados vão ao encontro dos padrões definidos, visando a melhoria contínua da qualidade que a DGS pretende desenvolver em Portugal.

O SUP e a UCIP onde realizei os ensinamentos clínicos, estão acreditados com nível Bom, de acordo com o modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*.

Não obstante, o processo de acreditação é algo contínuo, pelo que os profissionais dos serviços devem consciencializar-se que o seu contributo diário é imprescindível para que se atinja a qualidade dos cuidados. Nos serviços anteriormente referidos, notei uma definição precisa das funções e responsabilidades de cada elemento da equipa multidisciplinar, a existência de elos de ligação aos diferentes projetos da instituição, a existência de um plano de integração para novos profissionais nos serviços, a definição de procedimentos para o

controlo de infeção e a existência de protocolos e de sistemas/equipamentos tecnológicos adaptados às necessidades atuais.

É de referir que não tive oportunidade de integrar nenhum projeto de melhoria contínua de qualidade nos serviços por onde passei; no entanto, pude identificar possíveis áreas de melhoria através da análise crítica e reflexiva com os Enfermeiros Tutores, designadamente a necessidade de mais formação acerca de medidas para controlo da infeção, uma vez que foram algumas as situações em que não foram adotadas as medidas básicas de proteção antes, durante e após o contacto com o doente aquando da prestação de cuidados e até mesmo implementação de técnicas invasivas, por parte de diversos elementos da equipa multidisciplinar.

Todavia, relembro a possibilidade de visitar o Helicóptero de Emergência Médica, em contexto de auditoria, com o propósito de atualizar e aprofundar conhecimentos no âmbito extra-hospitalar, através da verificação das condições de segurança relativamente à disposição de material e medicação na base do helicóptero.

Realço ainda que no SUP deparei-me algumas vezes com a realização de auditorias relativamente à higienização das mãos, fardamento e colocação de dispositivos intravasculares no adulto, no âmbito do controlo de infeção.

A qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, p.13551).

Neste pressuposto, a prestação de cuidados assenta muitas vezes em protocolos terapêuticos, que tal com refere Magalhães (2017), constituem uma base estrutural importante para garantir uma prática segura, melhorar a consistência dos cuidados, aumentar a segurança quer na preparação quer na administração de terapêutica e produzir paridade de conhecimento entre os profissionais. Estes protocolos são uma forma sistémica e sistemática de prestação de cuidados, para que estes sejam uniformizados e contribuam para uma tomada de decisão fundamentada (Veloso, 2018). Contudo, além da aplicação de protocolos é imperativo compreender os mecanismos que fundamentam a respetiva intervenção, de tal forma que o Decreto-Lei n.º 156/2015, declara que os Enfermeiros, “participam (...) na concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos” (p.103).

Fazendo referência à existência de normas e protocolos do SUP, são diversos e estão em plataforma digital acessível aos profissionais do próprio serviço. Alguns mais específicos deste contexto que poderei enumerar são o protocolo do GriCode (transfusão de sangue), protocolo de transfusão maciça, protocolo de ativação da equipa de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*, protocolo para decisão e efetivação de transporte intra e inter-hospitalar e protocolo de SAV.

Relativamente à UCIP tive oportunidade de colocar em prática alguns dos protocolos mais específicos da unidade, nomeadamente: monitorização de valores do potássio, administração de noradrenalina, monitorização de glicemia e administração de insulina, administração de nutrição entérica, gestão terapêutica da temperatura, terapêutica antibiótica com vancomicina, testes de morte cerebral e ventilação mecânica em decúbito ventral.

No contexto extra-hospitalar, todos os protocolos são importantes, mas os que achei essenciais devido às situações mais frequentes da minha prática e os quais pude aplicar regularmente foram: protocolo de abordagem à vítima, protocolo de dispneia, protocolo de dor torácica e protocolo de SAV.

Relativamente à segurança na utilização da medicação, a OMS estima que entre 8% e 10% dos doentes internados no Serviço de Medicina Intensiva e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação (Despacho n.º 1400-A/2015).

Com o intuito de minimizar esta problemática, garanti a segurança da administração de terapêutica por mim e pelos pares, tendo em conta a verificação do doente certo, medicação certa, via certa, hora certa, dose certa, forma certa e resposta certa. Na administração da medicação, geri a administração de protocolos terapêuticos complexos, prevenindo possíveis efeitos adversos que poderiam emergir da implementação desses protocolos, monitorizando e avaliando continuamente o doente crítico. Sempre que possível, informei o doente relativamente ao motivo de administração do fármaco, assim como os seus efeitos benéficos e possíveis efeitos secundários.

Uma vez que os contextos por onde passei apresentam uma grande diversidade de situações, é fundamental que todos os procedimentos também estejam protocolados. Isto retrata-se também nas técnicas usadas para a prestação de cuidados, sendo que pude colaborar e realizar procedimentos invasivos e não invasivos e aprofundar competências nos mesmos, através da manipulação e gestão de materiais específicos (plano duro, maca pluma, colar cervical, ventilador, entre outros) e colaboração em diversos procedimentos invasivos,

como por ex: entubação endotraqueal, algaliação, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial e monitorização de pressão arterial invasiva.

Uma forma de garantir a implementação segura de todos os protocolos referidos anteriormente, é através da realização de *check-list* de todo o material e medicação necessários para a prestação de cuidados nos diversos contextos, que pude realizar através da verificação de carros de emergência, verificação e realização de testes dos monitores/desfibrilhadores bem como dos ventiladores e ainda verificação do material e equipamento das salas de trabalho, unidades dos doentes, ambulância de SIV e VMER.

A fim de proporcionar um ambiente seguro para a prestação de cuidados, implementei medidas de identificação dos doentes e apliquei as escalas de *Morse* e de *Braden* na prevenção de quedas e lesões por pressão respetivamente.

Especificamente, no que concerne à identificação inequívoca dos doentes em ambientes complexos, quer se trate do intra ou extra hospitalar onde a vida da PSC está em risco, é crucial garantir que os cuidados corretos sejam direcionados ao doente correto, que a medicação apropriada seja administrada e que as técnicas aplicadas sejam adequadas. Considerando que muitos destes doentes podem apresentar alteração do estado de consciência, é essencial garantir-lhes uma correta identificação. No contexto intra-hospitalar, deve-se utilizar uma pulseira com o nome completo e número do processo; contudo, em contexto extra-hospitalar, a verificação dos dados do doente deve ser feita com a pessoa de referência.

No que concerne ao risco de quedas, os fatores de risco associados são variados e incluem aspetos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais (Despacho n.º 1400-A/2015). Por esta razão esta avaliação não pode nem deve ser negligenciada por parte do EE.

Representando um problema significativo de saúde pública a nível global, as úlceras por pressão (UPP) são um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (Despacho n.º 1400-A/2015). Neste sentido, o recurso a escalas validadas que me permitissem identificar o risco, constituiu uma preocupação constante durante a minha prática clínica.

Frequentemente, a PSC possui diversos dispositivos, que podem potenciar o desenvolvimento de UPP, caso o seu alívio não seja proporcionado. Procurei igualmente, no âmbito do processo de enfermagem, implementar os cuidados necessários à prevenção de UPP, incluindo observação e monitorização, higiene rigorosa e aplicação de creme

hidratante, início precoce da alimentação, controlo da humidade, gestão da pressão e promoção da mobilização.

Além das consequências negativas para a PSC e sua família, a ocorrência de quedas e UPP levam a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para os serviços de saúde (DGS, 2011). Portanto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter implementados sistemas e estruturas de governação para a prevenção e gestão de quedas e de UPP, tal como preconizado no Despacho n.º 1400-A/2015.

Em todos os serviços onde desenvolvi as minhas práticas clínicas pude constatar a existência de um sistema que permitia a formulação por escrito de incidentes clínicos e não clínicos. Estes incidentes eram todos analisados levando à elaboração de planos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Também no contexto extra-hospitalar a plataforma *iTEAMS* (INEM Tool for Emergency Alert Medical System), era possuidora de um separador que permitia aos profissionais identificarem eventos adversos que surgissem ao longo do turno.

Especificamente sobre o tema central do meu trabalho, obviamente que as questões de segurança do doente crítico também abrangem o transporte, pelo que se torna importante ressaltar que o transporte deve ser realizado de forma segura tanto para o doente quanto para os profissionais envolvidos, a fim de evitar eventos adversos ou complicações. Isso deve ser alcançado através de um planeamento adequado, que realizei durante as práticas clínicas seguindo as recomendações e diretrizes existentes.

A qualidade e a segurança nos cuidados, segundo Jesus et al., (2015), tem lugar em ambientes de prática favoráveis. Foi sempre minha preocupação zelar para que todos os doentes pudessem usufruir de cuidados seguros e de qualidade, nos ambientes de prática onde exerci a minha atividade enquanto futura EE. Considero que, através das experiências e do trabalho realizado consegui desenvolver as competências do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade.

2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O presente domínio de competências comuns, disposto no Regulamento n.º 140/2019 da OE, é constituído pelas seguintes unidades de competência: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

No Regulamento n.º 76/2018, a OE refere que “a prática de funções de gestão por Enfermeiros é decisiva para a qualidade e segurança do exercício profissional, sendo componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p. 3478).

Apesar da gestão dos cuidados ser exercida de uma forma generalizada por todos os Enfermeiros no contexto da sua prática clínica diária, o EE possui competências de grande capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019).

O EE deve prestar cuidados de enfermagem de qualidade dando prioridade à segurança e bem-estar do doente, de forma a promover melhores resultados de saúde. Assim, deve manter-se sempre atualizado com as últimas evidências científicas, diretrizes clínicas e melhores práticas na sua área de especialização.

O Regulamento n.º 140/2019, afirma também que o EE deve ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, isto é, através de uma liderança adequada consegue realizar uma gestão efetiva de recursos humanos e materiais através da identificação de necessidades e prioridades, promovendo uma qualidade dos cuidados de forma efetiva. Uma comunicação eficaz com os vários elementos da equipa, com base na partilha de informações relevantes, saber ouvir e respeitar opiniões, é essencial para alcançar os melhores resultados e garantir uma abordagem holística e integrada no cuidado ao doente.

No Decreto-Lei n.º 71/2019 é igualmente reconhecida a importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem, na vertente da gestão de cuidados como aspeto central da atividade de enfermagem e que contribui para o bom funcionamento dos serviços, realçando a importância da categoria de Enfermeiro gestor.

Na mesma linha de pensamento, o EE desempenha um papel fundamental na gestão dos cuidados e do serviço, de acordo com as orientações estabelecidas pelo Enfermeiro gestor e em conformidade com os protocolos e diretrizes instituídos, supervisionando e coordenando a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Como tal, ao longo dos meus ensinamentos clínicos, procurei direcionar o meu percurso através da observação do papel dos Enfermeiros gestores e responsáveis de equipa, no desempenho das suas funções, constatando que este papel pode ser algo stressante e desgastante. É necessário gerir recursos humanos e materiais, garantir dotações seguras, assegurando que os Enfermeiros se mantêm envolvidos e motivados para o desempenho das suas funções bem como promover um ambiente laboral saudável.

Como referido anteriormente neste relatório, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, o Parecer n.º 14/2018 e o Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, as equipas devem ter uma taxa de 50% de EEEMC na área de enfermagem à PSC em serviço de urgência. Contudo, apesar destas recomendações, o SUP onde realizei a minha prática clínica apresentava uma taxa de apenas 20%.

Também, os enfermeiros responsáveis pela sala de emergência e coordenadores funcionais de turno devem ser preferencialmente EEEMC, conforme estabelecido no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, algo que não ocorre no SUP onde exerço funções. Contudo, no SUP onde pude exercer a minha prática clínica, todos os responsáveis de equipa eram EEEMC na área de enfermagem à PSC e eram sempre três EEEMC na área de enfermagem à PSC que se responsabilizavam pelas quatro salas de emergência existentes, sendo que um destes elementos também era responsável pela Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.

O posto de triagem deve ser assegurado, segundo o Regulamento n.º 743/2019, por um Enfermeiro com formação específica no Sistema de Triagem de Manchester, e no caso específico de um SUP de adultos deve ser assegurado por um EEEMC na área de enfermagem à PSC. Neste SUP, em todos os turnos havia pelo menos um EEEMC na área de enfermagem à PSC a realizar triagem, exercendo também uma gestão de cuidados relativamente à equipa deste posto de trabalho. No SUP onde exerço funções, o EEEMC na área de enfermagem à PSC raramente é designado para este posto de trabalho.

