

Escola Superior de Enfermagem São José Cluny e
Escola Superior de Saúde Santa Maria

**O CUIDAR ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO
OUTCOME DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: do
extra-hospitalar à sala de emergência e cuidados intensivos**

Daniela da Conceição Pacheco Correia

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

Funchal
2024

Escola Superior de Enfermagem São José Cluny e
Escola Superior de Saúde Santa Maria

**O CUIDAR ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM NO
OUTCOME DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: do
extra-hospitalar à sala de emergência e cuidados intensivos**

Docente: Professora Doutora Noélia Pimenta

Daniela da Conceição Pacheco Correia

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

Funchal
2024

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire, s.d.

DEDICATÓRIA

Quero dedicar a ti, tia, madrinha e comadre Paula, todo o trabalho desenvolvido. Mesmo já não estando presente entre nós, continuas a ser a minha força, a minha motivação e a minha inspiração. Agradeço todos os saberes transmitidos ao longo da nossa breve caminhada.

Ainda ao Vasco, namorado e companheiro de todos os momentos, agradeço a tua presença ao longo deste percurso e todo o teu apoio para que ele fosse leve e agradável, apesar da distância e das longas horas de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os professores e supervisores pedagógicos/clínicos intervenientes no meu percurso académico pela transmissão de conhecimentos, disponibilidade e encorajamento ao longo deste processo de construção.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Noélia Pimenta, supervisora pedagógica do presente relatório de estágio, por toda a disponibilidade, apoio e motivação ao longo deste trajeto. Às Professoras Doutoradas Cristina Pestana e Maria Luísa Santos, o meu agradecimento pela orientação ao longo dos momentos práticos, enriquecedores e igualmente desafiadores. Agradeço, ainda, toda a disponibilidade de apoio ao longo deste curso.

Aos meus colegas, em especial, à Marília, à Olga e à Sónia, que de próximo acompanharam e se envolveram neste processo formativo, agradeço-lhes a sua amizade e os momentos partilhados.

Aos meus colegas do Serviço de Urgência, em particular, à Marisa e à Eunice, pelo apoio e disponibilidade durante o mestrado, e a todos os outros pela compreensão e facilidade nas trocas de turno, que me permitiram garantir a presença neste curso de mestrado.

Por fim, mas não menos importante, à minha família, a que vive nos Açores e na Madeira, o meu agradecimento pelo abrigo, pelas refeições quentes e pelos momentos de distração e, ainda, pelo apoio e compreensão inerentes à ausência exigida.

RESUMO

O presente relatório de estágio emerge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em consórcio com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria. A apresentação e a discussão pública do mesmo visam a obtenção do título de especialista e grau de Mestre. Pretende-se demonstrar, através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na evidência científica, o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), bem como das competências de mestre.

No seguimento deste percurso foram desenvolvidos vários estágios, reconhecendo-se estes momentos formativos como enriquecedores para o desenvolvimento de capacidades e competências. Assim, o Estágio I ocorreu em contexto de urgência polivalente; o Estágio II, em contexto de cuidados intensivos polivalentes; a unidade curricular – Estágio com relatório – integrou dois módulos de prática clínica, o módulo I que foi concretizado em cuidados intensivos polivalentes, e o módulo II, estágio de opção, que decorreu em contexto de Emergência extra-Hospitalar e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O foco de atenção centra-se no cuidado especializado de enfermagem à PSC e o *outcome* observável, desde a intervenção em contexto extra-hospitalar à admissão do cliente na sala de emergência e cuidados intensivos. A escolha do contexto de emergência extra-hospital para a realização do estágio de opção deve-se ao meu interesse pessoal e à necessidade de desenvolver competências especializadas na abordagem à PSC nesse contexto, enquanto enfermeira a exercer funções num SUP.

Como resultado de aprendizagem, salienta-se o desenvolvimento de competências especializadas, tanto comuns como específicas do EE em EMC, na área de enfermagem à PSC: o cuidar da pessoa, família e/ou pessoa significativa que vivencia processos complexos de falência orgânica e/ou doença crítica; dinamizar a resposta em situações de exceção, catástrofe e/ou emergência; maximizar a prevenção e controlo da infeção; e, ainda, o desenvolvimento de competências de mestre.

Palavras Chave: Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Cuidado Extra-hospitalar.

ABSTRACT

The present internship report emerges within the scope of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing (MSN) in the area of Nursing for People in Critical Situations (PCS) at the Superior School of Nursing São José de Cluny, in consortium with the Superior Health School of Santa Maria, the presentation and discussion of the same aims to obtain the title of specialist and Master's degree.

The objective is to demonstrate, through a descriptive, analytical and reflective methodology, supported by current scientific evidence, the path of development of common and specific competencies of the Nurse Specialist (NS) in MSN in the area of Nursing for PCS, as well as, master skills.

Along this path, several advances were developed, recognizing these formative moments as enriching for the development of skills and competencies, as follows: Stage I took place in a context of polyvalent urgency (PU); Stage II in the context of polyvalent intensive care unit; the curricular unit – internship with report, integrated two clinical practice modules, module I which was carried out in polyvalent intensive care unit and module II, an optional internship, in which I selected different contexts, extra-hospital emergency in terrestrial and aerial contexts, and PU.

The focus of attention is on specialized nursing care for PCS and the observable *outcome*, from intervention in an out-of-hospital context to the client's admission to the emergency room and intensive care. The choice of the extra-hospital emergency context to carry out the optional internship is due to my personal interest and the need to develop specialized skills in approaching PCS in this context, as a nurse working in a PU. As part of my care provision, as an emergency nurse and for personal interest, I felt the need to develop skills in extra-hospital care in order to provide safe and quality care, positively influencing the PSC result.

As a learning result, stands out the development of specialized skills, both common and specific to the NS in MSN, respectively: caring for the person, family and/or significant other who experiences complex processes of organic failure and/or critical illness; streamline the response in exceptional, catastrophe and/or emergency situations; maximize infection prevention and control; and also the development of master skills.

Keywords: Specialist Nurse; Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Out-of-hospital care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – A: Via aérea com controlo da coluna cervical; B: Ventilação; C: Circulação; D: Disfunção neurológica; E: Exposição com controlo de temperatura

AEC – Alteração do Estado de Consciência

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDC – Centro de Controlo de Doenças e Prevenção

CD - Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção Geral da Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR – Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

H – Horas

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IOT – Intubação Orotraqueal

ISBAR – Identificação; Situação; Antecedentes/Background; Avaliação; Recomendações

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

MSN - *Medical-Surgical Nursing*

NEMS – *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use*

NS - *Nurse Specialist*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OT – Orientação Tutorial

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PCS - *People in Critical Situations*

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PU - *Polyvalent Urgency*

RAA – Região Autónoma dos Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

ROSC - Retorno de Circulação Espontânea

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SRPC- Serviço Regional de Proteção Civil

STAT-CIC – Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlceras por Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. O CUIDADO ESPECIALIZADO NO <i>OUTCOME</i> DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR AO INTRA-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	13
1.1. Metodologia	15
1.2. Resultados de Pesquisa.....	17
1.3. Discussão.....	28
1.4. Conclusão.....	31
2. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CLÍNICA	33
2.1. Serviço de Urgência Polivalente - Região Autónoma da Madeira.....	34
2.2. Serviço de Urgência Polivalente - Região Norte de Portugal Continental	35
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente - Região Autónoma dos Açores .	36
2.4. Serviço de Emergência Médica Regional - Região Autónoma da Madeira.....	38
2.5. Unidade de Evacuações Aeromédicas - Região Autónoma dos Açores	39
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	41
3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	41
3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	45
3.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	49
3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	52

4. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	54
4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	54
4.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	66
4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	70
5.PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	74
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICE	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Resultados de pesquisa.....	16
Figura 2 - Fluxograma PRISMA	18
Figura 3 - Análise dos artigos	20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura PICO e termos de pesquisa	16
Tabela 2 - Critérios de elegibilidade.....	17

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem possui uma história rica e multifacetada, marcada por transformações significativas que moldaram o cuidado ao cliente ao longo dos séculos. Esta evolução não se prende apenas com a parte prática, mas também com uma mudança na percepção do cliente, adotando uma visão holística acerca do mesmo (Santos & Magri, 2024). Assumindo que a evolução se mantém constante, num sentido de melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, surge a necessidade de aquisição de novos conhecimentos de forma a sustentar a prática na melhor evidência científica disponível.

Neste sentido, de forma a dar resposta às necessidades do cliente e da sua família/pessoa significativa e, indo ao encontro do mencionado no Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), Artigo 109º, da excelência do exercício, o enfermeiro tem o dever de manter os seus conhecimentos atualizados de forma contínua e utilizar as tecnologias ao seu alcance. Enquanto enfermeira de cuidados gerais, decidi ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da Enfermagem à PSC com o intuito de adquirir competências especializadas.

Assim, o presente relatório de estágio surge no âmbito do curso de Mestrado, que foi lecionado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), em consórcio com a Escola Superior Saúde Santa Maria (ESSSM), no ano letivo 2023/2024. Com a apresentação e discussão pública deste relatório, pretende-se a obtenção do título de especialista e grau de Mestre em EMC na área de enfermagem à PSC.

A concretização deste relatório tem como objetivos específicos: evidenciar, de forma crítico-reflexiva, as competências comuns e específicas adquiridas e desenvolvidas ao longo do curso de mestrado, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem à PSC; e demonstrar as competências de mestre adquiridas, de acordo com o Decreto de Lei n.º 65 de 16 de agosto de 2018.

Para efetivação dos objetivos delineados, foram realizados vários estágios, respetivamente, o Estágio I, em contexto de SUP, na Região Autónoma da Madeira (RAM); o Estágio II, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), na Região Autónoma dos Açores (RAA); a unidade curricular – Estágio com relatório integra dois módulos de prática clínica: módulo I, que foi concretizado em cuidados intensivos e o módulo II. Sendo um estágio de opção, seleccionei distintos contextos de prática clínica, respetivamente, SUP, na região Norte de Portugal Continental, e emergência extra-hospitalar na RAM e na RAA, sendo realizado em meio terrestre e em meio aéreo. O foco

de atenção foi o cuidado especializado de enfermagem à PSC e o seu *outcome*, face à intervenção especializada desde o extra-hospitalar à admissão na sala de emergência e cuidados intensivos. O estágio de opção desenvolveu-se, fundamentalmente, no contexto extra-hospitalar, devendo-se ao interesse pessoal e profissional, pois, enquanto enfermeira a exercer funções num SUP, senti necessidade de conhecer e desenvolver competências especializadas na abordagem à PSC fora do ambiente intra-hospitalar.

A metodologia adotada para o presente relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na evidência científica atual. Relativamente à organização do relatório, optou-se pela divisão em quatro capítulos: no primeiro, será realizada uma contextualização do foco de atenção, sendo apresentada uma revisão integrativa da literatura desenvolvida e uma breve caracterização dos locais onde ocorreram os estágios; no segundo e terceiro, será realizada uma descrição e uma reflexão sobre o percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas do EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, respetivamente; e, por fim, o quarto capítulo irá incidir sobre o percurso de aquisição de competências de mestre.

A norma utilizada para as citações e referências bibliográficas, bem como para toda a formatação do trabalho, é a preconizada pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, *American Psychological Association*, 7^a edição, que integra o documento “Elaboração de trabalhos académicos síntese de orientações”.

1. O CUIDADO ESPECIALIZADO NO *OUTCOME* DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR AO INTRA-HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para enquadrar a temática desenvolvida no presente relatório de estágio, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura acerca da temática, permitindo analisar a intervenção de uma equipa de emergência e o *outcome* do cliente aquando da sua admissão na SE e cuidados intensivos. Por tal, neste subcapítulo, passa-se a apresentar o trabalho desenvolvido.

O serviço de emergência médica extra-hospitalar caracteriza-se, atualmente, como um sistema integrado de resposta que, no seu leque de atuação, intervém desde o reconhecimento da situação de emergência até ao acesso do cliente aos cuidados de saúde direcionados à sua condição (Strandås et al., 2024). Uma situação de urgência é caracterizada como qualquer situação inesperada que provoque agravamento na saúde do indivíduo, podendo ou não traduzir um risco potencial de vida e que justifica a intervenção imediata. Por outro lado, uma situação de emergência difere da situação de urgência por acarretar sempre um risco iminente de vida, justificando uma intervenção imediata por um profissional (Oliveira et al., 2020).

De forma a dar resposta às situações de emergência identificadas e, atendendo à evolução considerável no cuidado extra-hospitalar em que, ao longo dos anos, houve um escalonamento e um aperfeiçoamento do atendimento ao cliente neste meio, passando do transporte à realização de intervenções *life-saving* no local da ocorrência, a intervenção por parte da equipa multidisciplinar alcançou outro nível de cuidados tendo a atuação do enfermeiro sido igualmente enaltecida (O'Connor et al., 2021; Vuorinen et al., 2024). Tejero et al. (2023) corroboram esta ideia, referindo que o cuidado extra-hospitalar deve ser um recurso rápido e com um elevado nível de eficácia em que o profissional, após avaliação inicial do cliente, deve planear e aplicar as intervenções que irão permitir dar uma resposta adequada e eficaz, em tempo útil, à situação do mesmo.