Resumindo, o EEEMC na área de enfermagem à PSC detém as competências essenciais para dar resposta às necessidades de cuidados em contexto de urgência e emergência.

O método de trabalho adotado no SUP é o método individual, que consiste na atribuição de um número de doentes por área, aos quais o Enfermeiro alocado deverá prestar todos os cuidados durante o seu turno. Silva (2017), defende que o método individual está centrado nas necessidades da PSC, pelo que o Enfermeiro responsável pelo doente personaliza os planos de cuidados, visando especificidade de qualidade, ou seja, o Enfermeiro ao ser responsável pelos cuidados prestados assume a capacidade de decisão.

No início de cada turno, procedi à observação de cada doente à minha responsabilidade e estabeleci um plano de cuidados para cada um, priorizando as intervenções de acordo com cada situação. No decorrer do turno, os planos de cuidados eram continuamente reavaliados e adaptados conforme as necessidades do doente.

Da mesma forma, procedi à validação do material existente nos diversos postos de trabalho onde estive alocada, delegando a reposição do material em falta aos assistentes operacionais afetos a estes postos e supervisionei e orientei nas tarefas por mim delegadas, de forma a assegurar intervenções adequadas a cada doente.

À semelhança do que acontece no SUP, na UCIP, a distribuição dos Enfermeiros é também realizada pelo Enfermeiro responsável de turno, de acordo com as competências de cada elemento da equipa e com a carga de trabalho que cada doente exige diariamente. Para tal, o Enfermeiro responsável de turno recorre a um sistema de classificação de doentes. Anteriormente, era utilizado o conhecido sistema TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*). Este sistema pontua e classifica a gravidade de cada doente internado na UCIP e conseqüentemente são atribuídos os doentes a cada Enfermeiro de acordo com a carga horária de cuidados necessários e competências dos mesmos. Contudo, devido à sua baixa fiabilidade, nesta UCIP, passou a ser utilizada a escala de *Nursing Activities Score*, que “contempla a prestação de cuidados diretos ao doente e família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e doentes e ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão” (Macedo, 2017, p.28). Este instrumento ajuda na gestão adequada da carga de trabalho em enfermagem e promove as boas práticas de segurança, que contribuem para a redução de eventos adversos e do risco de acidentes de trabalho (Simões, 2020). Apresenta uma sensibilidade de 80,8% das atividades de Enfermagem, tornando-se assim num instrumento com maior fiabilidade. Por sua vez, através da análise dos dados que este instrumento de medida fornece, é possível aferir e justificar a necessidade de contratação de mais Enfermeiros junto das administrações hospitalares, sendo um dos objetivos do mesmo.

À semelhança do que é defendido para o SUP e de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, defende-se que o rácio preconizado na UCIP é de um Enfermeiro para cada doente, mas muito frequentemente e devido ao défice de recursos humanos, acontece um Enfermeiro ficar responsável por dois doentes críticos de nível III, como já mencionado anteriormente neste relatório. De acordo com a OE (2014), a dotação adequada de Enfermeiros, o nível de qualificação e a competência dos mesmos, retratam aspetos fundamentais relativamente aos índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde prestados, pelo que se devem instituir metodologias e critérios que visem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados.

Na UCIP a atribuição dos doentes aos Enfermeiros segue o método de Enfermeiro responsável. Este método é caracterizado pela atribuição de uma PSC a um elemento da

equipa de enfermagem, desde a sua admissão no serviço até ao momento de alta. Para isso, o Enfermeiro responsável planeia e implementa cuidados de enfermagem com base no plano de cuidados estabelecido em equipa e garante que na sua ausência os outros profissionais consigam dar continuidade ao mesmo, podendo a qualquer momento qualquer um deles alterar o plano de cuidados caso o estado de saúde da PSC assim o exija (Silva, 2017). O Enfermeiro responsável é quem melhor conhece a PSC e por isso é o mais capacitado para a elaboração de um plano de cuidados devidamente personalizado.

Em contexto de UCIP, o momento que antecede a prestação de qualquer cuidado é a preparação da unidade do doente, para que tal ocorra com as condições ideais e materiais adequados, garantindo uma prática segura e eficaz. Desta forma, no início de cada turno, verificava a unidade e assegurava-me de que tinha o material necessário de acordo com os níveis preconizados e realizava a verificação de cada equipamento (ex: monitor, desfibrilhador, ventilador, aspirador de secreções, bombas infusoras).

Em cada turno, é ainda da responsabilidade do Enfermeiro responsável de equipa preencher ficheiros relativamente ao controlo de estupefacientes (é feita a contagem e confirmado o registo no documento em papel), testar o desfibrilhador portátil, confirmar a operacionalidade de todo o material existente no carro de emergência da UCIP, confirmar a temperatura adequada do frigorífico onde fica acondicionada a medicação, entre outros, algo que pude testemunhar, visto que o meu Enfermeiro Tutor exerceu estas mesmas responsabilidades várias vezes no decorrer do meu estágio.

Relativamente à prática clínica no INEM, designadamente ambulância de SIV e VMER, não se aplicam regras de atribuição de doentes ou métodos de trabalho específicos, tal como justificado anteriormente neste relatório.

No âmbito extra-hospitalar, o principal objetivo neste domínio resumia-se à gestão dos cuidados e liderança. Na ambulância de SIV, o papel do Enfermeiro é de *team leader*, uma vez que grande parte das vezes é o elemento mais diferenciado. Logo, tem como função organizar a sua intervenção baseada num processo de tomada de decisão, coordenar e supervisionar as ações levadas a cabo pelo técnico de emergência pré-hospitalar e os demais intervenientes do Sistema Integrado de Emergência Médica e transmitir a informação ao médico regulador. Dentro das suas funções, a transmissão de dados acerca da PSC ao médico regulador é de extrema importância, uma vez que o Enfermeiro deve conseguir espelhar, de forma fiel, a imagem da PSC e respetivo contexto, de forma a poder validar protocolos, intervenções interdependentes e continuidade dos cuidados.

Os Enfermeiros, ao assumirem o papel de *team leader* no extra-hospitalar, devem possuir e desenvolver a capacidade de avaliar e atuar de forma eficaz e eficiente, sendo capazes de tomar decisões fundamentadas, através da experiência, conhecimento técnico e científico e identificação precoce de focos de instabilidade, de forma a responder rapidamente e minimizar complicações. Considero ser uma das competências fundamentais no extra-hospitalar, a qual pude desenvolver enquanto estudante de especialidade.

Em contexto extra-hospitalar, é também da responsabilidade do EE o transporte da vítima para uma unidade de saúde de referência, o qual deve assegurar a estabilização e segurança da mesma durante o transporte. Segundo o Parecer n.º 09/2017 da OE, a tomada de decisão para o transporte da PSC deve ser refletida tendo em conta o seu risco e benefício, dado que durante o transporte, o nível de qualidade dos cuidados não deve ser inferior ao do local de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar. Isto envolve a administração de medicação de acordo com os protocolos instituídos, a monitorização de sinais vitais e a realização de intervenções, bem como prevenir possíveis complicações que possam surgir, como uma deterioração súbita da condição da vítima, com o intuito de garantir que a sua condição permaneça estável durante todo o transporte. Foram várias as situações que experienciei em que houve deterioração do estado da vítima e em que pude priorizar os cuidados. Recordo-me de uma situação de PCR após queda de 3 metros, em que foram realizadas manobras de ressuscitação durante dois ciclos até à sua reversão, com posterior entubação endotraqueal para realização de ventilação da vítima, o que foi mantido de forma manual durante todo o transporte até à unidade de referência, prevenindo a deterioração do seu estado clínico.

É da responsabilidade do Enfermeiro de serviço a operacionalidade de todo o equipamento e materiais que compõem a viatura de emergência. Como tal, durante o ensino clínico tive oportunidade de colaborar com o Enfermeiro Tutor na gestão de recursos materiais através da verificação da *check-list* diária do material das malas de abordagem e da célula sanitária, da operacionalidade dos equipamentos, do monitor e desfibrilhador e das balas de oxigénio, repondo o material em falta, assegurando assim a operacionalidade do meio.

Aquando dos cuidados à PSC, dada a sua complexidade, é essencial uma gestão cuidada das suas prioridades para que a estabilidade seja alcançada, pelo que os EE assumem um papel preponderante ao serem detentores de conhecimentos atualizados e encontrarem-se aptos para identificar precocemente eventos adversos e intervir eficazmente (Teixeira & Vieira, 2020).

Em suma, em qualquer um dos campos de ensino clínico, observei os doentes à minha responsabilidade de forma minuciosa, priorizando as intervenções de acordo com a sua gravidade, gerindo os cuidados planeados e adaptando-os às necessidades emergentes. Para tal, assegurei os recursos adequados e colaborei com os diversos profissionais de saúde, através de uma comunicação assertiva e eficaz.

2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio das competências comuns, inserido no Regulamento n.º 140/2019, é constituído pelas seguintes unidades de competência: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4745).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE desenvolve o autoconhecimento e assertividade e baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Para atingir este desiderato o EE garante o seu processo de formação contínua, atualiza e enriquece os seus conhecimentos, acompanhando a evolução e o desenvolvimento da prática de enfermagem.

O autoconhecimento permitiu-me desenvolver novas aprendizagens profissionais, com o intuito de colmatar lacunas. Tendo em conta que exerço a profissão de enfermagem há cerca de catorze anos e sempre dentro da área da PSC, senti a necessidade de desenvolver um processo formativo, através da frequência de formações e cursos vários, não só em Portugal, mas também em Inglaterra, onde exerci a minha profissão durante cinco anos.

Logo, e uma vez que o Enfermeiro deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, participei ao longo da minha vida profissional, num conjunto de formações como o Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, SIV, *Advanced Cardiovascular Life Support*, *Medical Response to Major Incidents*, *Prehospital Trauma Life Support*, curso de “*Recognizing the deteriorating patient*”, curso de “*Mentorship*”, formação em triagem, pós-graduação denominada de “Emergência e cuidados intensivos: do extra-hospitalar às unidades de cuidados intensivos” e atualmente, o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC. De referir, que todas estas formações contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico, tendo sempre por base a mais recente evidência científica.

Nesta linha de pensamento, este autoconhecimento e autoconsciência, facilitaram a identificação de limites pessoais e profissionais, bem como medos e outro tipo de emoções, principalmente em situações de maior pressão e que podem interferir na relação entre PSC

e a equipa multidisciplinar. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EE deve ser capaz de gerir sentimentos e emoções, atuar eficazmente sob pressão, reconhecer e antecipar eventos adversos e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Desta forma, a intervenção do Enfermeiro junto da PSC e restante equipa multidisciplinar, é otimizada e adequada de acordo com a situação.

Foram várias as situações de aprendizagem complexas que pude vivenciar no decorrer dos ensinamentos clínicos, nomeadamente PCR, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, queimaduras, intoxicações, politrauma, entre outras.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem durante a prestação de cuidados à PSC. Relembro algumas situações vivenciadas na UCIP, em especial doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, sendo necessário fazer uma leitura correta dos parâmetros do ventilador e dos parâmetros da monitorização invasiva, bem como interpretação dos valores de gasometria arterial e relacionar com a ventilação, visto não estar familiarizada com este tipo de cuidados na minha prática diária enquanto Enfermeira de SUP. Desta forma, foi fundamental reflexão crítica, pesquisa e estudo.

Neste domínio das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 enfatiza a questão da formação e investigação como pilares do desenvolvimento e aquisição de competências do EE. Como tal, recorro à apresentação efetuada para Enfermeiros do INEM sobre diferentes metodologias de prestação de cuidados especializados de enfermagem no contexto extra-hospitalar. A equipa de enfermagem, mostrou-se receptiva, existindo uma grande adesão à formação, sendo que atingi o objetivo de incitar à reflexão sobre o tema. Também, surgiu a oportunidade de participar ativamente numa formação dada pelos Enfermeiros de ambulância de SIV sobre SBV, realizada a alunos de ensino básico de uma comunidade escolar, com o objetivo de transmitir conhecimentos teóricos e práticos sobre a forma de atuação neste tipo de situações.

Algo deveras importante para a minha aprendizagem, foram as análises reflexivas com os Enfermeiros Tutores dos vários ensinamentos clínicos acerca das diversas situações diárias com que lidava, uma vez que através das mesmas pude melhorar a minha prática, desenvolvendo e aperfeiçoando competências e espírito crítico, tendo sempre por base a mais recente evidência científica.