Na realidade vivenciada, o acesso aos cuidados de saúde primários encontra-se condicionado e, além disso, cada indivíduo percebe de forma diferente o seu processo de saúde ou doença, podendo isto influenciar o sentido de urgência real da situação que vivencia. Devido a estas questões, é normal as pessoas recorrerem aos serviços de emergência médica, de forma a serem avaliadas e orientadas, no sentido resolutivo da

situação atual que vivenciam, pois acreditam que estes serviços detêm as características necessárias para colmatar as suas necessidades (Strandås et al., 2024).

Em Portugal, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2024), através da exposição dos indicadores de desempenho mensal, disponibiliza a toda a população o número de ocorrências mensais, salientando-se que, no ano de 2023, foram registadas 1 425 071 ocorrências em que a tipologia “trauma” se destaca com maior número de ocorrências em quase todos os meses. No que concerne às regiões autónomas, o Serviço Regional de Proteção Civil, no arquipélago da Madeira, no ano de 2023, contabilizou 38085 mil ocorrências, evidenciando que as ocorrências relacionadas com o Serviço de Emergência Médica Regional corresponderam a 1127 mil, envolvendo a ativação da Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR); no arquipélago dos Açores, o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores documentou que, no ano de 2023, a equipa de Suporte Imediato de Vida contou um total de 2573 ativações, sendo que, nesta equipa, o enfermeiro assume a posição de *team leader*.

Após visualização da estatística disponível, torna-se evidente a necessidade e a importância do cuidado extra-hospitalar, salientando que deve sempre ser garantida a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde por meio de implementação de metodologias de gestão de risco e desenvolvimento de estratégias de segurança, transparecendo a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem (Mota, Cunha & Santos, 2020) neste contexto.

Afirmando a qualidade e a segurança como pilares da prestação de cuidados, estes componentes também estão intrínsecos ao momento de transição do cliente do contexto extra para o intra-hospitalar. Assim, os profissionais de saúde devem estar despertos para o risco e para a vulnerabilidade associados a este momento, assentando na premissa de que nunca deve ser reduzido o nível de cuidados prestados e com o intuito de promover a redução de eventos adversos e morbi/mortalidade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

A transição de cuidados de saúde seguros sustenta-se numa comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, 2017), tendo esta impacto na redução dos equívocos relacionados com a prestação de cuidados e evitando lacunas na transmissão de informação, que possam influenciar gravemente a continuidade dos cuidados ou o tratamento adequado ao cliente.

Esta é também uma responsabilidade do EE que influenciará o *outcome* do cliente. Contudo, existe pouca evidência que correlacione a sua intervenção e a melhoria do estado

de saúde/prevenção de complicações da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, sendo o mote que justificou esta pesquisa.

Sendo assim, a presente revisão integrativa da literatura teve como objetivo: identificar a intervenção da equipa de emergência em contexto extra-hospitalar, face ao *outcome* da PSC, aquando da sua admissão na instituição de saúde. Acredita-se que este seja um tema pertinente para estudo, considerando-se fulcral a presença do EE na equipa e na prestação de cuidados quer em contexto extra-hospitalar quer intra-hospitalar.

1.1. Metodologia

Uma pesquisa preliminar identificou várias publicações de revisão sobre esta temática nos últimos cinco anos, mas condicionada pelo tempo pandémico, sendo apresentados muitos estudos focados no Covid-19 e ainda outros relacionados com a vertente do trauma. Observou-se que a evidência direcionada à intervenção do EE, no contexto extra-hospitalar e intra-hospitalar, é escassa pois a maior parte dos estudos aborda a intervenção da equipa e não apenas a intervenção do EE.

Após identificação do tema, procedeu-se à formulação da questão de pesquisa, utilizando a estrutura de população, intervenção, comparação e resultados (PICO), resultando a seguinte questão de pesquisa: Quais os *outcomes* observáveis na pessoa em situação crítica, alvo da intervenção da equipa de emergência em contexto extra-hospitalar?

Após definição da questão de investigação e, de forma a estruturar a equação de pesquisa, procedeu-se à consulta dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para serem selecionadas e validadas as palavras presentes na equação de pesquisa. Expõe-se a estrutura de PICO e os termos selecionados na tabela 1. A pesquisa foi iniciada a 24 de março e concluída a 17 de abril, sendo realizada uma pesquisa limitada a três bases de dados *online*: a CINAHL® (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PubMed® (*National Center for Biotechnology Information, National Institutes of Health; Bethesda, Maryland USA*), MEDLINE® (*National Library of Medicine's*).

Tabela 1 - Estrutura PICO e termos de pesquisa

Elementos PICO	Termos de Pesquisa (DeCs)
População Pessoas em situação crítica	“Critically Ill”
Intervenção Intervenção da equipa de emergência no extra-hospitalar	“Nurse specialists”; “Prehospital Care”; “Emergency Room”; “Critical Care”
Outcomes Outcome na PSC	“Critical Care Outcome”

Procedeu-se à pesquisa individual de cada um dos termos selecionados e, posteriormente, formulou-se a equação de pesquisa seguinte: *Critically Ill [Title] AND nurse specialists AND emergency room OR prehospital care OR critical care AND critical care outcomes.*

Figura 1- Resultados de pesquisa.

Pesquisa	Termos de Pesquisa (DeCs)	Resultados PubMed	Resultados CINAHL	Resultados MEDLINE
#1	Critically Ill	1826	1426	2254
#2	Nurse specialists	8	71	48
#3	Emergency Room	102	113	205
#4	Prehospital Care	19	21	25
#5	Critical Care	339	804	780
#6	Critical Care Outcome	1	1	4
#7	Critically Ill (Title) AND Nurse Specialists AND Emergency Room OR Prehospital Care OR Critical Care AND Critical Care Outcomes	131	89	33

Esta revisão da literatura considerou estudos originais e secundários, dando-se preferência à evidência primária. Foram incluídos todos os estudos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de inclusão e de exclusão estão identificados na tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de elegibilidade

Critério	Inclusão	Exclusão
Período	Últimos 6 anos	Todos os estudos anteriores a 2017
Idioma e extensão do artigo	Inglês, Português, Espanhol/Artigo Completo	Outras línguas/ Resumos
Tipos de artigos	Pesquisa original publicada em periódico de revisão	Artigos de opinião, literatura cinzenta
Foco do estudo	<i>Outcomes</i> identificados na PSC aquando da intervenção da equipa de emergência no extra-hospitalar	Todos os estudos não relacionados com o foco do estudo
Configuração	Hospitais; extra-hospitalar.	Lares de idosos, escola de enfermagem, estudantes de enfermagem, centros de saúde
Local de estudo	Internacional.	Nada
População	Pessoas em situação crítica que receberam cuidados pelas equipas de emergência no extra-hospitalar.	Pessoas sem situação crítica; pessoas não sujeitas à intervenção do EE em contexto extra-hospitalar.
Faixa etária	Adultos (+ 19 anos)	Todas as outras faixas etárias.

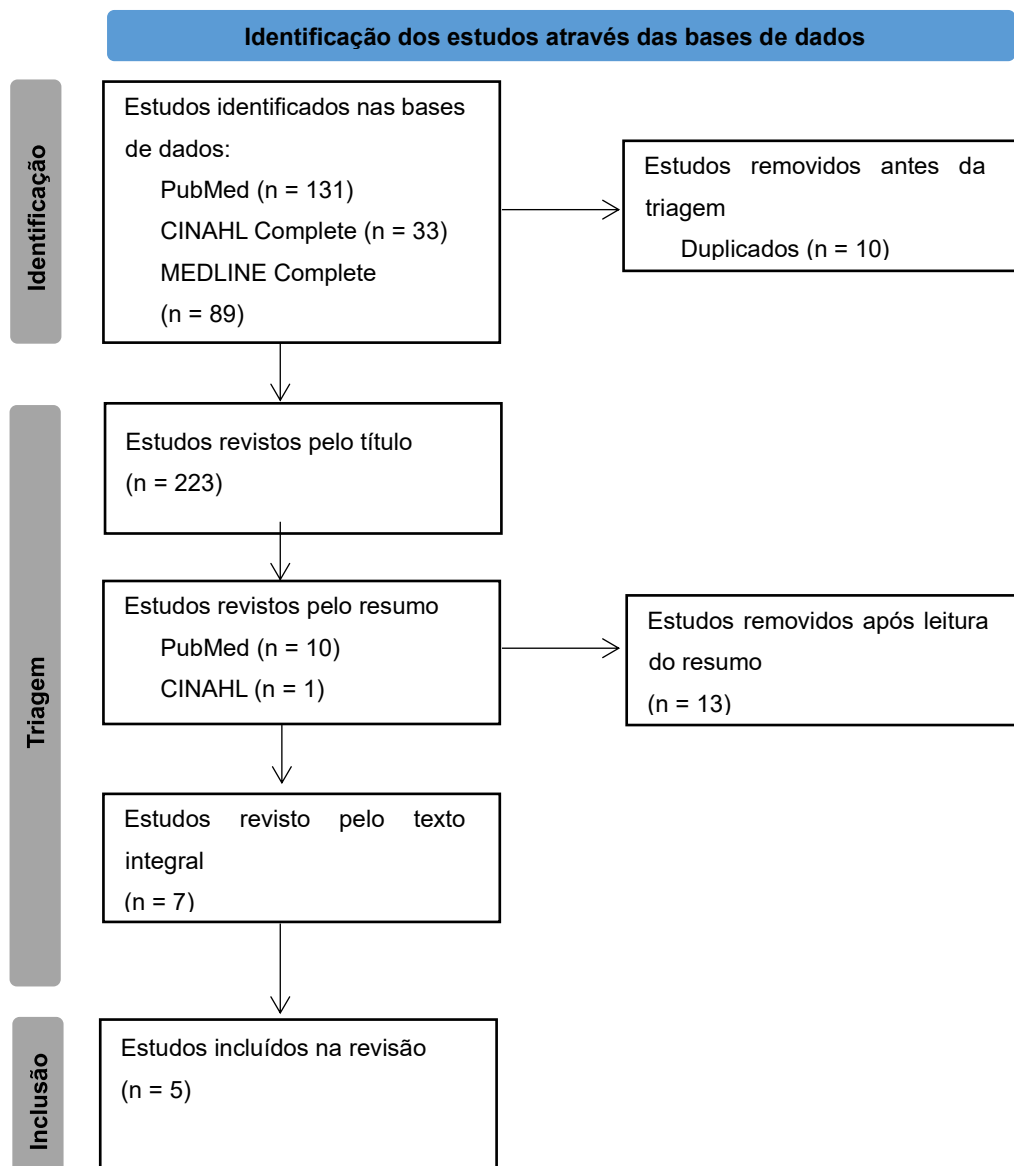
Numa fase seguinte, foram identificados os estudos selecionados e executada a análise e a revisão destes por título, resumo e texto integral, alcançando-se a amostra final compreendida nesta revisão. Na Figura 2, mostram-se os dados relativos a este processo de seleção através do Fluxograma PRISMA.

Para organização da informação de cada artigo, desenvolveu-se a Figura 3, inserindo as particularidades de cada um destes e, de seguida, procedeu-se à análise e à interpretação dos dados que estão representadas na discussão.

1.2. Resultados de Pesquisa

Foram encontrados, após pesquisa em três bases de dados, 253 resumos de estudos. Primeiro, os estudos duplicados foram removidos ($n = 10$), o que resultou em 243 estudos para análise de título e resumo; 223 estudos foram removidos após leitura do título e resumo, resultando em 20 estudos para leitura integral. Após a revisão dos estudos elegíveis estar completa, 5 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. Os resultados da pesquisa serão descritos na íntegra na revisão e apresentados através do Fluxograma PRISMA (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma PRISMA



Devem ser descritos, precisamente, os estudos incluídos na revisão integrativa da literatura. De forma a sistematizar e extrair os dados encontrados de maneira clara e organizada, expõe-se a Figura 3, onde foram considerados os seguintes aspetos: título e país; autor e ano de publicação; tipo de estudo e instrumento de colheita de dados; participantes e amostra; objetivo geral; conclusões do artigo.

Como mencionado anteriormente, foram incluídos 5 artigos, dos quais três se focam na intervenção da equipa de emergência em contexto extra-hospitalar na vítima de trauma e a sua sobrevivência/mortalidade e/ou *outcome*, no contexto intra-hospitalar. Um foca-se na segurança do cliente no contexto extra-hospitalar, e o outro na vulnerabilidade e fatores associados aos clientes assistidos no extra-hospitalar. Destes, todos se encontram publicados em inglês. As investigações concentram-se em vários países, a saber, Irlanda, Reino Unido, China, Japão e França. Evidencia-se o facto de não se ter encontrado nenhum estudo empírico português sobre a temática.

Figura 3 - Análise dos artigos

Art.	Título; País	Autor (ano)	Tipo de estudo; Instrumento de colheita de dados.	Participantes; Amostra	Objetivo Geral	Conclusões
1	Measurement and monitoring Patient Safety in prehospital care: a systematic review; Irlanda	O'Connor, P., O'Malley, R., Oglesby, A.M., Lambe, K. & Lydon, S. (2021)	Revisão sistemática, realizada em janeiro de 2020. Bases de dados: <i>Medline; PsycInfo, CINAHL, Web of Science and Academic Search</i> ; Artigos em inglês; <i>peer reviewed</i> .	N = 5301 n = 52 (publicados entre 1991 e 2019)	Identificar e classificar os métodos de mensuração e monitorização da segurança do cliente, aplicados no cuidado extra-hospitalar, usando a estrutura e as cinco dimensões do “ <i>Measuring and Monitoring Safety (MMS)</i> ”; e usar esta classificação para identificar lacunas	O cuidado extra-hospitalar sofreu uma evolução favorável ao longo dos anos, passando de um transporte organizado ao cuidado avançado à pessoa em situação crítica. O cuidado extra-hospitalar é potencialmente perigoso, possibilitando à pessoa em situação crítica a vivência de eventos adversos. Contudo, existe pouca evidência de como é gerenciada a segurança extra-hospitalar e, por isso, foi criado o MMS, para avaliação e compreensão total da segurança de uma organização. As cinco dimensões, em específico, incluem: <i>past harm</i> (mortalidade e morbidade); <i>reliability</i> (monitorização de sinais vitais; observação de comportamento de segurança; audição à viabilidade do equipamento); <i>sensitivity to</i>

					relativas à segurança, fazendo recomendações para resolução destas.	<p><i>operations</i> (observação e comunicação com as equipas médicas; comunicação com o cliente; <i>briefings</i> e <i>debriefings</i>); <i>anticipation and preparedness</i> (segurança no ambiente em que é realizado o <i>assessment</i> do cliente; reflexão estruturada); <i>integrating and learning</i> (agregar as queixas dos clientes; <i>feedback</i> e implementação de lições de segurança).</p> <p><i>Past harm</i> foi o domínio mais avaliado dos cinco que dizem respeito ao MMS, predominantemente através da opinião do cliente. Esta, muitas vezes, é apontada como o <i>gold standard</i>, como método de avaliação de segurança do próprio.</p>
2	Impact of a physician-led pre-hospital critical care team on outcomes after major trauma; Reino Unido	Hepple, D.J., Durrand, J.W., Bouamra, O. & Godfrey, P. (2018)	Análise retrospectiva dos dados da <i>Trauma Audit and Research Network</i> (TARN), através da identificação de todos os clientes admitidos nos 2 maiores centros de trauma (<i>James Cook University Hospital; Royal Victoria Infirmary</i>). Período de 4 anos (2012-2016). Critérios de inclusão: ter sido admitido num dos centros de trauma selecionados para estudo e que os dados fossem incluídos no TARN.	N = 6860 n = 637 (grupo que recebeu cuidado extra-hospitalar)	Realizar uma análise retrospectiva do impacto do cuidado extra-hospitalar por equipa medicalizada <i>versus</i> a taxa de sobrevivência prevista através dos <i>outcomes</i> registados pela UK TARN. Hipótese nula: O atendimento extra-hospitalar por equipa medicalizada não faria diferença no número de sobreviventes inesperados.	O cuidado extra-hospitalar, por meio terrestre e aéreo, realizado por equipa medicalizada, a vítimas de trauma <i>major</i> tem vindo a permitir a realização de intervenções avançadas aquando da sua abordagem, tais como: anestesia; administração de transfusão de sangue (perto do local da ocorrência), entre outras. A receção de cuidados no período extra-hospitalar pela equipa medicalizada tem validade e contribui para a melhoria dos <i>outcomes</i> , no contexto de lesões urgentes. O facto de não existir um indicador que assinala, claramente, o benefício do envolvimento da equipa está relacionado com múltiplos fatores. TARN realiza a gestão de um banco de dados de todos os clientes feridos que chegaram vivos onde, pelo menos, ocorreu uma das seguintes situações: morte; admissão para os cuidados intensivos; transferência para receber cuidados especializados ou internamento superior a 72 horas.

					<p>Contudo, são excluídos: clientes com fraturas fechadas e simples, isoladas em membros, incluindo aqueles com mais de 65 anos e fratura do colo do fêmur.</p> <p>Considera a mortalidade em termos da observada <i>versus</i> o rácio de sobrevivência esperado, sendo esta probabilidade calculada para cada cliente comparativamente ao <i>outcome</i> observado.</p> <p>A análise teve em conta as seguintes características das vítimas: idade e sexo; data e tempo de leão; mecanismo de lesão (acidente rodoviário; queda em altura); e o sistema mais afetado pelas lesões (cabeça; tórax; membros). O <i>Injury Severity Score</i> (ISS) foi obtido através dos exames de imagem; cirurgia e ocasionalmente de registos <i>post-mortem</i>. Estes elementos foram considerados variáveis contínuas em associação à previsão de sobrevivência.</p> <p>A sobrevivência prevista foi calculada através do ISS, idade, sexo e nível de consciência (através da escala de coma de <i>Glasgow</i>) e outras comorbilidades usando um modelo de regressão logística.</p> <p>Este estudo confirmou que existem diferenças significativas nas características de base dos clientes que receberam cuidados no ambiente extra-hospitalar pela equipa multidisciplinar <i>versus</i> aqueles que não receberam.</p> <p>O grupo que recebeu cuidados hospitalares eram, tendencialmente, jovens do sexo masculino, sendo o mecanismo de lesão resultante de transmissão de impacto/evento de alta energia e eram mais propensos a ter um ISS mais elevado. Concluindo, a análise confirmou</p>
--	--	--	--	--	---

						diferenças nas características do cliente e gravidade da lesão para aqueles que foram atendidos pela equipa multidisciplinar, mas não identificou diferença significativa na melhoria ou benefício de sobrevivência.
3	Comprehensive analysis of vulnerability status and associated affect factors among prehospital emergency patients: a single-center descriptive cross-sectional study; China	Zhang, J., Ding, N., Cao, X., Zannng, Shuting, Z., Ren, Y., Qin, L., Cheng, Y. & Li, H. (2023)	Estudo transversal realizado num hospital de nível III, entre abril e julho de 2023. Critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e vontade de participar. Foi utilizado um questionário para colheita de dados, dividido em duas secções (primeira secção reservada aos dados demográficos e relacionados com condições de saúde; e, outro para avaliação da vulnerabilidade - <i>Safety in Prehospital Emergency Care Index</i>)	n = 973	Investigar o estado de vulnerabilidade e determinar os fatores de efeito associados aos clientes assistidos em emergência pré-hospitalar.	<p>O serviço de emergência médica extra-hospitalar representa um papel fundamental na primeira linha de tratamento à PSC, contudo, apesar da sua importância no <i>outcome</i> do cliente, este sempre recebeu menos atenção do que o contexto intra-hospitalar.</p> <p>De acordo com os autores, a vulnerabilidade ao refletir a suscetibilidade face aos danos físicos e emocionais, torna os indivíduos indefesos e expostos a outros possíveis ataques. Pelos diversificados contextos de ocorrências no atendimento extra-hospitalar, a situação do cliente acresce em vulnerabilidade, comparativamente ao intra-hospitalar.</p> <p>A suscetibilidade está ligada à segurança do cliente, sendo que, neste domínio, a vulnerabilidade do cliente transcende a gravidade da sua condição clínica e enfatiza a sua incapacidade de controlo face à ocorrência de situações de risco.</p> <p>Este fenómeno interliga vários determinantes psicossociais e ambientais, levando em conta fatores como: idade, <i>status</i> socioeconómico e comorbidades. Esses fatores influenciam os resultados imediatos, mas também a sobrevivência e a estabilização ainda interferem nas consequências a longo prazo, incluindo a qualidade de vida e os custos envolvidos em saúde.</p>

						<p>Foram realizados vários estudos que demonstraram, de forma consistente, que os clientes em situação de vulnerabilidade sofrem atrasos na receção de cuidados devido a vários impedimentos, como falta de apoio social e barreiras ao transporte. Estes “atrasos” no atendimento ao cliente podem influenciar o <i>outcome</i> do cliente e aumentar a mortalidade.</p> <p>Os fatores chave que influenciam a vulnerabilidade prendem-se com: idade; gravidade da doença; tipo de doença; alteração do estado de consciência; e presença de doença crónica. O estudo mostrou que clientes com idade de 60 anos ou inferior e do sexo masculino demonstram-se mais vulneráveis, sendo que os clientes com condições de saúde mais graves também demonstraram ser mais vulneráveis.</p> <p>No país onde foi realizado o estudo, os profissionais que prestam cuidados no pré-hospitalar recebem um treino que abrange diversos aspetos na área de emergência médica, transmitindo conhecimentos teórico-práticos.</p>
4	Impact of physician-staffed ground emergency medical services-administered pre-hospital trauma care on in-	Tsuboi, M., Hibiya, M., Kawara, H., Seki, N., Hasegawa, K., Hayashi, T., (2023)	<p>Estudo de coorte retrospectivo.</p> <p>Foi realizada uma colheita de dados no <i>Japan Trauma Data Bank</i> (JTDB), estabelecido pela <i>Association for Acute Medicine</i> e <i>The Japanese Association for the Surgery of Trauma</i>.</p> <p>Foram incluídos, em geral, 280 centros de traumas no JTDB.</p>	N = 372365 n = 49144	Comparar o impacto da intervenção da equipa médica <i>versus</i> não médica, em ambiente extra hospitalar, analisando a influência desta na sobrevivência intra-hospitalar, tendo em conta os dados da instituição e os dados nacionais disponíveis.	<p>O sistema de trauma consiste em vários componentes. Em particular, o tempo demonstrou ser crucial no prognóstico da vítima de trauma grave/<i>major</i>; assim sendo, a melhoria do sistema de atendimento extra-hospitalar é vital.</p> <p>No Japão, foi relatada uma associação positiva entre a existência de uma equipa médica de atendimento extra-hospitalar e a diminuição da mortalidade intra-hospitalar das vítimas recetoras de cuidados.</p> <p>A ativação da equipa médica é realizada conforme as lesões anatómicas e fisiológicas existentes, tais como: trauma</p>

<p>hospital survival in Japan; Japão</p>		<p>Critérios de inclusão: ISS \geq 16; idade entre os 15 – 85 anos; histórico da lesão claro; aqueles que foram transportados do local da ocorrência para o hospital e o meio de transporte claro (com ou sem médico).</p> <p>Critérios de exclusão: paragem cardiorrespiratória;</p> <p><i>Abbreviated Injury Scale</i> (AIS) = 6; clientes em que faltam variáveis necessárias para a análise.</p>		<p>contuso de alta energia; trauma penetrante; baleamento e/ou julgamento crítico do paramédico no local de ocorrência.</p> <p>Com a presença desta equipa no local, é possível a realização de procedimentos avançados, como, por exemplo, ultrassonografia; gestão da via aérea (via aérea avançada); infusão de lactato de <i>ringer</i> e outras drogas; toracocentese e inserção de drenos torácicos; toracotomias para reanimação; colocação de balão endovascular para oclusão da aorta. Além disso, proporciona também uma transmissão precisa e antecipada da informação acerca da vítima ao centro de trauma recetor da mesma.</p> <p>A melhor vantagem da equipa médica no extra-hospitalar relaciona-se com a capacidade de providenciar uma estratégia efetiva de atendimento através do tratamento e transporte em simultâneo. A presença desta poderá aumentar o tempo no atendimento extra-hospitalar, mas o tratamento que providencia durante o transporte pode contribuir para melhores resultados na vítima.</p> <p>Foi perceptível que profissionais que trabalham em emergência/urgência teriam outro <i>expertise</i> e, prontamente, identificam o grau de severidade da lesão/condição da vítima, definindo uma prioridade e estabelecendo uma estratégia de tratamento desde o extra ao intra-hospitalar, providenciando antecipadamente informação adequada hospital que irá rececionar a vítima, afetando a taxa de sobrevivência das vítimas com lesões <i>major</i>. Também as condições da instituição influenciam a taxa de sobrevivência,</p>
--	--	---	--	--

						<p>relacionando-se com o tamanho e os recursos disponíveis na mesma.</p> <p>O estudo sugere que a combinação destes dois fatores, profissional devidamente treinado e instituição de trauma diferenciada, melhora efetivamente o <i>outcome</i> da vítima.</p>
5	Association of Prehospital Time to In-Hospital Trauma Mortality in a Physician-Staffed Emergency Medicine System; França	Gauss, T., Agerin, F.X., Devaud, M.L., Debaty, G., Travers, S., Garrigue, D., Raux, M., Harrois, A. & Bouzat, P. (2019)	Estudo de coorte (observacional) que utilizou os dados de dois registos regionais multicêntricos de trauma, o <i>TraumaBase</i> e o <i>Trauma System of the Northern French Alps Emergency Network</i> (TRENAU).	N = 15329 (8888 TRENAU e 6441 <i>TraumaBase</i>) n = 10126 (5059 TRENAU e 5067 <i>TraumaBase</i>).	<p>Descrever a associação entre o Tempo Total no Extra-hospitalar (TTE) e a mortalidade intra-hospitalar das vítimas de trauma em dois sistemas de trauma regionais e geograficamente distintos em França.</p> <p>Hipótese: Um TTE mais longo, está associado ao aumento da mortalidade.</p>	<p>O tempo demonstra-se fundamental no <i>outcome</i> do cliente após o trauma, relativamente aos primeiros cuidados que recebe, existindo a doutrina da <i>golden hour</i> do trauma.</p> <p>As equipas que são constituídas por profissionais de saúde podem prestar um cuidado mais avançado à pessoa em situação crítica e realizar intervenções mais invasivas (colocação de via aérea avançada; anestesia; fármacos vasoativos; entre outros).</p> <p>O TTE aumenta conforme o número de intervenções realizadas. O aumento de 30 minutos do TTE foi associado a um significativo e constante aumento do risco de morte no ambiente intra-hospitalar.</p> <p>O resultado principal do estudo é que existe uma associação linear entre o TTE e a mortalidade intra-hospitalar. Parece ser senso comum que o aumento da mortalidade aumenta em conjunto com o aumento do TTE. Contudo, os dados comparativos existentes acerca do TTE e da taxa de mortalidade ainda são reduzidos.</p> <p>Apesar do tempo ser assumido como uma variável independente, demonstra-se dependente de algumas variáveis, tais como: fisiologia; gravidade da lesão; intervenções realizadas no pré-hospitalar.</p>

					<p>Assim, era justificável presumir que o TTE só poderia ser o resultado da complexidade multifatorial, implicando a sua associação linear descrita no resultado do estudo. No entanto, face à complexidade da situação, o tempo permaneceu uma variável independente, corroborando outros estudos realizados, contrapondo outras investigações que sugeriram que uma equipa liderada por profissionais treinados exerce uma influência positiva no <i>outcome</i> do cliente, mesmo que o TTE seja aumentado. A realização de intervenções no extra-hospitalar foi associada à diminuição da mortalidade.</p> <p>O estudo demonstrou uma associação independente da mortalidade intra-hospitalar em todas as causas em trauma com o TTE, numa equipa de extra-hospitalar profissionais treinados, mesmo quando ajustado à complexidade do caso. Assim sendo, está implícito que a gestão do TTE deve tornar-se uma questão de gestão de objetivos.</p>
--	--	--	--	--	---

1.3. Discussão

O serviço de emergência médica extra-hospitalar é um sistema integrado de resposta que intervém desde a identificação da situação de emergência até ao momento do cuidado à vítima e posterior transporte da mesma (Strandås et al., 2024). Ao longo dos anos, houve um escalonamento e um aperfeiçoamento do atendimento ao cliente neste meio, alcançando-se outro nível de cuidados (O'Connor et al., 2021). Contudo, apesar de fundamental na primeira linha de tratamento e do seu impacto no *outcome* do cliente, este continua a receber menos atenção do que o contexto intra-hospitalar (Zhang et al., 2023).