De forma a consolidar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nos vários Ensinos Clínicos, foram realizados diversos trabalhos escritos e reflexões críticas sobre situações que sobressaíram na minha prática.

No âmbito da investigação, o Regulamento n.º 140/2019 atribui ao EE a responsabilidade de dinamizar a prática baseada na evidência com vista à melhoria dos cuidados prestados. Como tal, mantive-me atualizada com base nas mais recentes evidências científicas, partilhei conhecimentos pertinentes em cada um dos contextos de cuidados por onde passei e contribuí para a elaboração de propostas de melhoria baseadas em boas práticas, promovendo uma reflexão coletiva em equipa. Relembro, no ensino clínico realizado no INEM, as diversas formações realizadas no âmbito das equipas de SIV, com o intuito de serem revistos os protocolos terapêuticos utilizados na prática clínica visto que os mesmos sofreram atualizações no início do ano 2024.

Foram também vários os momentos de formação em que pude estar presente nos vários ensinamentos clínicos. A frequência destas formações vai ao encontro do artigo 109º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que menciona que o Enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (p. 8080).

Atendendo ao percurso que realizei até ao momento e ao trabalho desenvolvido no Mestrado, associando-o à minha prática profissional, considero que desenvolvi as competências comuns do EE.

No capítulo seguinte passarei a descrever o desenvolvimento e aquisição de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC.

2.3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A natureza dos cuidados prestados pelo EEEMC na área de enfermagem à PSC, é altamente especializada, diferenciada e complexa, prestada de forma contínua a indivíduos “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Atendendo à necessidade de diferenciação neste contexto, o Regulamento n.º 429/2018 define como competências específicas do EEEMC na área da PSC: cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

De seguida, irei desenvolver uma reflexão crítica sobre a aquisição de cada uma das três competências específicas enunciadas, baseando-me nas atividades realizadas ao longo do meu percurso profissional e académico. De referir que a minha atuação baseou-se nas necessidades evidenciadas pela PSC e sua família/cuidador, de forma a dar uma resposta em tempo útil.

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

A presente competência específica aborda a complexidade, a exigência e o rigor que o Enfermeiro tem de possuir aquando da prestação de cuidados à PSC. Em contexto de urgência e emergência, cuidados intensivos e extra-hospitalar, existe risco de falência ou falência de uma ou várias funções orgânicas, pelo que o Enfermeiro deve deter a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades, dando resposta às necessidades do doente em tempo útil.

Na prossecução deste objetivo, procurei desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à PSC, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica, administrando protocolos terapêuticos complexos, gestão diferenciada da dor, assim como assistir a pessoa e sua família/cuidador nas perturbações que resultam da situação crítica, estabelecendo a relação terapêutica e gerindo a comunicação interpessoal.

No que diz respeito à prestação de cuidados à PSC em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, “os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Durante a realização dos vários ensinamentos clínicos, foram várias as oportunidades de identificar fatores que antecipassem focos de instabilidade, ou seja, que potenciassessem o risco iminente de falência de uma ou mais funções orgânicas.

Para além da realização dos procedimentos habituais, nomeadamente avaliação da PSC conforme a abordagem “ABCDE”, administração de medicação e implementação de técnicas invasivas e não invasivas para a prestação de cuidados de qualidade, surgiu também a necessidade de fazer a ponte entre o estado clínico da PSC e a evidência científica, de forma a conseguir identificar e justificar os possíveis focos de instabilidade.

Relembro o contexto de SUP, em que me deparei com várias situações de instabilidade da PSC, sendo o papel do Enfermeiro triador deveras importante, na detecção e antecipação de focos de instabilidade, o que foi o caso aquando da minha prestação de cuidados na sala de triagem do SUP.

A Triagem de Manchester foi criada com o propósito de funcionar como ferramenta de apoio à identificação de prioridades clínicas em contexto de SUP, de maneira a facilitar o encaminhamento do doente para a área de atendimento mais adequada à sua situação clínica (Norma n.º 002/ 2018). Para que haja identificação das prioridades clínicas, é necessário seguir o fluxograma escolhido de acordo com a queixa inicial do doente. O sistema de Triagem de Manchester é constituído por cinco níveis de urgência associados a cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), “que traduzem as várias condições e classificações de risco, incluindo a explicação dos critérios de aplicabilidade, de forma a orientar o profissional de saúde e determinando o tempo estimado e prioridade para o atendimento inicial” (Norma 002/ 2018, p.11).

Durante a minha passagem pela triagem, foram várias as oportunidades em que pude identificar as prioridades clínicas antes de encaminhar o doente para a área de atendimento. Esta tarefa é deveras importante e complexa, suscitando algumas dúvidas, o que obriga a que o Enfermeiro mobilize os seus conhecimentos com o intuito de conseguir fazer a relação entre as queixas do doente e possíveis causas, uma vez que muitas situações não vão de encontro ao estabelecido nos fluxogramas estabelecidos pela Triagem de Manchester. Enquanto Enfermeira triadora, sempre me apercebi desta dificuldade na minha prática diária, pelo que considero importante os Enfermeiros só poderem frequentar o curso de triagem após dois anos de exercício profissional em SUP.

Durante a minha prática clínica na sala de triagem, pude ativar e assistir a várias vias verdes, nomeadamente: acidente vascular cerebral, coronária, coagulopatia congénita, sépsis, trauma e colo do fémur. Todos os passos de ativação seguiram os fluxogramas protocolados de forma rápida e eficaz, tendo o doente recebido sempre o tratamento adequado no tempo preconizado.

Para além do posto de triagem, tive oportunidade de ficar alocada às salas de observação, salas de emergência e salas de especialidades cirúrgicas, como ortopedia e cirurgia.

Nestas salas, especialmente salas de observação e salas de emergência, tive oportunidade de aprofundar competências específicas, uma vez que pude prestar cuidados ao doente crítico em diversas situações, tais como: PCR, edema agudo do pulmão, doença

pulmonar obstrutiva crónica, enfarte agudo do miocárdio, taquicardia supraventricular, acidente vascular cerebral, choque anafilático, intoxicações voluntárias medicamentosas e situações de traumatismos graves como traumatismo crânio-encefálico, traumatismo torácico, traumatismo abdominal, pneumotórax e hemotórax traumáticos, entre outros. Todas estas situações implicaram uma atuação coordenada de toda a equipa multidisciplinar, cujo foco de atenção era a PSC.

A partir da identificação das necessidades da PSC, realizei um plano de cuidados e implementei várias intervenções no que diz respeito à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos. Mantive presente a importância de atuar de forma rápida e eficaz, adequando os recursos existentes.

É-me impossível relatar todas as atividades desenvolvidas ao longo deste ensino clínico, pelo que considero importante descrever apenas as de maior relevância ou mais frequentes em contexto de SUP.

Foram várias as situações de dispneia agudizada. Houve uma situação em especial, em contexto de sala de observação de uma doente internada com diagnóstico de traqueobronquite e dispneia. Contudo, à avaliação de sinais vitais no início do turno, estava com perfil tensional hipotensivo, $SPO_2 > 95\%$ com $O_2 = 1,5L/min$ por óculos nasais, frequência respiratória de 26 ciclos por minuto, apirética e $GCS = 13$; à observação encontrava-se em anasarca e em anúria pelo que foi iniciada perfusão contínua de furosemida. Quase a finalizar o turno, a doente mantinha-se dispneica, menos responsiva com $GCS = 10$; à observação mantinha-se em anasarca e anúria. Com este quadro, foi decidido em equipa multidisciplinar pedir a intervenção da Medicina Intensiva. Foi iniciada medicação vasopressora e transferência para a UCI por choque hipovolémico.

No caso de PSC vítimas de trauma grave, que se apresentam pálidas, com diaforese, com sede, taquicárdicas e hipotensas, é crucial iniciar ressuscitação volémica o mais rapidamente possível. Como tal, uma das prioridades ao receber estes doentes é proceder rapidamente à cateterização de dois acessos venosos periféricos de grande calibre, no sentido de reverter o quadro de choque, algo que foi realizado com prontidão.

Outro exemplo de trauma que surge com alguma frequência, e que não vai necessariamente para a sala de emergência, mas que é fundamental a sua vigilância e monitorização, é o traumatismo crânio-encefálico. Devido à cinemática do trauma e ao facto do doente poder apresentar alteração do estado de consciência, é fundamental a implementação de medidas de prevenção do aumento da pressão intracraniana, como a

estabilização cervical, elevação da cabeceira a 30°, controlo da dor, vigilância da escala de coma de Glasgow e o despiste de otorragias e rinorragias.

No que concerne ao contexto da UCIP, as intervenções de enfermagem são específicas de um ambiente caracterizado por alta tecnologia, uma vez que existe uma grande diversidade de equipamentos, nomeadamente os instrumentos de suporte de vida, como ventiladores mecânicos, aparelhos de hemodiálise, entre outros, que exigem aptidões e competências específicas por parte da equipa de enfermagem para cuidar da PSC.

No decorrer do ensino clínico prestei cuidados a doentes com necessidade de monitorização contínua após grandes cirurgias, em falência orgânica/multiorgânica, com instabilidade hemodinâmica e com necessidades de cuidados especializados contínuos, com vista à melhoria do seu estado de saúde.

Estas situações clínicas não me eram desconhecidas; contudo, houve a necessidade de adaptar e prestar cuidados especializados, com o intuito de desenvolver as competências necessárias para uma prestação de cuidados de excelência.

O ensino clínico na UCIP, permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos em consonância com as situações práticas vivenciadas, designadamente: monitorização invasiva e não invasiva, ventilação mecânica invasiva e ventilação mecânica não invasiva, avaliação da pressão intra-abdominal, avaliação da pressão intracraniana, técnicas de substituição da função renal, drenagens torácicas e terapias nutricionais.

Destaco, de entre as competências desenvolvidas, a prestação de cuidados a doentes sob sedação e ventilação mecânica invasiva, sendo para mim um desafio, uma vez que não estava familiarizada com os mesmos na minha prática clínica diária no SUP. As intervenções de enfermagem neste sentido incluíram: posicionamento do doente, adaptação do doente ao ventilador, caracterização da respiração, otimização do tubo endotraqueal (ou da cânula de traqueostomia nos doentes traqueostomizados), mudança do fio de nastro e avaliação da pressão do *cuff*, aspiração de secreções orotraqueais, gestão e administração de fármacos, execução de pensos, gestão da dor, avaliação neurológica através da Escala de Coma de *Glasgow*, avaliação da sedação através da Escala de *Ramsay*, avaliação do risco de úlceras por pressão através da Escala de *Braden* e avaliação do risco de queda através da Escala de *Morse*.

Também, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a hemodiafiltração veno-venosa contínua, algo novo para mim, pelo que tive de efetuar pesquisa sobre o tema e obter conceitos básicos que me permitissem compreender o funcionamento do binómio máquina/doente e prestar cuidados adequados à PSC. Os

cuidados de enfermagem à PSC a efetuar hemodiafiltração veno-venosa contínua baseiam-se na otimização do volume de fluídos do doente e da sua situação hemodinâmica, avaliação de sinais de sobrecarga hídrica, permeabilidade do sistema de filtração, prevenção da perda de sangue devido a desconexão da linha e/ou obstrução do filtro por coágulos, prevenção da infeção e apoio emocional. Como tal, das minhas intervenções destacaram-se a substituição dos sacos de dialisante, reposição de efluente e ainda colaboração na preparação da máquina de hemofiltração e sua conexão/desconexão, bem como respetivos registos de enfermagem.

Para além da monitorização e vigilância da PSC, a administração de terapêutica constitui um aspeto essencial no seu tratamento. Durante o ensino clínico em contexto de UCIP pude preparar e administrar uma grande diversidade de fármacos, nomeadamente sedativos, analgésicos e inotrópicos (aminas). Devido à sua especificidade, pesquisei sobre os mesmos, com o intuito de esclarecer dúvidas que foram surgindo e poder atuar de forma rápida e eficaz, incidindo sobre a sua relação com a patologia em causa e respetivas alterações hemodinâmicas, indicação farmacológica e reações adversas.