A ativação da equipa é executada mediante alguns critérios, consoante as lesões anatómicas e fisiológicas existentes e conforme o julgamento crítico do profissional que realiza a primeira abordagem da vítima no local. No contexto de trauma, Chen et al. (2020) mencionam que uma equipa médica em contexto extra-hospitalar pode providenciar a ressuscitação e transporte atempados da vítima, sendo crucial para o seu *outcome*.

Hepple et al. (2018) afirmam que a presença de uma equipa de emergência no extra-hospitalar, por meio terrestre e/ou aéreo, tem vindo a permitir a realização de intervenções avançadas à vítima de trauma *major*, contribuindo, assim, para a melhoria do *outcome*, no contexto de lesões urgentes. No Japão, Tsuboi et al. (2023) defendem que a presença desta equipa no local da ocorrência permite a realização de procedimentos avançados, como, por exemplo: abordagem da via aérea (via aérea avançada); ecografia; infusão de terapêutica vasoativa; inserção de dreno torácico; colocação de balão endovascular para oclusão da aorta e toracotomia para reanimação.

Apesar dos benefícios inerentes ao cuidado extra-hospitalar, há a ausência de um indicador claro que demonstre a concretização desse benefício e o seu relacionamento com vários fatores como: a criticidade vítima; o julgamento do profissional; o meio de transporte que executa o transporte da vítima até à instituição de saúde recetora dos cuidados; a complexidade e a variabilidade das situações de trauma que dificultam a padronização dos resultados (Hepple et al., 2018).

No Reino Unido, Hepple et al. (2018) desenvolveram um estudo com o intuito de avaliar o impacto do cuidado extra-hospitalar por uma equipa de emergência *versus* a taxa de sobrevivência prevista e, na sua análise, notou-se que as vítimas que receberam estes cuidados, maioritariamente, foram jovens do sexo masculino, vítimas de trauma de alta energia e com um *Injury Severity Score* mais elevado. Esta observação vai ao encontro da

prática de priorização das vítimas mais críticas para realização de intervenções mais avançadas, de forma precoce.

Além disto, identificaram diferenças significativas nas características das vítimas que receberam cuidados no contexto extra-hospitalar por equipas de emergência *versus* aquelas que não receberam, mas não salientaram uma diferença significativa na melhoria da sobrevivência.

Zhang et al. (2023) estudaram a vulnerabilidade da vítima no contexto extra-hospitalar, mencionando que esta diz respeito à suscetibilidade dos indivíduos aos danos físicos e emocionais, fazendo com que estes se tornem indefesos e expostos a novas ameaças, sendo a vulnerabilidade acentuada, neste contexto, quando comparado com o ambiente intra-hospitalar. Por tal, definiram alguns determinantes psicossociais e ambientais, tais como: idade; sexo; gravidade da condição; *status* socioeconómico; comorbilidades e estado de consciência. Estes fatores não só afetam o *outcome* imediato como também a estabilização a longo prazo, interferindo na qualidade de vida e nos custos em saúde.

É possível inferir-se que, de forma a melhorar a gestão e a resposta em situações de emergência, reduzindo os atrasos no atendimento e, conseqüentemente, a mortalidade, será necessário que os profissionais compreendam os fatores supramencionados.

Fazendo referência à redução dos atrasos no atendimento da vítima, em França, Gauss et al. (2019) procuraram descrever a associação entre o Tempo Total no Extra-hospitalar (TTE) associado à intervenção da equipa de emergência e a mortalidade intra-hospitalar nas vítimas de trauma, encontrando uma associação significativa entre o aumento do TTE e a mortalidade intra-hospitalar da vítima. Relatam que, a cada aumento de 30 minutos no TTE, houve um aumento correspondente no risco de morte da vítima.

Esta associação sugere-nos que, embora intervenções avançadas possam ser realizadas no local da ocorrência, a eficiência do tempo continua a ser um fator crítico e que atrasos no atendimento da vítima podem influenciar negativamente o *outcome* da mesma, aumentando a sua mortalidade. Chen et al. (2020) referem que um aumento no tempo de cuidado extra-hospitalar, em contexto de trauma, não foi associado ao aumento do risco de mortalidade num prazo de 30 dias, mas pode ser associado ao mau *outcome* funcional da vítima.

Contudo, deduz-se que a relação entre o TTE e a mortalidade é multifatorial, envolvendo a gravidade das lesões, a fisiologia da vítima e as intervenções necessárias a

realizar. Ainda assim, no Japão, Tsuboi et al. (2023) relatam uma associação positiva entre a existência de uma equipa de emergência de atendimento extra-hospitalar e a diminuição da mortalidade intra-hospitalar das vítimas recetoras de cuidados.

Um outro fator a ter em consideração é a experiência dos profissionais. Esta revela ser de grande importância no *outcome* da vítima. Os estudos apontam que profissionais com prática em contexto de emergência/urgência demonstram maior capacidade de proceder a uma avaliação rápida, definindo a gravidade das lesões com conseqüente definição de prioridades e implementação de estratégias de tratamento eficazes no local da ocorrência e posterior transporte da vítima (Tsuboi et al., 2023).

A presença destes profissionais treinados também se diferencia pela qualidade da informação transmitida às instituições recetoras das vítimas. Salienta-se a importância desta comunicação eficiente com os centros de trauma/hospitais recetores, uma vez que irá contribuir para a preparação adequada dos profissionais e da SE/local recetor da vítima, melhorando e aumentando a possibilidade de sobrevivência da mesma, influenciando positivamente o seu *outcome* (Tsuboi et al., 2023).

A falha de comunicação entre os profissionais no cuidado extra-hospitalar está associada à maior vulnerabilidade do cliente (Pereira et al., 2022). Assim, em Portugal, de forma a assegurar uma comunicação eficaz aquando da transição dos cuidados, não só no contexto extra-hospitalar, mas também no intra-hospitalar, foi desenvolvida uma norma diretiva que visa uniformizar a transmissão de informação, através da utilização da técnica ISBAR (Identificação; Situação atual/Causa; Antecedentes/Anamnese; Avaliação; Recomendações), sendo esta ferramenta recomendada por diversas organizações de saúde pela sua fácil memorização e pela possibilidade de aplicação nos diferentes contextos (DGS, 2017).

Não descurando o referido até ao momento, importa evidenciar que o cuidado extra-hospitalar é potencialmente perigoso para a vítima e equipa prestadora de cuidados, possibilitando a vivência de diversos eventos adversos e inerente a todos estes aspetos abordados. Deste modo, o profissional deve preocupar-se, em primeiro lugar, com a segurança. Souza et al. (2016) corroboram esta afirmação referindo que os profissionais prestadores de cuidados no extra-hospitalar estão potencialmente expostos a diversos riscos e, de forma a prevenir a ocorrência de acidentes, devem ser informados e treinados. Referem, ainda, que estes riscos ocupacionais podem ser multifatoriais (químicos, físicos, biológicos, psicossociais, mecânicos, entre outros).

A falta de segurança nos cuidados conduz a um aumento da morbidade (Castro et al., 2018) e, devido à escassa evidência referente à segurança do cuidado extra-hospitalar, O'Connor et al. (2021) procuraram entender de que forma é monitorizada a segurança do cliente no contexto extra-hospitalar, desenvolvendo o Modelo de Maturidade da Segurança que permite a avaliação e compreensão abrangente da segurança. A segurança do cliente é um desafio complexo face à diversidade de contextos e à necessidade de resposta rápida e eficaz. Assim, torna-se imperativo que o profissional identifique áreas de risco e atue de forma a colmatá-las, garantindo práticas de segurança e de qualidade.

Castro et al. (2018) desenvolveram um estudo com o intuito de propor passos para a segurança do cliente no cuidado extra-hospitalar a partir da análise dos riscos identificados e da perspectiva dos enfermeiros. Neste estudo, relatam que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados está interligada com a cultura de segurança do cliente, mostrando-se necessária a formação e a capacitação dos profissionais para uma atuação segura, por exemplo, através da implementação de: protocolos padronizados, uniformizando o cuidado; um acondicionamento padronizado do material, melhorando a atuação da equipa; diretrizes para a segurança e qualidade dos cuidados.

1.4. Conclusão

A intervenção da equipa de emergência em contexto extra-hospitalar tem apresentado resultados variados no *outcome* do cliente admitido em SE e/ou cuidados intensivos. Os estudos analisados indicam que a presença de uma equipa profissional multidisciplinar, devidamente treinada e capacitada, pode, em muitos casos, melhorar o *outcome* do cliente, em especial nas situações de trauma *major* através da realização de intervenções avançadas como manutenção da via aérea e realização de procedimentos invasivos que têm permitido a estabilização hemodinâmica desta vítima, contribuindo para a redução da mortalidade intra-hospitalar, como observado por Tsuboi et al. (2023) no Japão.

Por outro lado, existem fatores que influenciam negativamente o *outcome* do cliente, sendo aqui evidenciado o tempo total de atuação no contexto extra-hospitalar. Salienta-se que Gauss et al. (2019) encontraram uma correlação positiva entre o atraso no atendimento e maior mortalidade no contexto intra-hospitalar. Este dado reflete a importância da eficiência temporal nas intervenções executadas no contexto extra-hospitalar.

Outro aspeto fundamental é a formação e a experiência dos profissionais que integram as equipas prestadoras de cuidados no contexto extra-hospitalar. Estas irão influenciar a avaliação do cliente relativamente à sua precisão e rapidez, relacionando-se diretamente com a qualidade e a segurança do cliente, bem como com o *outcome* do cliente. Também a comunicação eficiente é essencial para a preparação adequada das equipas, contribuindo para a melhor gestão da abordagem ao cliente em SE e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade intra-hospitalar.

Contudo, face à complexidade das situações e os diversos fatores envolvidos no cuidado extra-hospitalar, apesar dos benefícios da intervenção neste âmbito, ainda não há um consenso claro acerca da relação entre esta intervenção e a melhoria significativa da sobrevivência das vítimas.

Assim, atendendo à evidência consultada e aos diferentes resultados mencionados nos estudos selecionados, para maximizar o benefício da intervenção da equipa de emergência no extra-hospitalar, é imperativo que, de forma contínua, exista uma melhoria da formação e do treino dos profissionais, das infraestruturas recetoras das vítimas e, essencialmente, da gestão do tempo aquando da abordagem e tratamento à vítima no contexto extra-hospitalar.

Como limitação na presente revisão, destaca-se a escassez de evidência direcionada à atuação do EE em contexto extra-hospitalar. Outra das limitações foi a elevada evidência direcionada ao contexto pandémico e/ou específica de uma patologia em concreto, sendo excluída toda esta informação para análise.

Salienta-se a importância de continuar a investigar esta temática de forma a evidenciar o impacto da intervenção da equipa de emergência no cuidado à PSC e o seu *outcome*.

2. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Os estágios são percebidos como momentos de análise e intervenção em contexto real. Estes momentos práticos têm como intuito o desenvolvimento de competências e habilidades num ambiente de carácter formativo e onde é esperado que o estudante cultive atitudes e processos de autorregulação, integrando, mobilizando e estimulando os conhecimentos adquiridos (Alarcão & Rua, 2005). As vivências dos estudantes de enfermagem ao longo destes períodos práticos são reconhecidas como fundamentais na sua formação, sendo este o local onde têm a oportunidade de observar outros profissionais e transpor os seus conhecimentos teóricos para a prática clínica. (Aviz et al., 2022). O processo de supervisão, existente nos estágios, é alicerçado numa relação entre o supervisor e o aluno, sendo que a qualidade dessa relação interfere no sucesso do processo de desenvolvimento e consolidação de competências (Esteves et al., 2019).

Ao longo do presente curso de mestrado, foi possível desenvolver diversos estágios, o que permitiu a aquisição e a consolidação de competências comuns e específicas na área de especialização, pretendidas neste grau académico. Assim, inseridos no plano de estudo, decorreram as seguintes Unidades Curriculares de componente prática (UC): Ensino Clínico I, desenvolvido no SUP, transpondo-se em 257 Horas (H) totais, sendo que 154 H correspondem à prática clínica, 87 H para trabalho individual e 16 H para Orientação Tutorial (OT); Ensino Clínico II: desenvolvido na UCIP, transpondo-se em 149 H totais, sendo que 88 H correspondem à prática clínica, 51 H para trabalho individual e 10 H para OT; Estágio com relatório que contempla dois módulos, o primeiro a ser realizado na UCIP, transpondo-se em 108 H totais, sendo que 71 H correspondem à prática clínica, 37 H para trabalho individual, e o segundo de opção clínica que se transpõe em 486 H totais, sendo que 321 H correspondem à prática clínica, 165 H para trabalho individual; neste caso, em específico, foi desenvolvido em contexto extra-hospitalar em meio terrestre e aéreo e num SUP.

No estágio de opção, o meu foco principal de atenção foi o cuidar da pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar até à sua admissão na sala de emergência. Uma temática de interesse pessoal e como enfermeira a desempenhar funções em contexto de urgência/emergência intra-hospitalar, tive o intuito de desenvolver competências na

prestação de cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, perspetivando no futuro desenvolver o meu exercício profissional neste domínio tão peculiar.

De forma a melhor contextualizar os locais onde foram desenvolvidos os estágios incluídos neste curso de mestrado, opta-se por realizar, de seguida, uma breve descrição de cada um deles.

2.1. Serviço de Urgência Polivalente – Região Autónoma da Madeira

O SUP, de acordo com o Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto, artigo 5º, distingue-se por ter um “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p. 2), devendo englobar diversas valências, tais como as especialidades de: neurocirurgia; imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética; patologia clínica com toxicologia; cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia; pneumologia com endoscopia; gastrenterologia com endoscopia; cirurgia cardiorácica; cirurgia plástica e reconstrutiva; cirurgia maxilo-facial; cirurgia vascular e medicina intensiva.

O SUP onde foi concretizado o estágio tem como missão prestar cuidados de urgência e emergência ao adulto (o SUP pediátrico é assegurado por outra equipa médica/enfermagem), neste caso, à população da ilha da Madeira e Porto Santo, bem como à população flutuante, que é representada pelos turistas que visitam a ilha via terrestre/marítima. Segundo as Estatísticas da Saúde da RAM – 2021, o número de atendimentos no serviço de urgência, em instituição de natureza “Oficial-Público”, registou os 100 636. De acordo com os dados estatísticos de 2022, face a 2021, a população residente da ilha da Madeira aumentou em 566 indivíduos, contando com um total de 253 259 pessoas, sendo que a população estrangeira (residente) representa 11 793 deste total.

Visualizando a dimensão da infraestrutura necessária para dar resposta às necessidades desta população, passo a mencionar, numa perspetiva de circuito do cliente, as áreas existentes neste serviço: Secretaria; Gabinete de apoio à família; área de acolhimento e triagem (Triagem de Manchester); Sala 0 (SE); Sala de tratamentos (observação inicial de todos os clientes – médico e cirúrgico); Sala de recuperação (clientes da área médica com maior necessidade de vigilância); Sala de cirurgia (clientes da área cirúrgica que necessitam maior vigilância); Sala de pequena cirurgia (execução de tratamentos a feridas e execução de procedimentos mais invasivos); Sala de ortopedia; Sala de cuidados especiais (área de psiquiatria e internamento de curta duração – aquando da

escassez de vagas de internamento); Serviço de observação (local destinado a clientes com instabilidade hemodinâmica e/ou necessidade de esclarecimento da situação clínica).

Ao longo do ensino clínico, realizei a maioria dos turnos no Serviço de observação e Sala 0 de forma a ter contacto constante com a PSC e a potenciar o desenvolvimento de habilidades e competências no cuidado a prestar à mesma.

A equipa de enfermagem é constituída por mais de 100 elementos, sendo colocado em prática um método de trabalho individual. Salienta-se, ainda, que muitos destes elementos são enfermeiros especialistas, nas diversas áreas, respetivamente: vinte em enfermagem médico cirúrgica; dez em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; quatro em saúde comunitária e um em enfermagem de reabilitação. Denota-se que muitos outros elementos da equipa são detentores de formação pós-graduada, direccionada ao cuidar da pessoa em situação crítica, não tendo sido possível contabilizar o total destes elementos.

É notável o impacto do cuidar especializado, atendendo aos diversos focos de atenção no plano de cuidados instituído, personalizado de acordo com as necessidades de cada cliente. Também foi possível observar que o EE emerge na equipa como um elemento de referência aos colegas mais novos para esclarecimento de dúvidas e/ou execução de procedimentos mais complexos. Concluí que o SUP onde foi realizado o estágio reuniu todas as condições para a prestação de cuidados à PSC e, também, para a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas na área de especialização.

2.2. Serviço de Urgência Polivalente – Região Norte de Portugal Continental

O SUP de Portugal Continental onde foi desenvolvido o estágio tem como missão o atendimento e a prestação de cuidados ao cliente adulto com patologia aguda, vocacionado para situações de urgência/emergência, do foro médico/cirúrgico e traumático de forma atempada e adequada. Em acréscimo, todos os clientes adultos que necessitem de cuidados de urgência/emergência das especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia, obstetrícia e ginecologia, executam a triagem e são encaminhados às áreas específicas das especialidades referidas.

Recentemente, também foi realizada a individualização do SUP pediátrico, possuindo este um espaço e equipa própria. No decorrer do estágio, foi possível verificar que existe uma elevada afluência ao serviço, sendo encaminhados inúmeros clientes de outras instituições de saúde para continuidade de cuidados.

Tendo em mente a dimensão da infraestrutura e organização da mesma, passo a descrever, também numa perspetiva do circuito do cliente no interior do serviço: área de admissão do cliente; gabinete de apoio ao acompanhante; Triage (3 postos); área de psiquiatria; área de pequena cirurgia, cirurgia, ortopedia e trauma; área médica um (prioridade muito urgente); área médico dois (zona de transição, enquanto cliente aguardam vaga ou ida para bloco operatório de urgência); área médica três (prioridade urgente e pouco urgente); SE (5 vagas).

A equipa de enfermagem conta com mais de 100 elementos e por turno, compõe-se de 22 elementos no período diurno e 19 no período noturno, de forma a assegurar o funcionamento de todas as áreas supracitadas. Colocam em prática o método de trabalho individual, exceto na SE, onde é praticado o método de trabalho em equipa. Em cada turno, existe um enfermeiro responsável, sendo este reconhecido pelas suas capacidades de gestão do serviço, podendo ou não ser um EE, e não assume nenhum posto na prestação direta de cuidados, ficando responsável por gerir os recursos humanos e materiais, bem como pela tomada de decisão face às situações com que a equipa se depara ao longo do turno. Além disto, na SE, apenas desempenham funções enfermeiros que trabalhem no SUP há mais de dois anos, após período de integração e devida avaliação.

Pela elevada afluência a este SUP, estão em vigor três projetos com o intuito de melhorar o atendimento ao cliente e o envolvimento da família e/ou pessoa significativa. Deste modo, inicialmente, aquando da triagem do cliente, se vem encaminhado de outra unidade de saúde e/ou apresenta sintomatologia grave, são atribuídas pulseiras listradas dentro da prioridade atribuída, justificando uma maior prioridade de observação. Além disso, os outros dois projetos visam o acompanhamento do cliente pela pessoa significativa, caso o mesmo deseje, permitindo a presença permanente e, se não for possível, esta pessoa receberá informação através de mensagem a informar, em tempo real, da evolução do cliente.

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Região Autónoma dos Açores

A Direção de Serviços de Planeamento do Ministério da Saúde, em 2003, citada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Parecer n.º 15/2018, define as UCIP como “locais, qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de

órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (2018, p.1). Denota-se que estes locais revelam ser de grande importância para o cuidado à PSC.

Nestas unidades, são definidos três níveis de cuidados conforme as técnicas realizadas e as valências disponíveis, de acordo com o documento de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos (2013), de um nível mais básico até ao mais complexo: a mais básica de Nível I – geralmente requer uma monitorização não invasiva da PSC; assegura manobras de reanimação; possibilita a articulação com uma unidade de nível superior; são conhecidas como unidades de cuidados intermédios; o Nível II – diz respeito a uma unidade com capacidade para monitorização invasiva e suporte de funções vitais; podendo ou não assegurar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas; devendo contar com médico com formação específica em presença permanente e ser capaz de se articular com nível de cuidados superior; a mais complexa, de Nível III –, onde existe acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários à condição da PSC; devendo ser capaz de implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, promovendo programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Esta deve existir em hospitais com SUP, dispondo de equipa médica e de enfermagem com formação especializada em presença física 24H.

A UCIP onde foi realizado o estágio providencia cuidados altamente especializados à PSC. Esta encontra-se situada no quarto piso, junto ao bloco operatório, sendo isto um aspeto positivo aquando do transporte intra-hospitalar da PSC. Em contrapartida, situa-se um piso acima do SUP, dificultando a transferência da PSC após a sua admissão e primeira abordagem em SE.

O seu funcionamento é assegurado por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos especialistas e um total de 32 enfermeiros (três EE em EMC; dois EE em enfermagem de reabilitação; um EE em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; e um EE em enfermagem comunitária). Também apresenta uma equipa própria de assistentes operacionais, recebendo apoio externo a nível farmacêutico, de medicina física e de reabilitação e de nutricionistas.

Ao longo das 24 H, no que diz respeito à prestação de cuidados dos enfermeiros, estes realizam turnos de oito H e meia e, na transição de cada turno, é aplicada a escala de *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use* (NEMS) para avaliar a carga de trabalho e gerir os recursos humanos. O Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, recomenda que sejam adotados rácios enfermeiro/cliente consoante a tipologia de UCI e consoante a

necessidade clínica, conforme recomendado pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. Ainda neste regulamento existe a recomendação de que 50% dos enfermeiros deveriam ser EE em EMC, preferencialmente na área de enfermagem à PSC, assegurando a permanência de um elemento especializado 24 H. Nesta unidade, apesar de não ser possível cumprir com o recomendado, observou-se que os profissionais que lá desempenham funções procuram estar atualizados e participam em diversas formações de temas relevantes para a área, investindo no seu processo formativo contínuo.

Quanto à estrutura, esta UCIP compõe-se de oito camas (dois quartos de isolamento e seis camas dispostas em *open space*). Cada unidade destinada ao cuidado da PSC encontra-se equipada com: cama articulada; equipamento para monitorização contínua (monitores + cabos); bombas e seringas infusoras; ventilador; aspirador e material destinado ao procedimento; insuflador manual com máscara; bomba para alimentação entérica/parentérica; cuffómetro; lanterna para avaliação pupilar; pêndulo com terminal informático para registo no processo clínico do cliente (sistema informático PICIS – aplicação *Critical Care Manager*).

A UCIP demonstrou ser um excelente campo de estágio para adquirir competências na área da especialidade, pois, apesar da sua reduzida dimensão, a afluência e o número de clientes admitidos foi elevado, permitindo o contacto com diversas patologias e necessidades específicas ao longo da prestação de cuidados.

2.4. Serviço de Emergência Médica Regional – Região Autónoma da Madeira

O Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), de acordo com os documentos consultados no estágio, “é um organismo na dependência direta do Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC, IPRAM)” (p. 2), tendo como encargo a operacionalização das atividades de emergência médica na região em que se insere, seguindo o plano estratégico definido. Neste integra-se a Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR) e a Equipa do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STATCIC).

A EMIR constitui-se por uma equipa multidisciplinar (médico e EE), ao longo das 24H, diferenciada na abordagem à PSC acometida de patologia súbito grave/emergente com o intuito de estabilizar a vítima e proceder, se necessário, ao transporte até à instituição prestadora de cuidados.

Existe um veículo destinado ao transporte da equipa até ao local, e é da responsabilidade do EE, todos os turnos, verificar a operacionalidade (condições do carro) e constituição do mesmo (monitor; bomba perfusora; malas de apoio e constituintes; ventilador mecânico não invasivo e invasivo; *kit* de catástrofe; *kit* de queimados, entre outros). Para apoio à verificação das malas e para respetiva reposição, existe um “armazém” onde se encontram todos os materiais e terapêutica necessária, para gestão destes recursos. Aquando da reposição, o enfermeiro deverá notificar o término de medicamentos e/ou terapêutica para respetiva reposição. Além deste, existe, ainda, uma área de “sujos”, destinada à lavagem e desinfeção de materiais, como é o caso das lâminas do laringoscópio.

De salientar que o serviço detém *site* próprio, no qual existem formulários para registo de ocorrências de turno/verificação da viatura/entre outros; escalas de serviço; documentos relativos às vias verdes ativadas no contexto extra-hospitalar; procedimentos em vigor no serviço. E, para verificação da qualidade, existem *check-lists* destinadas às auditorias internas, realizadas pelo EE. O STAT-CIC constitui-se por uma equipa de enfermeiros diferenciados que, durante a sua prestação, procede ao atendimento de chamadas de emergência, realizando a triagem dos clientes, o aconselhamento e o seguimento das situações à distância (que não exigem acionamento de outros meios do Sistema Integrado de Emergência Médica). Ao longo das 24 H, dois enfermeiros asseguram o atendimento de chamadas de emergência e respetiva triagem.