Em ambos os contextos anteriormente referidos e com o decorrer do turno, procurava conhecer mais a situação da PSC através da consulta do processo clínico informatizado, com o propósito de obter dados mais concretos e objetivos possíveis. Desta forma, analisava o motivo de entrada no SUP ou UCIP, antecedentes pessoais, medicação habitual, fatores de risco, diagnóstico médico, diagnósticos de enfermagem, intervenções implementadas e meios complementares de diagnóstico e tratamento tais como: análises laboratoriais, gasometria arterial, radiografias torácicas e tomografias axiais computadorizadas, apoiada pelos meus conhecimentos científicos e pela minha experiência prática e dos Enfermeiros Tutores. Este raciocínio permitiu-me reconhecer evidências sobre as diversas situações e conseguir diferenciar situações similares, desenvolvendo um espírito crítico com base nas reflexões das diversas situações que experienciei, fundamentando a tomada de decisão na mais recente evidência científica.

Em contexto extra-hospitalar, pude participar na prestação de cuidados em situações diversas, designadamente: PCR, alterações do estado de consciência, crises convulsivas, suicídio, intoxicações medicamentosas, queimaduras, enfarte agudo do miocárdio, insuficiências respiratórias agudas, acidente vascular cerebral, hipoglicemia, traumas, entre outros. Durante a prestação de cuidados a todas estas situações, destaco as PCR, pois permitiram-me colaborar e prestar cuidados complexos, como intubação orotraqueal com ventilação mecânica invasiva e utilização de sedação, analgesia e suporte vasopressor. Pude demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, assumindo e gerindo

a situação, tomando decisões fundamentadas, algo que já faz parte do meu cotidiano enquanto Enfermeira de SUP.

Com o decorrer de cada situação de emergência, procurei conhecer mais a situação da PSC através da obtenção de informação pela própria ou pela família/cuidador, com o propósito de obter dados mais concretos e objetivos. Posteriormente, analisava a situação, não só de acordo com a abordagem “ABCDE” mas também de acordo com os antecedentes pessoais, medicação habitual, fatores de risco e alergias, de forma a implementar intervenções de enfermagem apoiada pelos meus conhecimentos científicos e pela minha experiência prática e dos Enfermeiros tutores.

Com o decorrer dos turnos e a existência de situações de emergência pré-hospitalar, fui capaz de identificar os cuidados de enfermagem especializados necessários em cada situação, de forma a prevenir o agravamento do estado geral da PSC. Ter esta capacidade é algo que exige tempo, dedicação e experiência. Sem dúvida que o INEM tem uma equipa multiprofissional diversa, desde o principiante até ao perito, sejam enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas, o que enriquece a equipa e traduz-se em ganhos de saúde para a PSC e sua família/cuidador.

Recordo uma situação específica de PCR, em que foi necessário a realização de manobras de reanimação com o compressor automático externo (LUCAS), o qual pude ajudar a colocar. Até que o doente recuperasse pulso, foram implementados diversos protocolos, entre eles o protocolo terapêutico de SAV, em que a adrenalina deve ser administrada o mais precocemente possível em ritmos não desfibrilháveis e também a administração de levetiracetam; isto foi possível através da colocação precoce de acesso venoso periférico. Após quatro ciclos de manobras de reanimação, o doente recuperou pulso, mas apresentava um GCS=3, pelo que houve a necessidade de garantir uma via aérea permeável, através da realização de intubação endotraqueal pelo médico presente, pelo que garanti uma administração terapêutica complexa e segura através da administração de midazolam, propofol e rocurónio. Posteriormente e devido a hipotensão marcada, foi tomada decisão médica de administração de noradrenalina, sendo que a implementação deste protocolo exigiu uma avaliação e monitorização contínua da pessoa e ainda, escalação ou descalção terapêutica para atingir os objetivos terapêuticos.

Assim, os cuidados à PSC são dirigidos à pessoa a vivenciar processos saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Segundo Benner (2001), os requisitos necessários para cuidar da PSC nesta situação, vão ao encontro da definição de Enfermeiro perito, dado

que o mesmo apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas e vai diretamente ao centro do problema. O Enfermeiro perito aprende a reconhecer mudanças fisiológicas subtis, podendo identificar sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais e pode deduzir a eventual necessidade de iniciar uma reanimação, antes que ocorra o colapso vascular ou que as alterações dramáticas nos sinais vitais se produzam.

Após a estabilização da PSC, outro potencial foco de instabilidade, é o seu transporte. Os transportes de doentes críticos são momentos de grande complexidade, que requerem três fases, designadamente decisão, planeamento e efetivação. Não irei abordar estas fases, visto já terem sido desenvolvidas pormenorizadamente anteriormente, no capítulo 1.

Apesar dos riscos inerentes e aquando da tomada de decisão de transportar a PSC, este transporte é justificado “pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (SPCI & OM, 2023, p.11).

A decisão recai sobre a equipa multidisciplinar e tem em consideração fatores como a estabilidade hemodinâmica, tempo de transporte, gastos de medicação, bateria dos equipamentos, eventos adversos que podem ocorrer e material suplente.

No SUP e na UCIP, procedi ao transporte intra-hospitalar da PSC por diversas vezes, acompanhando-o na realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento e na transferência para outros serviços. Como tal, existiu a necessidade de antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica, através da gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos e gestão da dor e bem-estar. Além do transporte intra-hospitalar, tive oportunidade de realizar transporte secundário, ou seja, inter-hospitalar, uma vez que a unidade hospitalar onde realizei o ensino clínico de SUP, está distribuída por vários hospitais de acordo com as diferentes especialidades médicas. Também, em contexto extra-hospitalar, pude implementar os mesmos cuidados e reger-me pelas recomendações emanadas pela SCPI e OM (2023).

Em qualquer um destes contextos, e de acordo com os vários tipos de transporte, atendi às três fases supramencionadas. Na sua preparação, pude recorrer à *check-list* preconizada pela SPCI & OM (2023) e em suporte físico de papel, à exceção do contexto extra-hospitalar que não detinha *check-list* de verificação no transporte primário, pelo que procedi à sua realização mentalmente.

Nestes contextos, o facto de a PSC estar monitorizada e com os alarmes dos monitores devidamente programados, facilitava o processo no sentido de receber informação relativamente à estabilidade hemodinâmica da PSC. Também, certos instrumentos de avaliação neurológica, como sendo a Escala de Coma de *Glasgow*, permitiam ficar alerta à mínima alteração do estado de consciência e prever possíveis eventos de instabilidade. Ademais, havendo parâmetros alterados teremos consequentemente alterações significativas do estado geral da PSC. É prioritário interpretar o valor e traduzi-lo em cuidados de enfermagem especializados para evitar falência de uma ou mais funções orgânicas.

No respeito pelo cumprimento de todas as fases inerentes ao transporte do doente crítico, e enquanto elemento constituinte da equipa, foi com agrado que registei a ausência de qualquer incidente durante os transportes efetuados. Em todos os transportes, os Enfermeiros com quem realizei os mesmos eram EEEMC na área de enfermagem à PSC, algo fundamental para que o transporte ocorra com eficácia e eficiência, conforme refere a SPCI & OM (2023).

Em todas as situações que me foram apresentadas, foi essencial a realização de um bom julgamento tendo em conta a prática baseada na evidência científica mais recente, os conhecimentos adquiridos ao longo da minha prática clínica diária e a experiência da equipa multidisciplinar.

Com isto e sempre com o intuito de prestar os melhores cuidados à PSC mas também evoluir na minha prática clínica e adquirir/desenvolver conhecimentos, sempre que era detetado algum foco de possível instabilidade procurei planear os meus cuidados de forma a evitar que tal ocorresse, validando sempre com os Enfermeiros Tutores. Após a prestação de cuidados era necessário monitorizar a sua eficácia, pelo que era realizada uma reflexão crítica acerca do que tinha sido apreendido, o que poderia ter sido feito diferente de forma a melhorar a minha prática e que contributo teria trazido a minha intervenção para a PSC.

Logo, posso afirmar que, através de uma rápida identificação de possíveis focos de instabilidade na PSC, planeei, implementei e avaliei as minhas intervenções de forma a evitá-los ou pelo menos, minimizar os efeitos indesejáveis. Para tal, tive sempre como base o rigor técnico e científico e procurei dar continuidade aos cuidados responsabilizando-me pelas decisões tomadas e pelos cuidados prestados de acordo com os protocolos e normas dos vários serviços.

Segundo a Lei nº 156/2015, os Enfermeiros, “participam (...) na concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e medicamentos” (p.103).

O EE tem como obrigatoriedade “proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Lei n.º 156/2015, p.103).

Durante os vários ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de gerir protocolos terapêuticos complexos através da vigilância e monitorização dos efeitos desejados bem como dos efeitos adversos que advêm da medicação administrada, mas também demonstrar e aprofundar competências na preparação e administração de terapêutica de forma segura.

Recordo uma situação específica de sala de emergência em que utilizei o protocolo terapêutico da noradrenalina, sendo que a implementação deste protocolo exigiu uma avaliação e monitorização contínua do doente, com o intuito de atingir os objetivos terapêuticos recomendados.

Também, em contexto de equipa de emergência médica intra-hospitalar, pude participar ativamente do protocolo de SAV já implementado à chegada da equipa. A minha atuação pautou-se pela compreensão da complexidade e necessidade de ações sequenciais e organizadas e pela comunicação assertiva na equipa multidisciplinar.

Outra situação de PCR, foi em contexto extra-hospitalar, em que foi necessário a realização de manobras de reanimação com o sistema de compressão torácica. Até que o doente recuperasse pulso, foram implementados diversos protocolos, entre eles o protocolo terapêutico de SAV. Após quatro ciclos de manobras de reanimação, o doente recuperou pulso, mas apresentava um GCS=3, pelo que houve a necessidade de garantir uma via aérea permeável, através da realização de intubação endotraqueal, pelo que garanti uma administração terapêutica complexa e segura recorrendo à administração de midazolam, propofol e rocurónio. Posteriormente e devido a hipotensão marcada, foi implementado o protocolo de noradrenalina, sendo que a sua implementação exigiu uma avaliação e monitorização contínua da pessoa e ainda, escalação e descalação terapêutica para atingir os objetivos terapêuticos.

Uma vez que os contextos por onde passei detêm uma grande diversidade de situações, é fundamental que todos os procedimentos também estejam protocolados. Isto é igualmente válido nas técnicas usadas para a prestação de cuidados, sendo que pude colaborar e realizar procedimentos invasivos e não invasivos e aprofundar competências nos

mesmos, através da manipulação e gestão de materiais específicos (plano duro, maca pluma, colar cervical, ventilador, entre outros) e colaboração em diversos procedimentos invasivos, como por ex: entubação endotraqueal, algaliação, participação na inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, monitorização de pressão arterial invasiva, entre outros.

Naturalmente, estas práticas exigiram conhecer os protocolos instituídos, visando facilitar o diagnóstico precoce das complicações resultantes da sua implementação, realizar respostas especializadas e apropriadas às complicações e ainda, monitorizar e avaliar a adequação dessas respostas aos problemas identificados.

Outra das unidades de competência, inerentes a esta competência específica, é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica.

Segundo o ICN (2019), a dor é definida como o “aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento” e influencia o bem-estar da pessoa.

Ademais e segundo a OE (2008), a dor é “uma experiência individual subjetiva e multidimensional” e estas características acabam por dificultar a sua avaliação à PSC. Cuidar da PSC e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, requer um processo de gestão diferenciada da dor e do bem-estar. São vários os estudos que evidenciam que a dor está frequentemente presente e manifesta-se devido à patologia de base que motivou o internamento ou devido aos vários procedimentos que lhe são ministrados. Além disso, a Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos (SCPI, 2012), refere que a dor ainda pode ser agravada devido a fatores como dificuldade de comunicação, medo e ansiedade, podendo manifestar-se através de alterações cardiovasculares, endócrinas, metabólicas, gastrointestinais, psicológicas, ao nível da consciência e do sono.

Ao longo da minha prática clínica, dirigi a minha atuação de acordo com o que a SPCI (2012) defende, ou seja, realizei uma avaliação e monitorização da dor a todos os doentes, pelo menos uma vez por turno, no início e/ou antes de um procedimento doloroso (é obrigatório fazer uma avaliação/monitorização durante o procedimento doloroso e reavaliar 15 minutos e 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica). A SPCI defende que após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a autoavaliação do doente consciente e com funções cognitivas mantidas. Logo, tive sempre o cuidado de avaliar a dor à PSC, utilizando a escala da dor mais adequada de acordo com a situação clínica de cada doente.

De acordo com a SPCI, a Escala Visual Numérica é considerada *gold standard* e é recomendada em doentes que comunicam. No entanto, não é indicada para situações em que

a PSC não consegue comunicar, como é o caso da maioria dos doentes em contexto de cuidados intensivos que se encontram sedados e ventilados. Nestes casos e seguindo a recomendação da SPCI (2012), a dor deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos e através de escalas próprias que favorecem uma abordagem sistematizada, melhorando a sua gestão. Como tal, a escala comportamental que mais utilizei foi a *Behavioural Pain Scale*, em que tive sempre o cuidado de avaliar indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, nomeadamente frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio, frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, sudorese, diminuição do tónus vagal e palidez.

Pude constatar durante a minha prática clínica, que foram muito raras as vezes em que não foram tomadas medidas para alívio de dor, tais como iniciar terapêutica analgésica ou complementar com intervenções não farmacológicas, como a promoção do conforto do doente através da otimização do posicionamento e da massagem, a possibilidade de promover a presença da família e a promoção do sono através da diminuição dos estímulos ambientais como os ruídos e a luz, embora reconheça que esta gestão possa ser um desafio devido ao contexto singular dos vários ensinamentos clínicos.

Também transversal a todos os ensinamentos clínicos, surge a comunicação como elemento crucial do estabelecimento de uma relação terapêutica.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, faz parte das competências do EEEMC na área de enfermagem à PSC, “gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família/ cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/ cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e assistir a pessoa, família/ cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ ou falência orgânica” (p.19363), e foi ao encontro destas que tentei direcionar a minha prática clínica.

A comunicação aplicada à prestação de cuidados, assume um papel basilar, na promoção de uma política de literacia em saúde, assente num trabalho multidisciplinar, que deve ser entendida como uma ferramenta essencial na construção da relação entre o profissional de saúde, doente e sua família/cuidador (Pacheco L. et al., 2020).

Galinha de Sá et al. (2015), corroboram desta afirmação, referindo que “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os Enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança” (p. 42) e ainda que “cuidar a família da PSC

exige do Enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (p. 31).

Enquanto futura EE, é indispensável ter sempre presente que existem familiares/cuidadores que precisam de obter respostas relativamente ao estado de saúde da PSC e que esse processo deve ser realizado com humanização dos cuidados prestados e comunicação assertiva.

Ao desempenhar funções num SUP, este tem associado diariamente uma realidade inevitável de imprevisibilidade, acabando por existir frequentemente uma linha ténue entre a vida e a morte da PSC, levando a que muitas vezes, a ambição pela recuperação do estado de saúde seja maior que a priorização da humanização dos cuidados e consequente comunicação, algo que não difere dos contextos dos restantes ensinos clínicos.

Com isto, é imperativo ser-se dotado de capacidade de reconhecer que há situações em que não é possível a sua reversão, sendo fundamental deter a capacidade de identificar as necessidades da PSC e sua família/cuidador e dar resposta às mesmas de forma holística e personalizada.

Para isto, é também necessário adotar uma forma de comunicação adequada, seja verbal ou não verbal, entre a pessoa e sua família/cuidador e a equipa multiprofissional, uma vez que a minha atitude enquanto Enfermeira de referência é preponderante e que o papel que represento enquanto EE é crucial para que a PSC e a sua família/cuidador se sintam apoiados. É, portanto, essencial estabelecer uma relação empática e terapêutica, colocando-me no lugar da outra pessoa de forma a tentar compreender os seus sentimentos, promovendo a expressão de sentimentos ao escutar e respeitar a sua privacidade e singularidade. Desta forma, a minha comunicação foi ao encontro de ser o mais clara e sucinta possível, de forma que a transmissão da mensagem em questão não se perdesse, procurando clarificar possíveis dúvidas que pudessem surgir e foi realizada em ambiente apropriado sem ruídos de fundo, sem interrupções, sem muita luz e estímulos externos.

Outro dos desafios da equipa multidisciplinar, é quando a PSC apresenta barreiras na comunicação verbal, e nesta situação de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EE deve demonstrar conhecimentos sobre técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação e adaptar a mesma à complexidade do estado de saúde do doente.

Segundo Martinho & Rodrigues (2016), o EEEMC deve usar técnicas de comunicação não-verbal para ajudar doentes com barreiras na comunicação verbal, maximizando os recursos disponíveis.

Alguns exemplos de que me recordo ao longo dos meus ensinamentos clínicos foram doentes que não comunicavam devido à situação em que estavam e era-lhes impossibilitado comunicar verbalmente (entubação orotraqueal, sedoanalgesia, baixo GCS ou até não falarem português), pelo que seria mais fácil restringir-se à parte técnica do “saber fazer” descurando as outras vertentes para um cuidado holístico. Contudo, foram adotadas estratégias como sinais, expressões faciais, questões de resposta afirmativa/negativa, escrita ou até comunicação aumentativa, conforme recomenda Sequeira (2016). Gostaria aqui de realçar a atenção dos Enfermeiros Tutores que nunca descuraram nenhuma das vertentes humanas da PSC, ajudando-me a desenvolver competências na área da gestão da comunicação interpessoal face a situações de complexidade e respetivos processos de transição que a PSC e sua família/cuidador vivenciavam. Uma família bem informada e esclarecida apoia e contribui de maneira significativa para a tomada de decisões. Essa participação no plano terapêutico mais adequado ao doente resulta numa maior eficácia da relação terapêutica e em benefícios de saúde para todos os envolvidos.

Tive oportunidade de desenvolver e aprofundar competências ao estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e sua família/cuidador, representando para estes um elemento de referência, a quem recorriam sempre que necessário e que se tornou importante no processo de adaptação das mesmas à situação em questão.

Esta aproximação da família permite estabelecer uma boa relação terapêutica, a qual proporciona uma maior segurança e confiança na qualidade dos cuidados prestados. Quando tal não é possível em virtude da PSC não ter capacidade para consentir e não ser possível contactar a pessoa de referência, o consentimento era assumido como presumido, pelo que a equipa multidisciplinar acabava por pesar os prós e os contras da situação e prosseguir. Na mesma vertente, e uma vez que estas situações levam a perturbações emocionais, o EEEMC assiste a PSC e sua família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, gerindo o impacto emocional decorrente da mesma, tal como é referenciado pela OE (2017).

A transmissão de más notícias através do protocolo de Buckman, também é outro ponto essencial da comunicação e para mim, das situações mais difíceis de colocar em prática, sobretudo quando se torna necessário “assistir e demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (OE, 2017, p. 19363).

Durante o ensino clínico no contexto extra-hospitalar, assisti a algumas situações de PCR com morte no local. Relembro uma vítima do sexo masculino de 76 anos com alteração

do estado de consciência após engasgamento. À chegada ao local, encontrava-se em PCR, em manobras de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa iniciadas pelos bombeiros, estando presente a sua esposa. Contudo, após 40 minutos de SAV, foi dada indicação médica para suspender manobras por manter assistolia. A esposa foi informada do desfecho, sendo uma situação difícil de gerir, em que a comunicação não foi eficaz por aparente estado de negação da família. Perante a dificuldade em passar a informação, independentemente das estratégias de comunicação de más notícias utilizadas, pedimos a intervenção do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Catástrofe.

Em situações como a descrita, a família manifesta uma grande fragilidade através da negação, incerteza, angústia e tristeza, vivenciando esta experiência com grande intensidade, pelo que o EEEMC na área de enfermagem à PSC deve estar munido de estratégias para ser bem-sucedido no apoio à família bem como ter a capacidade de pedir apoio especializado em situações mais delicadas, de modo a auxiliar positivamente a família neste processo de transição, algo que tive oportunidade de vivenciar durante o meu ensino clínico.

Julgo, que mobilizei e aprofundei conhecimentos e habilidades, rumo às necessidades evidenciadas pela pessoa e sua família/cuidador, respondendo eficazmente e em tempo útil, durante a minha prestação de cuidados ao longo dos vários ensinos clínicos, pelo que todas as situações experienciadas descritas anteriormente, contribuiram para a aquisição e aprofundamento de competências específicas no cuidar da pessoa e respetiva família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

As situações de exceção são fenómenos imprevisíveis, os quais podem acarretar um elevado número de vítimas, pelo que se torna essencial a intervenção do EEEMC na otimização e tratamento da PSC nesta situação. Neste contexto, ao Enfermeiro que presta cuidados nestes eventos complexos, é exigido um conjunto de conhecimentos e competências instrumentais, interpessoais e sistémicas, garantindo a qualidade e segurança no tratamento da PSC, vítima de catástrofe ou emergência com multivítimas (Gomes, 2022).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, uma situação de emergência consiste na agressão sofrida por um indivíduo por parte de um determinado fator, que lhe causa de forma brusca e violenta a perda de saúde, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando a vítima em risco de vida. Por outro lado, uma situação de

exceção remete para a existência de um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis exigindo a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. O mesmo Regulamento, refere que o EEEMC na área de enfermagem à PSC, no contexto de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, deve atuar “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363).

O INEM (2012) define situação de exceção como um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo coordenação precisa das equipas de emergência e gestão adequada dos recursos humanos e técnicos, bem como da informação disponível.

Os incidentes com múltiplas vítimas podem exceder os recursos dos serviços médicos e de saúde pública da comunidade afetada, levando a situações de exceção (*Prehospital Trauma Life Support*, 2021).

Por sua vez, a Lei n.º 156/2015 no âmbito dos deveres deontológicos em geral, no artigo 100º, explicita que o Enfermeiro deve “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (p. 8079). A vasta complexidade desta competência fez com que houvesse a necessidade de decompô-la em diversas unidades de competência, de modo a existir uma compreensão mais eficaz daquilo que é esperado do EEEMC na área de enfermagem à PSC, designadamente “Cuida da Pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” e “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

O EE nesta área, necessita de possuir competências específicas para “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018), isto é, deve atuar com base no planeamento e respetiva resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência.

A enfermagem em situação crítica emerge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações, seja no cuidar da PSC e sua família/cuidador nestas circunstâncias mas também na conceção, planeamento e gestão de cuidados, uma vez que são elementos cruciais em todas as fases da catástrofe, desde a sua prevenção e preparação, até à sua recuperação.

Face à possibilidade de ocorrência de uma situação destas, é crucial que as instituições do Sistema Nacional de Saúde contemplem um plano de resposta a qualquer um dos cenários que possa ocorrer (DGS, 2010).

Como é previsível, a chegada destas vítimas ao Sistema Nacional de Saúde, dar-se-á pela porta de entrada das instituições de saúde, sendo muitas delas avaliadas, estabilizadas e transportadas pelas equipas de emergência pré-hospitalar. Segundo o Regulamento n.º 361/2015, esta situação exige “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítima” (p. 17242).

Logo, é imperativo a existência de um plano de atuação perante uma situação de exceção/catástrofe que permita a qualquer unidade de saúde garantir a continuidade dos cuidados, protegendo a segurança dos doentes e dos seus profissionais de saúde.

Durante os diversos ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência e visualizar onde se encontra todo o material a utilizar perante uma situação de catástrofe. A informação constante do plano deve ser do conhecimento de toda a equipa multidisciplinar e deve estar num local acessível de consulta. Em qualquer um destes ensinamentos clínicos, esta informação está presente nas plataformas online.

No caso do SUP, nesta plataforma estão bem explícitos todos os passos a seguir nestas situações no decorrer das diferentes fases de execução (nível um – resposta com meios permanentes disponíveis no SUP; nível dois – resposta com recursos da unidade hospitalar que não estão em uso permanente, mas que são ativáveis em situações de exceção; nível três – resposta com recursos externos mobilizáveis preparados para situações de emergência), bem como a reestruturação da área do SUP por cores consoante a gravidade da situação do doente. Para isto é realizada uma abordagem primária através da triagem simples e de tratamento rápido conforme a Orientação n.º 007/2010 da DGS.

O nível de resposta é ativado consoante a previsão do número de vítimas a acolher no SUP e são os responsáveis de turno que ativam o nível de resposta adequado.

Através de uma entrevista informal à minha Enfermeira Tutora, apercebi-me que a mesma vivenciou situações de emergência no SUP daquela unidade hospitalar, sendo o plano ativado por várias vezes e com a possibilidade de ser testado e aperfeiçoado. Ainda assim, pelo facto de não serem situações que ocorram frequentemente, periodicamente são realizados simulacros para testar a operacionalidade dos recursos humanos e materiais disponíveis perante uma situação de exceção/catástrofe.