O SEMER, para além de todas estas atividades, tem ainda o encargo de participar na formação de agentes de socorro e em ações de instrução à população em geral, aumentando a literacia em saúde, direcionada à sua intervenção.

2.5. Unidade de Evacuações Aeromédicas – Região Autónoma dos Açores

A Unidade de Evacuações Aeromédicas assegura o transporte e o acompanhamento de clientes em situação de urgência e emergência, por via aérea de uma instituição de saúde para outras, quer seja para um dos arquipélagos (RAA ou RAM), quer seja para Portugal Continental, assegurando a qualidade, a eficiência e a segurança dos cuidados.

A equipa multidisciplinar compõe-se por médico e enfermeiro (sendo que apenas dois elementos não são especialistas, mas contam com uma vasta experiência em emergência extra-hospitalar e desempenham funções na área da PSC), sendo esta dividida em dois grupos: o grupo A, equipas que realizam transferências entre as ilhas e mais

direcionadas ao cuidado no adulto; e o grupo B, equipa que, além das transferências entre ilhas, realizam as transferências para a região de Portugal continental com a particularidade de estarem responsáveis pelo transporte de grávidas, crianças e recém-nascidos. Nesta última, a equipa é formada por um médico e dois enfermeiros, em que um é especialista em EMC, e outro é especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Existe uma sala destinada à equipa, e nesta são acondicionados os materiais necessários para os transportes. Esta equipa tem a responsabilidade de verificar a composição das malas e a operacionalidade dos dispositivos antes do transporte da PSC. Após uma evacuação, deve deixar sempre o carro de material preparado que conta com: mala de abordagem avançada/via aérea avançada/Equipamento de Proteção Individual (EPI); caixa do ventilador e aspirador; quatro garrafas de oxigénio; lona de transporte de doentes; monitor desfibrilhador; bomba e seringas perfusoras. Consoante a situação do cliente que é transportado e se há previsão de necessidade de realização de ecografia durante o transporte, existe a possibilidade de integrar um ecógrafo portátil para concretização da mesma.

O registo das evacuações é da responsabilidade médica, existindo uma aplicação desenvolvida recentemente. Estão disponíveis dois *tablets* para utilização ao longo dos transportes, sendo que este registo pode ser utilizado para inserir todos os dados relativos ao cliente e o plano delineado para o seu cuidado. Após a identificação do cliente, existe registo do seu estado geral seguindo uma abordagem ABCDE (A – Via aérea com controlo da coluna cervical; B – Ventilação; C – Circulação; D – Disfunção neurológica; E – Exposição com controlo de temperatura). No final, são registados todos os intervenientes na evacuação e a finalização ou não do transporte. Irá, também, ser desenvolvida uma aplicação onde a equipa de enfermagem possa formular o plano de cuidados para o cliente e registar se houve ocorrências ao longo do transporte.

Com vista a trabalho futuro, são registados todos os “tempos” desde o 1º contacto com a equipa de evacuações até à admissão do cliente na instituição de saúde que lhe irá assegurar os cuidados. A equipa perspetiva utilizar estes dados para aplicar indicadores de qualidade e avaliar o trabalho desenvolvido diariamente.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Todos os EE partilham um conjunto de competências transversais a qualquer área de especialidade, de acordo com o Artigo 3.º do Regulamento das Competências Comuns do EE, n.º 140/2019, publicado em *Diário da República*, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, em 2019. Os EE apresentam estas competências “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Estas incluem diversos domínios de competências, os quais são definidos como “uma esfera de ação” que compreende um leque de competências com fio condutor semelhante e um conjunto de componentes associados. Assim, atendendo ao referido, inicia-se a análise global do desenvolvimento de competências comuns ao longo do mestrado, incluindo os quatro domínios de competência (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais).

Assim, no presente capítulo, será realizada uma análise crítico-reflexiva das vivências ao longo do curso de mestrado com especial enfoque nas práticas clínicas, sendo este sustentado pelos documentos reguladores da profissão e evidência científica.

3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No presente domínio de competência, segundo o Regulamento supracitado, é previsto que o EE desenvolva uma prática especializada, atuando de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e obrigações profissionais. Atendendo a isto, afirma-se que o EE deve exercer a sua atividade munido dos documentos reguladores da profissão, respetivamente, o REPE e o Código Deontológico (CD) dos Enfermeiros.

Assim, o Enfermeiro assume, de acordo com o CD, artigo 100.º, dos deveres deontológicos em geral, o dever de obedecer aos princípios deontológicos e às leis que regulam a profissão; protegendo o cliente de quaisquer práticas que contradigam a lei e o bem-estar, ainda, no artigo 102.º, dos valores humanos, o Enfermeiro deve prestar cuidados

sem qualquer tipo de discriminação (etnia; religião, entre outros), salvaguardando os direitos de todos os clientes.

Para além disso, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), no artigo 3.º, da dignidade humana e direitos humanos, refere-se que a dignidade e os direitos humanos devem ser respeitadas no seu pleno, assegurando que o bem-estar e os interesses do cliente devem prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade.

Ao longo de toda a prática clínica enquanto enfermeira e mestranda em EMC, foram executados cuidados alicerçados na ética e na deontologia profissional, na evidência científica atual e de outros documentos norteadores da prática de enfermagem, aprimorando os cuidados prestados à PSC e maximizando os ganhos em saúde.

Na sua prática profissional, os enfermeiros deparam-se, diariamente, com situações complexas que exigem uma tomada de decisão por parte do profissional e da equipa multidisciplinar envolvida no plano de cuidados. Ao longo dos estágios, foram sempre tomados em consideração os princípios bioéticos (autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça) aquando da tomada de decisão. Santos & Magri (2024) referem que o enfermeiro que, no momento de decisão, tem em consideração os princípios bioéticos, demonstra “um compromisso ético com a integridade, respeito e dignidade” (p. 213), complementando que a interseção destes princípios, ao longo da prática, é fundamental para uma abordagem humanizada e holística.

Uma das situações que fizeram emergir uma reflexão crítica acerca destes princípios, de forma mais específica, teve lugar no estágio em contexto de urgência polivalente quando uma cliente, que aguardava observação médica, apresentou uma Alteração do Estado de Consciência (AEC), havendo a necessidade de ativação da equipa alocada à SE para abordagem à cliente. Explanando brevemente a situação, tratava-se de uma cliente encaminhada ao SUP por história de convulsões, acompanhada por um filho que alertou a equipa, afirmando que a mãe “parecia não estar a respirar e não respondia”.

Posto isto, foi admitida na SE, e efetuada a abordagem inicial: apresentava um *Score* de 3 na Escala de Coma de *Glasgow* (O1V1M1); respiração ineficaz e não era palpável pulso. Foram iniciadas manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e realizámos a avaliação da cliente segundo a abordagem ABCDE:

A – Via aérea foi assegurada inicialmente com tubo de guedel e, posteriormente, houve necessidade de Intubação Orotraqueal (IOT);

B – Iniciada ventilação por máscara insuflador com oxigênio em alta concentração e, após a IOT, foi mantida ventilação por insuflador manual; obtendo-se avaliações de saturações de oxigênio > 90%.

C – Foi realizada monitorização cardiorrespiratória, à avaliação dos sinais vitais: ritmo cardíaco compatível com assistolia; sem perfil tensional mensurável; em hipotermia, sendo promovido aquecimento. Foi puncionado acesso venoso periférico e iniciadas manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV), com Retorno de Circulação Espontânea (ROSC), após 3 ciclos.

D – *Glasgow* 3 (O1V2M3). Pupilas mióticas à chegada. Normoglicêmica.

Durante toda esta abordagem, foi efetuado um breve contacto com o familiar que informou que a cliente já seria totalmente dependente e, quando houve consulta do processo clínico pelo médico da UCIP, percebeu-se que, devido a todas as comorbilidades da cliente, esta não teria indicação para manobras invasivas, mas também a decisão de não reanimar não constava do processo clínico.

Aquando da obtenção da informação supracitada, surge a questão: “Será que era isto que a pessoa desejava? Será que vai ter qualidade de vida?”. Neste caso, não tínhamos conhecimento acerca do que o cliente desejava, e o familiar que poderia ceder mais informação já não se encontrava no hospital.

Sabendo que a abordagem inicial “life-saving” estava assegurada pela equipa que teria iniciado o SBV, antes de iniciar uma Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e todas as outras medidas instituídas, considerou-se que deveria ter sido consultado o processo clínico de forma célere e, ainda, novas tentativas de contacto com o familiar para esclarecimento da situação e, após estas medidas, reorganizar a intervenção ao cliente que se encontrava na SE.

Perante esta situação, emerge uma reflexão acerca dos princípios da bioética. Rosa et al. (2016, p. 20) mencionam que é indispensável que os profissionais realizem uma gestão rigorosa dos recursos existentes, tendo em conta o princípio da justiça, salientando que o excesso terapêutico pode pôr em causa a dignidade da pessoa e até ser desumano, levando à violação do princípio da não-maleficência. Nesta situação, foi priorizada a vida, sendo colocado em prática o princípio da beneficência, sobrepondo-se ao da não-maleficência, sendo o cliente incapaz de dar a conhecer a sua decisão ou consentir no que foi realizado. Ao experienciar esta situação, foi possível aprimorar as capacidades de análise de situações

complexas, melhorando a compreensão dos princípios bioéticos e fortalecendo uma prática ética.

Outro fator desafiante e transversal aos contextos de estágio foi garantir a privacidade e respeitar a intimidade dos clientes aquando da prestação de cuidados e da sua permanência na instituição. Em algumas das realidades, a prestação de cuidados (abordagem inicial; realização de colheitas; administração de terapêutica; entre outros) ocorria numa sala comum, como se fosse um *open space*, sendo que todos os clientes presenciavam a realização destas intervenções. Ao refletir acerca disto, em contraste com a realidade onde desempenho funções, existe uma sala de atendimento de enfermagem que permite a prestação de cuidados individualizada ao cliente.

Ao interagir com a equipa e ao realizar um *debriefing* acerca de possíveis afeções e estratégias para melhoria deste problema, foi perceptível que os profissionais reorganizam a sua prestação de cuidados face às limitações com que se deparam; muitas vezes, recorrem a salas e/ou espaços físicos que se encontrem livres para a prestação de cuidados. Ao longo dos estágios, procurei proporcionar ao cliente privacidade durante a realização de procedimentos, recorrendo a salas que estivessem desocupadas; utilizando cortinas e biombos; e mostrando disponibilidade para receber e compreender a informação que o cliente transmitia verbalmente, respeitando a sua intimidade acerca das suas partilhas.

No contexto extra-hospitalar, foi perceptível o desafio constante que a equipa multidisciplinar enfrenta, não só pelo cenário com que se depara, mas também pelos intervenientes presentes (muitas vezes presenciam a ocorrência ou são os que chamam por socorro) sem relação com a vítima, sendo necessário pedir aos mesmos que se afastem de forma a salvaguardar a privacidade do cliente ao longo da prestação de cuidados. Apesar de muitas vezes não ser possível a utilização de barreiras físicas, optou-se, muitas vezes, por transportar a PSC para o interior da ambulância e aí terminar a avaliação global da mesma antes do transporte para o hospital.

Quanto à cedência de informação, quando possível, atendendo ao quadro clínico do cliente, questionei-o a fim de perceber a que familiar ou pessoa significativa este desejaria ou não que fosse transmitida a informação acerca do seu estado, neste caso, relativamente aos cuidados de enfermagem. Também no CD, Artigo 84º, encontra-se explanado o “Dever de Informar” que é detido pelo enfermeiro. Ao haver esta partilha e interação, muitas vezes era possível entender a dinâmica familiar e identificar a necessidade de apoio social ou não, fazendo esforços nesse sentido e abordando os familiares aquando

da visita. Quando o cliente não conseguia verbalizar, atendia-se aos princípios da bioética para sustentar a tomada de decisão.

Numa perspetiva global, ao longo do mestrado e em especial no decorrer dos estágios, pude desenvolver uma prática em consonância com o referido nos documentos reguladores da profissão, perspetivando, de forma holística, a PSC e a sua família/pessoa significativa, respeitando os seus direitos, procurando sempre salvaguardar a sua privacidade, intimidade e qualidade dos cuidados prestados.

3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No presente domínio de competência, de acordo com o Regulamento mencionado anteriormente, é previsto que o EE assegure um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da direção clínica, dando apoio às mesmas e demonstrando uma prática de qualidade, gerindo e cooperando em planos de melhoria contínua, assegurando um ambiente terapêutico.

Também segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE deve cooperar na criação e operacionalização de projetos institucionais direcionados à qualidade, suportando a sua partilha, garantido a sua assimilação em todas as etapas práticas. Assim, deverá perceber que a melhoria da qualidade dos cuidados requer uma avaliação de forma contínua de modo a identificar os resultados obtidos e a reconhecer necessidades de melhoria nos projetos desenvolvidos. Além disso, também deve gerir o ambiente em prol do cliente, assegurando a efetividade terapêutica e prevenindo ocorrências.

Com a criação da OE, o Conselho de Enfermagem, em dezembro de 2001, desenvolveu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o intuito de certificar a melhoria contínua dos cuidados ao cliente, evidenciando que, para que tal seja exequível, também as instituições devem providenciar as estruturas e os recursos materiais/humanos necessários. A qualidade em saúde é definida pelo Despacho n.º 5613/2015, de maio de 2015, como uma “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” (p. 13551) do cliente.

As intervenções de enfermagem, de acordo com o REPE, artigo 9.º, podem ser divididas em autónomas, aquelas que são realizadas “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações” (p. 4) e, interdependentes,

aquelas que são “realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares” (p. 4). O Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Parecer Conjunto n.º 01/2017, menciona que o EE deve manter o desenvolvimento das suas intervenções em todas as circunstâncias, mantendo um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão e garanta ao cliente segurança nos cuidados.

No âmbito da melhoria contínua a nível da segurança do cliente, de forma a dar continuidade ao Plano lançado anteriormente, em 2021, foi publicado em *Diário da República*, Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021-2026, que tem como objetivo: fortalecer e fomentar a segurança na prestação de cuidados em todo o sistema de saúde, sem descurar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e o desenvolvimento contínuo de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos ou evoluídos.

Também recomenda o alcance de nove objetivos estratégicos, entre os quais passo a referir: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, a segurança da comunicação/cirúrgica/na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes/prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir a ocorrência de quedas/Úlceras por Pressão (UPP); prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antibióticos.

A identificação do cliente inicia-se desde o pré-hospitalar, e a sua importância é enaltecida pela Comissão de Segurança do Doente que frisa que qualquer elemento interveniente na prestação de cuidados ao doente deve identificar de forma inequívoca todos os recetores de cuidados e, ainda, aquando da transferência do cliente para outra instituição, este deve ser identificado com: nome completo e data de nascimento; em caso de alteração de estado de consciência e de não haver conhecimento acerca do cliente, deverá ser identificado como desconhecido, sendo mencionados o sexo e idade, aparentes (SNS – INEM, 2023).

A partir de 2004, a OMS deu maior enfoque a nível da segurança do cliente, aquando do lançamento da “*World Alliance for Patient Safety*” e, desde aí, o objetivo tem sido aperfeiçoar a segurança nos cuidados de saúde, centrados na pessoa, sendo que esta entidade classifica a identificação do cliente como a primeira meta internacional de

segurança, devendo os hospitais promover e desenvolver estratégias para a sua implementação (WHO, 2018).

Ao longo dos estágios em contexto de urgência, pude colaborar com o EE no posto de triagem de *Manchester* e, ao desenvolver funções neste posto, verifiquei que alguns serviços de urgência ainda não utilizam as pulseiras que contenham todos os elementos identificadores do cliente. Quando questionados os profissionais da instituição e, após alguma pesquisa, foi perceptível que serão implementadas futuramente pulseiras eletrônicas com sistema de alarme para prevenção de fuga dos clientes e codificadas, prevendo-se, assim, a resolução desta inconformidade. Posto isto, também questionei alguns dos profissionais no serviço acerca da existência de pulseiras de identificação do risco (risco de queda; alergias conhecidas; cliente colonizado por microrganismo), tomando conhecimento de que estas não existem no serviço. Seria pertinente a adoção de medidas sinalizadoras como forma de potenciar a prevenção e o controlo de infeção em meio hospitalar.

Por outro lado, num contexto de urgência diferente e em que as pulseiras vão ao encontro das utilizadas no meu serviço atual, verifiquei a aplicação de pulseira de cor (consoante a prioridade) com a correta identificação do cliente e, em adição, também a aplicação de pulseira listrada de branco para clientes que vinham encaminhados de outras instituições de saúde, havendo um *fast track* destes cliente e, também, dos clientes sinalizados como VV.

Quanto à segurança na informação, relativa à transmissão da informação, em todos os contextos de estágio, pude observar e colocar em prática a transmissão de informação de acordo com a Norma 001/2017, emanada pela Direção Geral da Saúde, intitulada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” que recomenda a utilização de condutas padronizadas para assegurar falhas de informação e aumentar a segurança do cliente, expondo a metodologia ISBAR como um método a seguir para transmissão de informação aquando das transferências dos clientes. Em contexto de cuidados intensivos, apesar da utilização desta metodologia na transferência de clientes, na passagem de turno, a transmissão de informação era realizada através da ordem de parâmetros avaliados numa perspetiva céfalo-caudal, tendo adaptado nesta altura a transmissão de informação na unidade.

No que diz respeito à segurança cirúrgica, foi possível realizar sempre a verificação pré-cirúrgica do cliente, assegurando critérios como: confirmação do cliente (pulseira de identificação; local cirúrgico; procedimento previsto; consentimento assinado

e datado); avaliação do estado geral do cliente (nível de consciência; mobilidade; aspeto da pele; manifestação de preocupação); jejum; marcação do local cirúrgico; preparações realizadas (banho; higiene oral; preparação intestinal; meias de contenção; próteses amovíveis e adereços retirados); confirmação de pedido de hemoderivados para o bloco; confirmação de consulta de anestesia; registo de alergias conhecidas/terapêuticas administradas/parâmetros vitais à saída do serviço; Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) realizados; reserva em unidade de cuidados intermédios ou UCIP, se aplicável; registo de micção (prévia) à ida ao bloco operatório; existência de trações, entre outros, se aplicáveis. Com estas intervenções, uniformizadas e do conhecimento de todos os profissionais, foi possível contribuir para a maximização da segurança nos cuidados, indo ao encontro dos objetivos perspetivados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, com o intuito de reduzir os incidentes cirúrgicos.

Contudo, em situações de emergência com necessidade de intervenção cirúrgica imediata, era realizada a preparação do cliente na SE, seguindo os cuidados supracitados de forma célere e, muitas vezes, o consentimento era assinado pelo médico, recorrendo ao princípio da beneficência. Quando o cliente se encontrava inconsciente, recorreu-se à família e/ou pessoa significativa para identificação correta do mesmo e, ainda, para o consentimento das intervenções realizadas, informando o benefício da sua execução.

Relativamente à prevenção de quedas e desenvolvimento de UPP, também foi possível, em contexto intra-hospitalar, efetuar a aplicação de escalas de avaliação de risco, fazendo registo destes *scores* em local específico para alvo de auditoria posterior. Quanto à avaliação e prevenção do risco de queda, foi aplicada a escala de *Morse*, ao longo dos estágios. Em conjunto com o EE, colaborei na avaliação do risco de queda e apliquei medidas para redução da incidência das mesmas, tais como: manter o ambiente livre de obstáculos; utilização das barras da cama; ajuste de altura da cama; vigilância frequente de doentes agitados e/ou com elevado risco de queda. Quanto à prevenção do desenvolvimento de UPP, também foi possível aplicar em todos os contextos a escala de *Braden*, também com registo próprio do *score* para alvo de auditoria, sendo aplicadas medidas de prevenção ao desenvolvimento de UPP, tais como: alternância de decúbitos de 2/2h e/ou consoante necessidade do cliente; hidratação da região corporal; alívio de pressão nas proeminências ósseas; reforço hídrico; alimentação adequada e enriquecida em proteínas. Além disto, em contexto de UCIP, também houve o cuidado de verificar diariamente o local de fixação do

tubo orotraqueal e devida validação da integridade dos tecidos de forma a prevenir o desenvolvimento de UPP na mucosa oral e/ou no lábio.

Em todos os contextos de estágio, foi notória a preocupação dos EE no cuidado global ao cliente, sendo visível a sua procura constante de informação científica atualizada e formas potenciadoras da qualidade e segurança dos cuidados. Ao longo destas vivências, procurei sempre colocar em práticas medidas preventivas tanto das quedas como do desenvolvimento das UPP. Além disso, procurei também prevenir a infeção cruzada, adotando medidas de higiene, tais como: correta higienização e lavagem das mãos, utilização de equipamento de proteção individual (EPI), tendo atenção ao cliente colonizado e o devido isolamento, quando necessário. Refletindo acerca do período desenvolvido e nas competências comuns do EE, afirmo ter procurado uma prestação de cuidados especializados com qualidade e segurança.

3.3. Domínio da gestão dos cuidados

No presente domínio de competência, de acordo com o Regulamento mencionado anteriormente, é previsto que o EE seja capaz de gerir os cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta e a articulação da equipa. Deve, ainda, demonstrar capacidade para liderar, adaptando e gerindo os recursos humanos face às situações com que se depara, garantindo sempre a qualidade dos cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 101/2015, que diz respeito ao perfil de competências do enfermeiro gestor, é mencionado que este, no exercício da sua atividade, contribui para a gestão e melhoria contínua da prestação dos cuidados de enfermagem, através da aplicação de protocolos de atuação, estimulando os recursos humanos e materiais necessários para assegurar cuidados seguros e de qualidade, avaliando posteriormente esta intervenção.

Nos vários estágios, na impossibilidade de acompanhar o enfermeiro chefe e com o intuito de desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, acompanhei o enfermeiro responsável de turno, sendo este um elemento de referência no serviço e tendo como funções: organização do funcionamento do serviço, no turno em que desempenha funções; gerir os *stocks* de material; organizar e distribuir os recursos humanos pelos postos de trabalho a desempenhar funções, atendendo às competências que cada elemento detém; resolução de conflitos na equipa. Neste contexto, pude colaborar com o enfermeiro responsável e visualizar a divisão dos recursos humanos e de que forma ele a realizava.

Pude, também, colaborar com a gestão dos *stocks* e reposição dos recursos materiais. Além disso, colaborei na verificação da SE, nomeadamente na testagem da operacionalidade dos dispositivos (desfibrilhador/ventilador), da validade e existência da medicação de emergência e, ainda, na verificação das malas de apoio ao transporte intra-hospitalar da PSC.

Através deste acompanhamento, foram desenvolvidas competências neste domínio que possibilitaram um melhor entendimento de como era realizada a gestão dos recursos materiais e humanos, bem como da delegação de tarefas aos elementos consoante as suas competências; melhor perceção da responsabilização pelas tarefas delegadas, por exemplo, de algumas tarefas atribuídas aos auxiliares de saúde; e, ainda, da escuta ativa dos elementos da equipa em prol da resolução de conflitos e efetivação da tomada de decisão, de forma a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados.

Em contexto de UCIP para gestão dos profissionais, é utilizada a escala de NEMS de forma a avaliar a carga de trabalho e gerir os recursos humanos. Ao longo do estágio, acompanhei os enfermeiros responsáveis de turno aquando deste procedimento de forma a desenvolver competências na otimização da equipa e recursos disponíveis face às necessidades apresentadas no serviço. Neste estágio, após a passagem de turno e a atribuição dos clientes, organizei os cuidados que iria prestar a cada cliente atribuído, identificando e gerindo quais as intervenções prioritárias a concretizar. Após esta análise foi possível articular, em conjunto com o médico, EE e os assistentes operacionais, quais os cuidados a ser prestados ao cliente, potenciando uma resposta multi e interdisciplinar.

No contexto de SUP, no que diz respeito à distribuição dos profissionais pelas áreas de trabalho, o enfermeiro responsável de turno é incumbido do mesmo, devendo atender à formação que cada enfermeiro detém aquando da divisão da equipa pelas áreas. Foi notável uma preocupação e consideração pela área de especialidade do EE aquando da realização desta distribuição, por exemplo, a área de psiquiatria tinha um EE em saúde mental e psiquiatria, e as áreas de cuidados especiais, cirurgia e serviço de observação tinham pelo menos um EE em EMC.

Na SE, o Parecer n.º 14/2018, da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, menciona que, atendendo à gravidade do cliente nela admitido, há uma necessidade de resposta imediata de forma a colmatar as necessidades do mesmo e, por isso, a equipa multidisciplinar deve responder com prontidão. Assim, os elementos alocados à SE podem desempenhar funções em outros postos de trabalho, mas,

quando ativados, não podem depender da chegada de outros enfermeiros para dar resposta à PSC em tempo útil. Neste é também mencionado que, o EE em EMC “é aquele que detém o *core* de competências adequado” (p. 2) para colmatar as necessidades da PSC em contexto de emergência/urgência.

O Despacho 10319/2014 de 11 de agosto, artigo 21º, relativo aos Recursos Humanos e Formação, no que diz respeito à formação dos profissionais que constituem a equipa, menciona que os elementos da equipa do SUP devem obrigatoriamente ser todos detentores de SAV, e pelo menos 50% da equipa médica e de enfermagem deve deter formação em SAV em Trauma, Ventilação, Transporte em doentes críticos, Vias Verdes, Comunicação, Gestão de *stress*. Além disso, também os enfermeiros devem deter competências específicas atribuídas ao EE em EMC, enfermagem à PSC. Foi possível constatar que havia essa preocupação aquando da distribuição dos elementos para a prestação de cuidados em SE. Pelo menos dois eram detentores de uma especialidade em enfermagem, preferivelmente, um dos elementos deveria ser especializado em EMC. Ademais, aquando da prestação de cuidados em contexto de SE, foi possível desenvolver competências na gestão dos cuidados, definindo quais os prioritários e perceber melhor a delegação de tarefas entre os elementos, compreendendo o quão importante demonstra ser a divisão prévia de tarefas consoante o posto que o EE assume.

Ainda em contexto de SUP, foi enriquecedor constatar o desenvolvimento de sessões formativas, ministradas pelos elementos de serviço mais experientes e com especialização na área de EMC, com o intuito de aumentar e fomentar o conhecimento contínuo dos elementos mais novos no serviço. Previamente à execução da formação, para seleção dos tópicos a ministrar, era realizada uma avaliação *online* através da plataforma *Google Forms*, identificando as necessidades formativas no serviço e desenvolvendo as sessões adequadas.