Aquando do meu ensino clínico, pude realizar uma visita guiada a todas as áreas definidas para recepção e prestação de cuidados às vítimas de catástrofe de acordo com a sua prioridade na tiragem. Num contexto de catástrofe, a triagem primária assume uma metodologia diferente daquela que usamos diariamente no SUP segundo o protocolo de Manchester, sendo crucial não exceder 60 segundos por cada vítima (Ferreira et. al, 2021). Estes autores referem, que esta triagem é realizada de forma muito simples e tem em consideração parâmetros fisiológicos como a respiração, a circulação, o nível de consciência e a capacidade de deambulação da vítima, fundamentando-se no grau de gravidade apresentado pelas lesões.

Como tal, o INEM (2012), refere a importância de questões muito simples, como: Encontra-se ferida? Anda? Respira? Frequência Respiratória? Frequência Cardíaca?, levando ao surgimento de discriminadores, classificando as vítimas por cores: vermelho (prioridade 1): vítima emergente, em que existe perigo imediato de vida, apresentando falência respiratória, lesões major e queimaduras, sendo uma vítima prioritária e com necessidade de transporte; amarelo (prioridade 2): vítima grave, que apresenta fraturas, traumas torácicos ou abdominais mas sem sinais de choque, sendo o seu atendimento imediato, apesar de não possuir risco iminente de vida, pelo que pode aguardar; verde (prioridade 3): vítima não grave, que não apresenta lesões major mas lesões minor e tem capacidade de deambular, pelo que não necessita de um atendimento imediato; cinza (prioridade 4): referem-se a vítimas que não têm possibilidade de recuperação a nível dos parâmetros fisiológicos anteriormente referidos (expectantes) ou que acabaram por falecer; preto: são vítimas que mesmo após manobras simples para permeabilizar a via aérea não respiram.

Com a chegada das vítimas às respetivas áreas de acordo com o seu grau de gravidade, é então realizada uma Triagem Secundária, denominada de *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: FR, estado de consciência (com utilização da Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é a soma destas variáveis. Assim sendo, a prioridade 1 abrange TRTS entre 1 e 10 (vermelha); a prioridade 2 é atribuída a TRTS de 11 (amarela); a prioridade 3 a TRTS de 12 (verde); enquanto TRTS de 0 são considerados mortos (preto) (INEM, 2012).

Após a triagem secundária, inicia-se então a abordagem ABCDE da vítima. No SUP, identifiquei a existência de um armário de catástrofe, que acondiciona todo o material necessário no seu interior, designadamente a trouxa de catástrofe individual, que consiste numa bolsa individual que inclui uma pulseira de identificação pré-numerada atribuída ao

doente, uma ficha de registo clínico sumário, requisições de meios complementares de diagnóstico e tratamento, etiquetas autocolantes com o número do doente, cartões de prioridade, folha de catástrofe para avaliação secundária e saco para pertences. Esta trouxa de catástrofe acompanha o doente em todo o seu percurso. Existem também outros materiais essenciais como quadros onde é suposto sinalizar zonas de destino para as vítimas.

No contexto da UCIP, tomei conhecimento do procedimento a ser adotado em situações de catástrofe e emergência multivítimas, pois é necessário reorganizar o serviço para responder ao aumento no número de doentes. Habitualmente ficam apenas na UCIP os doentes que se encontram ventilados. De referir que a elaboração do Plano de Catástrofe desta instituição, contou com a colaboração de uma equipa multidisciplinar devidamente formada e treinada em socorro em catástrofe e foi revisto em 2018, estando atualmente sob revisão. Quanto ao Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, esta foi revisto em 2013 e encontra-se novamente em revisão.

No decorrer da minha prática clínica e por inexistência de situações de catástrofe bem como de simulacros, não tive oportunidade de participar em nenhum deles.

Contudo, em contexto extra-hospitalar, participei numa formação de “Situações de exceção”, orientada pelo responsável pela Direção Regional do Norte e coordenador responsável a nível nacional pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, pelo que pude rever, desenvolver e aplicar conhecimentos e técnicas. Esta experiência acabou por ser muito enriquecedora, pois a simulação de situações de catástrofe traduz-se numa das estratégias mais eficazes de preparação e aquisição de competências para a eventualidade de uma situação de catástrofe real (Primeau e Benton, 2021).

Relembro ainda, em contexto académico, a oportunidade de realizar um trabalho neste âmbito, em que o grupo de trabalho tinha como objetivo a realização de uma análise reflexiva acerca desta mesma competência a desenvolver ao longo do processo formativo, compreendendo de que modo esta mesma competência é aplicada na prática e conhecendo as atividades necessárias ao desenvolvimento das mesmas, com o intuito da prestação de cuidados seguros e de qualidade. Como estratégias utilizadas, foram realizadas três entrevistas a três EEEMC na área de enfermagem à PSC e que estão diretamente relacionados com a área de emergência, exceção e catástrofe, devido à sua área de prática clínica diária e à sua intervenção e colaboração ativa nestas mesmas áreas.

Ainda, em contexto académico, mas na realização da Pós-Graduação denominada “Emergência e Cuidados Intensivos: do extra-hospitalar às Unidades de Cuidados

Intensivos”, realizei o curso de *Medical Response to Major Incidents*, lecionado pelo *Madeira International Disaster Training Center*.

Todas as experiências anteriormente explanadas, contribuíram para a minha aquisição de competências nesta vertente, através de uma reflexão crítica sobre possíveis cenários de emergência, exceção e catástrofe. Como tal, julgo possuir os conhecimentos necessários para conseguir dar uma resposta segura e eficiente.

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

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

Esta problemática reveste-se de tamanha importância que, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) assenta na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos. No Despacho n.º 1400-A/2015, é explícito que “as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. (...), sendo que cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.” (p. 3882-9).

O controlo das IACS está frequentemente associado ao uso maciço e inadequado de antibióticos, promovendo a existência de bactérias resistentes e multirresistentes. Por este motivo, o controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são consideradas “duas faces da mesma moeda” com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 33882-9).

Resultado desta problemática, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com o objetivo de reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de uma prática baseada em evidência científica.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos foi criado em 2013 pelo Despacho n.º 2902/2013 e é considerado um programa prioritário pelo Despacho n.º 6401/2016 e tem como principais objetivos melhorar a prevenção e o

controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS, melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos e ainda, diminuir a resistência aos antimicrobianos.

A prestação de cuidados de saúde no SUP e na UCIP, mesmo que em diferentes unidades hospitalares, têm por base as normas e diretrizes emanadas pelo PPCIRA, motivo pelo qual após efetuar uma consulta das normas e procedimentos destas unidades face a esta temática, constatei que a identificação dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC foi facilitada, por seguirem os mesmo princípios e pelo facto de serem transversais à minha prática clínica diária.

Com o decorrer das minhas práticas clínicas, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem que foram de encontro aos procedimentos e circuitos definidos para a prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC e da infeção e resistência a antimicrobianos. Adotei sempre as precauções básicas de controlo de infeção que permitiram cuidados individualizados, com materiais de uso único, evitando a transmissão cruzada de infeção.

Também, foi evidente o cuidado das várias instituições em garantir que todos os equipamentos de proteção individual (EPI) que pudessem ser necessários para a prestação de cuidados, estivessem disponíveis, facto que se revelou fulcral aquando do contexto de pandemia, pelo que se mantiveram as medidas. Este tipo de material descartável encontrava-se arrumado em local limpo e seco, evitando a sua contaminação.

O tipo de EPI é utilizado conforme o risco de infeção e o cuidado a ser prestado, seja ele invasivo ou não. Segundo a Norma n.º 029/2012 da DGS, “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p. 3).

Relembro, em contexto de SUP, um doente do género masculino, com cerca de 80 anos de idade, que recorreu ao SUP por mal-estar geral inespecífico, febre com temperatura timpânica $> 39,5^{\circ}\text{C}$ que não cedia aos antipiréticos, dificuldade respiratória acompanhada de tosse produtiva com secreções de características espessas e esverdeadas e $\text{SPO}_2 < 88\%$ em ar ambiente, diarreia, anorexia e história de internamento prolongado em serviço de medicina com alta. Perante o quadro do doente, foi tomada a decisão pela equipa multidisciplinar de admitir o mesmo no isolamento e dada indicação a toda a equipa para utilização de EPI (máscara cirúrgica FP2, luvas e avental). Após resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, foi confirmado que o utente era portador de

klebsiella pneumoniae carbapenemase, pelo que se reforçaram os mesmos cuidados. Contudo, constatei que só existe um isolamento em todo o SUP, o que origina grandes constrangimentos em termos de funcionamento do serviço e por esse motivo, são sempre situações que são ponderadas e discutidas em equipa, uma vez que pode haver a necessidade de isolar mais do que um doente no mesmo período de tempo, sendo que o seu internamento está dependente das vagas de isolamento existentes nos outros serviços da unidade hospitalar.

Também tive a oportunidade de demonstrar estes conhecimentos e de os pôr em prática em diversas situações ao longo das práticas clínicas tais como na aspiração de secreções através do tubo orotraqueal ou cateterização de veia periférica.

Observei e cumpri com a higiene das mãos, etiqueta respiratória, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos e exposição a agentes microbianos no local de trabalho. De referir, que a Enfermeira Tutora do SUP era o elo de ligação PPCIRA, o que levou a que tomasse mais consciência na minha prática diária relativamente às precauções básicas de controlo de infeção através do seu exemplo na execução dos cuidados e da observação. Não havendo a possibilidade de realizar auditoria neste contexto, foi-me dada a oportunidade de ter acesso à documentação referente à realização de auditorias relativamente à higienização das mãos, fardamento e colocação de dispositivos intravasculares no adulto.

As orientações enunciadas pela Organização Mundial de Saúde, pelo *Center for Disease Control and Prevention*, pela DGS e pelo grupo de coordenação do PPCIRA, baseiam-se em feixes de intervenção, designadamente, o controlo da infeção relacionada com o cateter venoso central, com o cateter vesical, com a pneumonia associada à intubação e infeção do local cirúrgico. Como tal e com o intuito de prestar cuidados à PSC, procurando seguir os feixes de intervenção, durante o meu ensino clínico na UCIP eram realizadas pequenas formações às equipas do serviço, sendo um dos objetivos principais a redução das taxas de IACS. Assim, pude desenvolver conceitos e aperfeiçoar competências, o que me permitiu prestar cuidados de acordo com os princípios do Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015). Como tal, monitorizei e avaliei medidas de prevenção e controlo de infeção, quanto aos feixes de intervenção supramencionados.

Relativamente ao SUP, as precauções básicas de controlo de infeção nem sempre são fáceis de pôr em prática. Um exemplo já presenciado na minha prática clínica diária no

SUP em que exerço funções, é a distribuição dos doentes. Devido à grande afluência de doentes ao SUP, o seu espaço limitado e a dificuldade em transferir os mesmos devido à falta de vagas nos serviços de internamento, nem sempre foi possível respeitar a distância que se preconiza entre as macas, pelo que acabam por ficar dispostas de forma sequencial e próxima. Face a esta realidade, eram tomadas outro tipo de medidas, como a colocação de biombos, de forma a isolar e separar os doentes uns dos outros.

No que concerne ao contexto de UCIP, relativamente à distribuição dos doentes, a distância entre as unidades é respeitada. A DGS (2018) destaca que a prevenção de IACS está relacionada com as características físicas e o funcionamento dos serviços de saúde e que fatores como a composição das equipas de saúde, a superlotação dos serviços, a quantidade limitada de quartos individuais e a insuficiente distância entre camas são apontados como elementos que aumentam o risco de transmissão cruzada de microrganismos em ambientes hospitalares.

Relativamente ao ambiente do doente, a DGS preconiza a limpeza e descontaminação diária, essencialmente nas superfícies e dispositivos de contacto frequente/objetos de utilização comum (ex: aparelho para avaliar a tensão arterial) pelo menos uma vez por turno. Contudo, e pelas mesmas razões referidas anteriormente, em contexto de SUP nem sempre se verificou, uma vez que a carga de trabalho era muito superior ao número de assistentes operacionais disponíveis para a executar, problema que não se refletiu na UCIP.

No caso do atendimento extra-hospitalar, este caracteriza-se por ser único, uma vez que os cuidados são prestados em ambiente complexo e dinâmico sob variadas condições climáticas, não tendo o suporte do contexto hospitalar, partindo-se do pressuposto de que o controlo de infeção é descurado. No entanto, também este meio tem por base as normas e diretrizes emanadas pelo PPCIRA, sendo que os profissionais que desempenham funções neste contexto adotam cuidados em todas as saídas, permitindo garantir o controlo da infeção. Uma vez que a primeira regra de atuação do meio pré-hospitalar corresponde à segurança, as medidas de controlo de infeção são sempre consideradas. Como exemplos destes cuidados, temos a desinfeção da célula sanitária após cada saída bem como de todo o material utilizado, troca de dispositivos descartáveis como elétrodos, máscaras, entre outros, limpeza regular da viatura, exteriormente e interiormente e acondicionamento seguro dos diversos materiais.

Também, existem locais próprios para a separação e gestão dos resíduos, bem como EPI disponíveis para os tripulantes e para as vítimas sempre que necessário.

Ainda, em contexto extra-hospitalar, e de forma a aprofundar os meus conhecimentos e as minhas competências neste âmbito, foi-me proporcionada a oportunidade de participar de uma formação denominada “Precauções Básicas no Controlo de Infeção” direcionada aos técnicos de emergência pré-hospitalar e orientada por uma equipa de dois Enfermeiros e um técnico de emergência pré-hospitalar do INEM, em maio de 2024.

Também e não menos importante, sempre que surgiram momentos em que a família estava presente na unidade da PSC, orientei para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção, por forma a tentar minimizar a sua ocorrência (por ex. a importância de não retirar a máscara e a higienização/desinfeção das mãos).

Todas estas práticas, tal como a Norma n.º 029/2012 da DGS defende, destinam-se “a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção, sejam elas conhecidas ou não. As fontes de infeção podem incluir sangue e/ou outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes” (p.10).

Estas medidas devem ser aplicadas a todos os doentes, independentemente de se conhecer ou não o seu estado de infeção e foi isso que observei e pude pôr em prática na minha prática clínica.

Em suma, implementei medidas de controlo e prevenção de infeções no ambiente pré e intra-hospitalar, promovendo um ambiente seguro para doentes, cuidadores e profissionais.

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, constitui uma das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/ 2108) e ao longo desta prática clínica consegui direcionar o meu percurso no sentido de adquirir esta competência. Ademais, desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na promoção de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, no domínio da melhoria contínua dos cuidados ao “garantir ambiente terapêutico e seguro” e no domínio das aprendizagens profissionais, ao basear a minha intervenção na “praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

3. DO PERCURSO EFETUADO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Nos capítulos anteriores tive oportunidade de relatar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, que culminam na presente demonstração de aquisição de competências para a obtenção do grau de Mestre.

O Decreto-Lei n.º 65/2018, referente à alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, menciona no Capítulo III, Artigo 15º, que o grau de Mestre exige que “o aluno demonstre conhecimentos e capacidade de compreensão, de tal forma que os consiga sustentar e desenvolver com base nos conhecimentos do 1º ciclo, utilizando-os em contexto de investigação e na resolução de novos problemas. Refere ainda que o Mestre deve ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e comunicar as suas conclusões de forma clara e assertiva, conferindo-lhe competências que lhe facultam uma aprendizagem auto-orientada ou autónoma, ao longo da vida” (p.4162).

O grau de Mestre engloba a capacidade de saber ser e estar, além de servir como modelo na área de investigação. Isso inclui compreender e resolver dilemas, emitir juízos com plena noção das suas consequências e das responsabilidades éticas e sociais associadas, e desenvolver um corpo de novos conhecimentos baseado na evidência científica.

Este processo de consolidação de saberes iniciou-se com a conclusão da minha licenciatura em julho de 2011, sendo que já na altura tinha particular interesse na área de enfermagem à PSC. Como tal, em 2013 em plena crise socioeconómica, e devido à inexistência de oportunidades de trabalho em Portugal, ficar parada não era opção, pelo que surgiu a oportunidade de exercer funções em Inglaterra, mais precisamente no “*The Princess Alexandra Hospital*”, onde iniciei funções no serviço denominado “*Acute Medical Unit*”, o qual dava apoio direto ao SUP. Posteriormente, e com o intuito de aprofundar conhecimentos nesta área e desenvolver competências, decidi candidatar-me às mesmas funções mas num hospital central de Londres, sendo aceite na unidade hospitalar “*St. Mary’s Hospital*”, a qual é reconhecida como Centro de Trauma. Uma vez que o meu objetivo era ser Enfermeira em SUP, candidatei-me posteriormente ao SUP do mesmo hospital onde exerci funções até regressar a Portugal.

Durante a minha permanência em Inglaterra, foram várias as oportunidades para a realização de diversas formações dadas pelas instituições por onde passei, nomeadamente,

“*Acute Life Threatening Events: recognition and treatment*”, Suporte Imediato de Vida, ventilação não-invasiva, traqueostomia, triagem e formação básica em trauma. Também, e por minha iniciativa, realizei dois cursos na Universidade Nova de Buckinghamshire, designadamente “*Recognizing the deteriorating patient*” que se baseia em obter competências para reconhecer a deterioração do doente em estado crítico e agir em conformidade (total de 40 horas) e “*Mentorship*” que permite adquirir aptidão profissional para ajudar e assegurar que os profissionais de saúde em formação maximizem o seu potencial e desenvolvam/aprofundem competências pessoais e profissionais.

A minha estadia em Inglaterra durante cinco anos, foi uma experiência única e extremamente enriquecedora e gratificante, caracterizada pela formação adquirida em Portugal, pela valorização da profissão e na qual a progressão na carreira é uma realidade, sendo também uma excelente plataforma de início de carreira, que me proporcionou o desenvolvimento e o aprofundar de conhecimentos teórico-práticos e consequentes competências. Contudo, em 2018, tomei a decisão de voltar a Portugal, retomando funções enquanto Enfermeira de SUP e onde permaneço até ao presente.

O interesse na área da urgência e emergência sempre foi evidente, o que levou a uma busca incessante de novos conhecimentos e experiências profissionais. Como tal, e dada a abrangência e complexidade dos cuidados neste contexto, tive sempre especial atenção à atualização e aquisição de novos conhecimentos, cooperando para uma prática orientada pelo pensamento crítico-reflexivo e assente na mais recente evidência científica. Destaca-se a realização do Curso de Pós-Graduação em “*Emergência e Cuidados Intensivos: do extra-hospitalar às Unidades de Cuidados Intensivos*” que levou à aquisição de conhecimentos no domínio do doente politraumatizado, das emergências cardiológicas, respiratórias, renais, hepáticas, gastrointestinais, neurológicas, neurocirúrgicas, obstétricas e pediátricas. Durante este curso, participei em formações como suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa, suporte avançado de vida, *Pre-hospital Trauma Life Support* e *Medical Response to Major Incidents*.

Assim, a decisão de ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC, surgiu naturalmente como sendo algo necessário para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na etapa final desta caminhada, tenho consciência do percurso efetuado e da aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC, que permitiram descrever, refletir e analisar as experiências dos diversos ensinamentos clínicos. Para tal, tive sempre presente os conhecimentos teóricos

adquiridos ao longo das unidades curriculares do presente curso de mestrado, bem como a pesquisa bibliográfica realizada. Igualmente importante, foi a realização dos ensinamentos clínicos supervisionados por EEEMC na área de enfermagem à PSC e fomentados pela análise crítico-reflexiva diária face a diversas situações de especial interesse, o que levou a uma autoformação e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades.

De forma a consolidar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no Ensino Clínico I e II elaborei um relatório acerca das competências adquiridas e objetivos atingidos, no Módulo I realizei um estudo de caso com um processo de enfermagem fundamentado no âmbito do choque séptico e respetiva apresentação à equipa docente e colegas de mestrado e no Módulo II elaborei um projeto de autoformação na área do transporte seguro da PSC no contexto extra-hospitalar. Ao longo dos estágios tive também a oportunidade de realizar várias reflexões críticas sobre situações que sobressaíram na minha prática, seguindo a metodologia do ciclo de GIBBS.

De igual forma, foram várias as formações em que pude estar presente e com as quais adquiri e desenvolvi conhecimentos e competências especializadas. Lembro um conjunto de formações internas que se realizaram na UCIP, sobre os feixes de intervenção no cuidado à PSC, que resultaram de um diagnóstico de necessidades formativas realizadas previamente. Estas formações eram realizadas de forma regular nas passagens de turno, de forma a levar a informação a todos os elementos do serviço. Relativamente ao contexto extra-hospitalar, foram várias as formações em serviço que tive a oportunidade de estar presente, designadamente “Competências não técnicas”, “Módulo de Trauma”, “Uso do medicamento”, “Situações de exceção”, “Segurança do doente no pré-hospitalar”, “Formação para a parentalidade”, “Formação SIV – prática simulada” e “Precauções Básicas de Controlo de Infecção”.

Acredito, ter sido capaz de agregar conhecimentos, de mobilizar saberes, de lidar com situações novas complexas e não familiares, desenvolver soluções e emitir juízos sobre as mesmas, alicerçadas na responsabilidade ética e profissional, designadamente organização e estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados a diversas pessoas em situação crítica bem como a mobilização de saberes na antecipação de focos de instabilidade e atuação precoce, podendo fazer a diferença entre a vida e a morte.

Cada situação experienciada, constituiu um desafio devido à sua singularidade. Devido à minha experiência profissional aliada a toda a formação realizada até ao presente, fui capaz de prestar cuidados de enfermagem altamente eficazes e de qualidade, em tempo útil e de forma holística.

Um dos ensinamentos clínicos que mais me motivou, foi o Ensino Clínico II – Cuidados Intensivos, o que para mim foi uma surpresa devido à complexidade dos cuidados prestados. Tal facto surgiu por querer saber justificar as intervenções que realizo frequentemente na área em que desempenho funções diariamente. Foi também neste ensino clínico que realizei um estudo de caso, o que me permitiu realizar uma avaliação da PSC e sua família/cuidador, destacando quais os focos de atenção do meu doente. Com base na avaliação realizada, formulei diagnósticos de Enfermagem e prescrevi e implementei intervenções de enfermagem de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, de forma a alcançar os resultados esperados. Uma vez que neste grau académico está subjacente a capacidade de comunicar conclusões a especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades, dei resposta a esta competência através da apresentação e discussão do processo de enfermagem com os colegas do mestrado, docentes do referente mestrado e docente orientador. Esta capacidade também pôde ser observada nos momentos de reflexão com a equipa multidisciplinar ou aquando das passagens de turno, através de uma linguagem clara e assertiva.

Com a realização do Mestrado, guiei a minha aprendizagem de um modo auto-orientado e autónomo através da tomada de decisão, nomeadamente na elaboração de planos de estágio para cada ensino clínico, traçando objetivos de acordo com as minhas necessidades em adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No caso do projeto de autoformação realizado no estágio de opção, a sua elaboração permitiu-me desenvolver a autonomia através da capacidade de escolha, raciocínio e planeamento relativamente ao meu percurso para a aquisição de competências de EEEMC.

Quanto à realização deste relatório final, elegi o transporte seguro do doente crítico, tendo-me baseado na mais recente evidência científica por forma a dar resposta aos desafios colocados. Esta temática acompanhou-me durante a realização do curso de Mestrado, permitindo-me selecionar os contextos das práticas clínicas mais adequadas dentro da minha área de interesse, de maneira a desenvolver as competências pretendidas.

O percurso relatado ao longo deste relatório demonstra a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos específicos que integram as competências exigidas para o grau de Mestre, evidenciando os saberes subjacentes ao desenvolvimento de Competências Comuns de EE e de Competências Específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, refletidas no domínio das várias competências de uma intervenção profissional avançada.

CONCLUSÃO

A concretização deste relatório intitulado “Cuidado especializado de enfermagem no transporte seguro da Pessoa em Situação Crítica: do extra ao intra-hospitalar” permitiu-me realizar uma análise crítico-reflexiva do meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem comuns, especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à PSC, tendo evidenciado o percurso realizado nos ensinamentos clínicos realizados em contexto de SUP, UCIP e extra-hospitalar.

Ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, evidenciou-se um significativo crescimento nas minhas competências reflexivas, no pensamento crítico, na tomada de decisão, na resolução de problemas e na comunicação. Essa evolução contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências gerais e específicas, bem como das habilidades de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente na área de enfermagem à PSC.

Os ensinamentos clínicos desempenharam um papel essencial na consolidação das competências comuns do EE, abrangendo os quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; aprimoramento contínuo da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Além disso, foram consolidados conhecimentos específicos do EEEMC na área de enfermagem à PSC, com destaque para: o cuidado à pessoa em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; a atuação em situações de catástrofe ou emergência multivítimas; e a otimização de estratégias de prevenção e controlo de infeção em contexto crítico.

Os objetivos delineados nos diferentes campos de estágio fundamentaram-se na prestação de cuidados de enfermagem especializados, respondendo aos problemas identificados através da antecipação de focos de instabilidade e gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, orientando de forma diferenciada a dor e o bem-estar, assistindo a pessoa e família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica através de uma comunicação adequada e do estabelecimento da relação terapêutica.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, aprofundei conhecimentos sobre o transporte seguro do doente crítico desde o contexto extra-hospitalar até ao intra-hospitalar e coloquei-os em prática, de modo a prevenir eventos adversos e conseqüentes complicações para a PSC, garantindo a segurança e qualidade do transporte.

Concomitantemente, e de acordo com o Decreto Lei n.º 65/2018, este relatório reflete também as competências de Mestre em enfermagem, designadamente: habilidade para aplicar conhecimentos e compreensão teórica na resolução de problemas em contextos multidisciplinares, inclusive em situações novas e complexas; competência para comunicar conclusões de forma clara, tanto a especialistas quanto a leigos; e desenvolvimento de capacidades que sustentam uma aprendizagem contínua ao longo da vida.

Em conclusão, após uma análise global do trabalho desenvolvido, considero ter mobilizado com êxito os conhecimentos necessários para alcançar os objetivos propostos de forma satisfatória.

Gostaria de salientar, o acolhimento que tive por parte da equipa de Enfermagem dos vários contextos dos ensinamentos clínicos e dos Enfermeiros tutores, facilitando o meu processo de aprendizagem e de desenvolvimento das diversas competências anteriormente referidas. Outro ponto positivo foi poder contar com a orientação dos docentes, especialmente do docente orientador do 3º semestre, pois orientaram-me no despertar para a visão do especialista e do Mestre. Também considero que beneficieei do facto de trabalhar diariamente num SUP, pois já tinha vivenciado algumas experiências que contribuíram para a aquisição de competências, tendo tido a oportunidade de partilhar alguns dos meus conhecimentos com os pares.

O processo de elaboração do relatório apresentou desafios, como a gestão do tempo, do cansaço decorrente da carga de trabalho e a complexidade na redação e síntese dos conteúdos. Contudo, estes obstáculos transformaram-se em valiosas experiências de aprendizagem, confirmando a eficácia das metodologias adotadas para o meu desenvolvimento contínuo.

Concluo esta etapa com a convicção de que a discussão pública deste relatório não representa um ponto final, mas sim o início de uma busca contínua pela excelência nos cuidados de enfermagem especializados. Este processo revelou-se fundamental na construção da minha identidade profissional, permitindo-me desenvolver competências como EEEMC na área de enfermagem à PSC e como Mestre. Acredito que esta formação me capacita para contribuir de forma mais qualificada, autónoma e valorizada para a profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alabdali, A., Fisher, J. D., Trivedy, C., & Lilford, R. J. (2017). A systematic review of the prevalence and types of adverse events in Interfacility critical care transfers by paramedics. *Air medical journal*, 36(3), 116-121. <http://doi.org/10.1016/j.amj.2017.01.011>
- Alves, F. (2021). *Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/23701>
- Association of Critical Care Transport. (2016). *Critical care transport standards*. <https://nasemso.org/wp-content/uploads/ACCT-Standards-Version1-Oct2016.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics* (2th ed.). Springer. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=6Q18AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=expertise+in+nursing+practice+caring+clinical+judgement+and+ethics&ots=gjABnD3yIL&sig=BcBbH0BXPglQHd6NIa5Z5ZQHeV8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 19, 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P. & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 60, 541-556.
- Cardoso, E. (2021). *Simulação de alta-fidelidade no transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico: Satisfação e performance dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado,

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=114068&codigo=7JLXqMEv

Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. da S. (2019). Death and dying: contributions to a practice based on nursing theoretical frameworks. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>

Coimbra, N. e Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*. <http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lidel.

Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25. <http://doi.org/10.4037/ccn2015991>

Comissão de Reavaliação da rede Nacional de Emergência/Urgência. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho: Serviços de Urgência. Ministério da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GTUrg%C3%A4ncias.pdf>

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU). (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Considine, J., Street, M., Bucknall, T., Rawson, H., Hutchison, A. F., Dunning, T., ... & Hutchinson, A. M. (2019). Characteristics and outcomes of emergency interhospital transfers from subacute to acute care for clinical deterioration. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 117-124. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.008>

Cordeiro, A. (2020). *A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/37315>

- Decreto-Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105.
[Consult 03 jul 2024]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.
[Consult. 11 jul. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>>
- Decreto-Lei n.º 71/2019. **Diário da República** I Série. 101/2019 (2019-05-27) 2626 – 2642.
[Consult. 20 jun. 2024]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>>
- Decreto-Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 20 jun. 2024]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124417108>>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11/08/2014) 20673 – 20678.
[Consult. 06 jul. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>>
- Despacho n.º 10960/2020. **Diário da República**. II Série. 219 (10/11/2020) 25-29. [Consult. 18 jul. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://files.dre.pt/2s/2020/11/219000000/0002500029.pdf>>
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** II Série. 28 (10-02-2015) 3882 (2)- 3882 (10). [Consult. 25 jun. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>>
- Despacho n.º 2902/2013. **Diário Da República** II Série. 38 (22/02/2013) 7179–7180.
[Consult. 18 mai. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>>
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550-13553.
[Consult. 21 mai. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>>
- Despacho n.º 6401/2016. **Diário da República** II Série. 94. (16-05-2016) 15239. [Consult. 21 mai. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/74443131>>

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República II Série**. 187 (24/09/2021) 96-103. [Consult. 23 mai. 2024]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>>

Despacho Normativo n.º 11/2002. **Diário da República I Série B**. 55 (06/03/2002) 1865 – 1866. [Consult. 10 jul. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>>

Despacho Normativo n.º 13427/2015. **Diário da República II Série**. 228 (20/11/2015) 33814–33816. [Consult. 18 mai. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>>

Direção Geral da Saúde - **Circular normativa n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde**. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde - **Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção Geral de Saúde – **Orientação da Direção Geral da Saúde n.º 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. <https://nocs.pt/prevencao-comportamentos-seguranca-doentes/>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direcção-Geral da Saúde – **Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção**. 2012. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- Eiding, H., Kongsgaard, U. E., & Braarud, A. C. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>
- Fernandes, M. C. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/13538>
- Ferreira, B. S. S., Rocha, R. V. C., Oliveira, W. E., Caldeira, A. G. & Aoyama, E. A. (2021). Importância da triagem no atendimento pré-hospitalar no incidente com múltiplas vítimas. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(2), 7-14. <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/189/155>
- Ferreira, Filipe Miguel Tenreiro, (2018), *Satisfação Profissional dos enfermeiros que integram equipas de Emergência pré-hospitalar* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5273/1/FilipeMiguelTenreiroFerreira_DM.pdf
- Frost, E., Kihlgren, A. & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>
- Galinha de Sá, F. L. F. R., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). *Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Gallani, M. C. & Dallaire, C. (2014). Desenvolvimento de Competências em Enfermagem: porque e como. *Revista Cogitare Enfermagem*, 9 (1), 9-11. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35924/22156>
- Gomes, F. (2022). *Competências em enfermagem médico cirúrgica: da prática em contexto de urgência periférica à conceção de um plano de catástrofe e ou emergência multivítima* (Relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre). Escola Superior

de Enfermagem São José de Cluny, Funchal.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43632/1/Relat%c3%b3rio%20Mestrado_Final.pdf

Gomes, J. C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.). *Livro de resumos: Encontro de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica* (pp. 27-32). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8888/livroresumos3encontroeeemc_site_proteg.pdf

Gonçalves da Graça, A. C., Pires da Silva, N. A., Gomes Correia, T. I., & da Silva Martins, M. D. (2017). Inter-hospital transport of critically ill patients: the reality of a hospital in the Northeast region of Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 133–144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de formação em emergência médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual do transporte do doente crítico e situações de exceção*. Author

Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine. (2019). *Guidance on: the transfer of the critically ill adult*. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf

International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Jesus, E. H., Roque, S. M. B & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(13), 26-44. https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem

Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). The Patient's Situation During Inter-hospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational

- Study. *Qualitative health research*, 29(12), 1687-1698.
<http://doi.org/10.1177/1049732319831664>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Masson.
- Knight, P., Maheshwari, N., Hussain, J, Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T., Guo, W., Cipolla, J., Stawicki, S. & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, (5), 256-264.
<http://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>.
- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*, 2015, 1–12.
<https://doi.org/10.1155/2015/536724>
- Lei n.º 156/ 2015. **Diário da República** I Série. 181 (26/09/2015) 8059 – 8105. [Consult. 11 jul. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>>
- Lei n.º 161/1996. **Diário da República** I Série. 205 (04/09/1996) 2959 – 2962. [Consult. 16 jul. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>>
- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 02 jun. 2024]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/124417108>>
- Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22–26.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/TeseFinal_Inacio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4.

- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Mestrado em Enfermagem Médico-Ciúrgica, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Martinho, C. I. F. & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Morais, J. (2015). Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1452/1/Jorge_Morais.pdf
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2020). *Prehospital Trauma Life Support: Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado* (9th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Chapter 34 Standardised systems of care for intra and inter-hospital transfers*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/34.standardised-systems-of-care-forintra-and-interhospital-transfers-pdf-172397464673>
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Ordem dos Enfermeiros - *Parecer N.º 09/2017: transporte da pessoa em situação crítica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transpor_tepessoasituacacritica.pdf

- Ordem dos Enfermeiros - *Parecer N.º 10/2017: diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência.* 2017.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_102017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros - *Parecer N.º 14/2018: alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência/emergência.* 2018.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007) *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem.*
<https://www.yumpu.com/pt/document/read/41711359/suplemento-um-novo-modelo-de-desenvolvimento-profissional->
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática.* Author
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_prot eg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da*

Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de doentes Críticos: Recomendações*. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versão-CEMI_OM-III-2023.pdf

Pacheco, L. da S. P., Santos, G. S. dos, Machado, R., Granadeiro, D. da S., Melo, N. G. S. de, & Passos, J. P. (2020). The nurse's effective communication process with the patient in palliative care. *Research, Society and Development*, 9(8), e747986524. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>

Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 98-106). Lidel.

Penedo, J. M. V. dos S. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Portaria n.º 87/2015. **Diário da República** I Série. 57 (23/03/2015) 1656 – 1659. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/87-2015-66807918>>

Prehospital Trauma Life Support. (2021). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (9ª Ed). Author.

Primeau, M. S. & Benton, A. M. (2021). Multilevel disaster simulation in nursing: lessons learned in undergraduate and nurse practitioner student collaboration. *Nursing*

Education *Perspectives*, 42(3), 188-189.
<https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000602>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06/02/2019) 2419 – 2420.
[Consult. 05 mai. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/140-2019-122286665>>

Regulamento n.º 226/2018. **Diário da República** II Série. 74 (16/04/2018) 10758 - 10764.
[Consult. 19 jul. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>>

Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** II Série. 123 (26-06-2015) 17240-17243.
[Consult. 21 jun. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/67613096>>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16/07/2018) 19359 – 19370.
[Consult. 05 mai. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** Série II. 184 (25/09/2019) 128-155.
[Consult. 11 jul. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>

Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3787.
[Consult. 28 jun. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>>

Regulamento n.º 964/2020. **Diário da República** II Série. 214 (03-11-2020) 115-121.
[Consult. 20 de jun. 2024]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/application/conteudo/147432245>>

Reimer, A. P., Schiltz, N., Koroukian, S. M., & Madigan, E. A. (2016). National Incidence of Medical Transfer: Patient Characteristics and Regional Variation. *Journal of Health and Human Services Administration*, 38(4), 509–528.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27079058/>

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I Série-A. 2 (03/01/2001) 14-36. Disponível em WWW:

<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>>

- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2015). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 178–184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>.
- Sani, I., & Ibrahim, R. B. M. (2020). Mediating role of work engagement in the relationship between human resource practices and employee competence in 57 nigerian basic education system: building a conceptual framework. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10(12), 247–263. <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v10-i12/8088>
- Sequeira, P. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15–23
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Simões, J. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/22672>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 20-24). https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_nu_ma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Veloso, D. (2018). *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* (Trabalho de

mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra).
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25477/1/TeseMestradoDanyellenVelo>

Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem). Universidade do Minho.

<https://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/Susana%2BMaria%2Bda%2BCunha%2BVieira.pdf>

Wilson, E. M. (2018). *Position statement: patient transfers and handoffs*.
https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/patienthandofftransfer.pdf?sfvrsn=e2c42cb6_18