O Decreto de Lei n.º 156/2015, artigo 109º da excelência do exercício, alínea e), menciona que o enfermeiro deve procurar a excelência ao longo de todos os cuidados, devendo ser assegurada a qualidade e a continuidade dos cuidados, na sua prática e nas atividades delegadas, sendo ele o agente responsável. Neste sentido, refletindo criticamente acerca do percurso desenvolvido, assume-se que esta competência foi desenvolvida ao longo do curso de mestrado.

3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No presente domínio de competência, de acordo com o Regulamento mencionado anteriormente, é previsto que o EE seja assertivo e promova o autoconhecimento, baseando a sua prática clínica especializada alicerçada na evidência científica atual.

O CD, artigo 88.º, da excelência do exercício, em particular, alínea c, reforça que o enfermeiro tem o dever de manter os seus conhecimentos atualizados, de forma contínua, realizando formação avançada e utilizando de forma adequada as tecnologias com que se depara. Nesta perspetiva, assumindo o curso de licenciatura em enfermagem como o ponto de partida de todo este percurso profissional, considero-me um agente ativo na procura de formações que enriqueçam o conhecimento e potenciem o amadurecimento profissional. Após o curso base, realizei formações nos diversos âmbitos de atuação e, ainda, realizei um curso de pós-graduação focado na abordagem à PSC, como forma de aperfeiçoar o meu conhecimento e atuação enquanto prestadora de cuidados em contexto de emergência/urgência. Contudo, assumindo o EE como um elemento de referência e com competência acrescida no cuidado à PSC, decidi ingressar no presente curso de mestrado em EMC na área de enfermagem à PSC, de forma a potenciar o *core* de competências nesta área.

Mediante a procura contínua da melhoria dos conhecimentos e o enriquecimento teórico-prático ao longo dos estágios, perceciono que melhorei a capacidade de gestão de situações geradores de *stress* e de conflitos. Utilizo como exemplo a atuação em SE, sendo capaz de amenizar alguns conflitos que surgem na equipa através de uma comunicação clara e com tom de voz assertivo e tranquilizador, fomentando o trabalho em equipa de forma harmonizada. Além disso, perspetivo também o desenvolvimento desta competência no meu contexto laboral quando, muitas vezes, os colegas me identificam como um elemento de referência, através do questionamento e do debate de diversas situações diárias, tornando-me um elemento participante e decisivo na tomada de decisão e, pontualmente, no esclarecimento de questões práticas após a vivência de novas realidades em contexto de estágio, como, por exemplo, cuidados à PSC sob VMI e prevenção da pneumonia associada à IOT.

Em relação à vivência em contexto de UCIP, foi possível identificar uma lacuna de conhecimento no cuidado ao cliente sob VMI em todos os contextos, de forma a identificar quais os principais eventos adversos associados à gestão da via aérea desta tipologia de cliente. Em conjunto com uma colega doutoranda, desenvolvi uma *Scoping*

Review, intitulada “Gestão Adequada da Via Aérea da Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica: *Scoping Review*”, cujo objetivo é identificar os cuidados de enfermagem que contribuem para a redução dos eventos adversos, na gestão da via aérea da PSC sob VMI. Posteriormente, foi apresentada, nas Jornadas Académicas da Macaronésia, tendo sido realizada uma comunicação oral e apresentado um póster. Neste momento, o trabalho desenvolvido encontra-se em fase de análise para publicação e perspectiva-se criar um “guia” de cuidados à PSC sob VMI com o intuito de promover um cuidado padronizado de qualidade e segurança, procedendo a formação no serviço.

Durante o curso de mestrado, foi possível ingressar noutras formações, entre as quais *workshops* acerca da abordagem à PSC e de esclarecimento das vias verdes (VV), implementados no contexto de SUP. Posteriormente, realizei o curso de triagem de *Manchester* que me concedeu uma melhoria ao “olhar clínico”, permitindo a avaliação do cliente e respetiva definição de prioridade de acordo com a gravidade da queixa, de forma rápida, eficiente e padronizada. Facultou a otimização e a gestão do atendimento à PSC em contexto de SUP, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Também realizei o curso de SAV pediátrico que proporcionou a aquisição de novos conhecimentos sobre a abordagem à vítima pediátrica, promovendo o desenvolvimento de competências teórico-práticas em emergência pediátrica. O desenvolvimento deste curso foi uma mais-valia para o atendimento em contexto extra-hospitalar, tendo em consideração que não há diferenciação da equipa de intervenção para idade pediátrica/adulta, reforçando, assim, a capacidade de resposta nestas situações.

Atendendo ao processo contínuo de desenvolvimento de conhecimentos e com todas as vivências ao longo do curso de mestrado e do percurso profissional, considero que desenvolvi a presente competência.

4. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Regulamento das Competências Específicas do EE, em enfermagem médico-cirúrgica, n.º429/2018, publicado em *Diário da República*, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, em 2018, faz referência ao conhecimento avançado do EE, referindo que este deve deter um elevado nível de conhecimento, desenvolvendo uma prática sustentada na evidência científica mais recente e, ainda, deve ser um elemento promotor de formação e investigação, objetivando a fomentação e a atualização dos seus conhecimentos para o desenvolvimento de competências na sua área de especialização.

Consegue-se aferir que este profissional deve ser altamente dotado de conhecimento, de forma a revelar-se capaz de mobilizar estes saberes face à diversidade de situações com se depara diariamente, demonstrando, além disso, capacidade de refletir criticamente acerca das suas intervenções e justificando, de forma fundamentada, o seu processo de tomada de decisão.

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

Neste domínio, no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem à PSC, é expectável que, face à criticidade que o cliente apresenta, seja exigido ao EE a mobilização das suas competências especializadas de maneira a dar resposta às necessidades do cliente em tempo útil e de forma holística. Por isso, torna-se imperativo o desenvolvimento deste domínio e das respetivas unidades de competência, de modo a forma a enriquecer a prática clínica desempenhada e assegurar cuidados de segurança e qualidade, em tempo útil.

Assim, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC demonstra-se um desafio para a equipa multidisciplinar, face à gravidade da condição do cliente, à complexidade do seu estado saúde-doença e à necessidade de uma resposta em tempo útil, através do desenvolvimento e da aquisição de competências especializadas. Assim, é expectável que o EE seja um pilar na abordagem à PSC.

Na realização do presente relatório, realiza-se um momento de introspeção acerca de todas as experiências vivenciadas até ao momento, através dos estágios e da melhoria

efetiva na prática diária ao longo da prestação de cuidados. No ambiente de urgência/emergência intra e extra-hospitalar, a afluência, a tipologia de patologia, comorbilidades do cliente e a gravidade associada são imprevisíveis. O EE revela-se um elemento fundamental ao estar envolvido na primeira abordagem à PSC.

No contexto extra-hospitalar, pode experienciar a abordagem à PSC, desde o momento primário de triagem telefónica dos pedidos de socorro até à primeira abordagem às vítimas e devido encaminhamento à instituição de saúde mais adequada para dar resposta às suas necessidades, ou seja, para assegurar a devida continuidade de cuidados. Ao longo do estágio em contexto de emergência extra-hospitalar em meio terrestre, pode observar a atuação da equipa do sistema de triagem e aconselhamento telefónico do centro integrado de comunicações da RAM e, posteriormente, atender algumas chamadas de socorro e realizar a devida triagem em conjunto com o EE, encaminhando o meio de socorro adequado.

O leque de situações experienciadas em contexto extra-hospitalar permitiu a aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC em situações de emergência, potenciando o reconhecimento precoce de possíveis focos de instabilidade e atuação, permitindo a execução de intervenções *life-saving* neste contexto. Posteriormente, serão descritas todas as ocorrências experienciadas no estágio em contexto extra-hospitalar em meio terrestre, mas salientam-se: as situações de PCR, onde pude colaborar com o EE tanto na abordagem inicial da vítima, como também na aplicação dos conhecimentos relativos ao SAV; e, também, as situações de trauma em que pude colaborar com o EE na abordagem à vítima, colocando em prática os saberes adquiridos acerca da mobilização e imobilização das vítimas, considerando-se fundamental os conteúdos teórico-práticos lecionados na UC de Enfermagem à PSC e/ou falência orgânica no contexto extra-hospitalar e a concretização do curso de *International Trauma Life Support*.

No contexto intra-hospitalar, pude, também, em conjunto com o EE, observar e colaborar na sua realização a triagem dos clientes que recorriam ao SUP, aplicando o protocolo de triagem de *Manchester*. Este sistema de triagem demonstra ser de grande importância para realizar uma adequada definição de prioridade no atendimento, consoante a gravidade do estado clínico do cliente, permitindo a gestão do serviço face à elevada afluência. Este sistema consiste numa estratégia de gestão do risco clínico, levando à otimização da segurança do cliente por “mandatar a existência de um circuito de encaminhamento pós-triagem, (...) com benefício para a reestruturação e crescente

organização do serviço de urgência” (Grupo Português de Triagem, 2011, p. 2), sendo esta definição de prioridades de carácter obrigatório, segundo o Despacho n.º 1057/2015, de 11 de agosto, devendo ser aplicada a todos os clientes.

Marques (2014) assume que o enfermeiro triador deve realizar uma avaliação do cliente e, consoante esta, atribuir uma prioridade. Azevedo et al. (2023) mencionam que o EE é um elemento fulcral nesta avaliação inicial do cliente, afirmando que esta irá influenciar todo o processo de cuidados. Para assegurar um atendimento oportuno à PSC, após o momento de triagem, o Grupo Português de Triagem estruturou algumas VV, definindo estas como “circuitos de encaminhamento (...) que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce” (p. 2), sendo possível verificar-se a ativação das mesmas ao longo dos estágios; inclusive, alguns locais apresentavam a norma impressa para consulta rápida no momento de triagem. Antes de o cliente sair do posto de triagem, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de identificar o cliente e sinalizar a sua prioridade por meio da cor da pulseira atribuída. A colaboração no processo de triagem ao longo dos estágios viabilizou a identificação precoce de possíveis focos de instabilidade e respetiva priorização de atuação consoante a gravidade visualizada. Além disso, também permitiu a aplicação de protocolos já definidos e a gestão do serviço de urgência, atendendo ao elevado fluxo de clientes.

Como referido anteriormente, a OMS há muitos anos que prioriza a segurança do cliente, com o intuito de fortalecer a segurança no sistema de saúde, publicou o PNSD 2021-2026, focando-se este na cultura de segurança, comunicação e práticas seguras em ambientes complexos. Ao longo dos estágios, uma sugestão de melhoria e potenciação da segurança dos clientes foi a adoção de uma pulseira de identificação de alergias medicamentosas conhecidas, servindo esta de alerta ao profissional que administra terapêutica, visando a confirmação conjunta da identificação da pessoa, evitando a administração indevida de fármacos.

Nesta linha de pensamento, de circuito do cliente, após a triagem, realiza-se o encaminhamento do cliente à área correta de observação. Ao longo dos estágios, pode encaminhar a PSC até à SE, muitas vezes depois da primeira abordagem pela equipa do extra-hospitalar. As vivências na SE exigiram a mobilização dos diversos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do percurso académico e profissional, exigindo uma

adequada gestão dos recursos físicos/humanos e a priorização dos cuidados a prestar, salvaguardando-se que a articulação e a comunicação com a equipa multidisciplinar são fundamentais e indispensáveis a uma abordagem bem-sucedida e eficaz.

Com o intuito do desenvolvimento de competências especializadas na abordagem à PSC em situações de emergência dos diferentes foros, realizei a maior parte das horas de estágio no contexto de SUP no posto de SE. Assim, aquando da admissão da PSC na SE, foi realizada uma abordagem sistematizada, seguindo a mnemónica ABCDE. Kool & Blickman (2007) referem que a adoção desta abordagem metodizada na abordagem da PSC permite atuar, de forma rápida e estruturada, na condição que é mais ameaçadora à vida do cliente. Neste contexto, foram inúmeras as situações *life-threatening* experienciadas, por exemplo, pude prestar cuidados à pessoa em Paragem Cardiorrespiratória (PCR); com insuficiência respiratória grave com necessidade de ventilação mecânica não invasiva/invasiva; alteração do estado de consciência; trauma grave; crises convulsivas; Traumatismo Cranioencefálico (TCE); grave; Trauma *major*; AVC (Acidente Cérebro Vascular), entre outros.

Aquando da admissão do cliente na SE, foi possível utilizar os EPI (bata; máscara com ou sem viseira; bata) necessários à abordagem da PSC, verificando esta preocupação em todos os profissionais que desenvolvem funções nesta área. Através da mnemónica ABCDE, foi possível atuar em conjunto com o EE, identificando focos de instabilidade na PSC, executando os cuidados necessários consoante as alterações fisiológicas verificadas e, posteriormente, avaliar a adequação das intervenções realizadas face aos problemas visualizados. Ao integrar-me na equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na SE (importa enaltece-la), constatei que a sua correta organização e articulação possibilitaram uma intervenção rápida e eficaz, propiciando a realização de procedimentos de alta complexidade e *life-saving*, de forma rápida e segura na SE, otimizando o tempo de resposta e permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados neste contexto.

Ao longo dos estágios, de forma a refletir e a identificar o que poderia ter sido melhorado na atuação ao cliente, foi realizada uma análise através do método SWOT (*S – Strengths; W – Weaknesses; O – Opportunities; T – Threats*), realizando-se uma autoavaliação crítico-reflexiva. Recordo-me que, no meu primeiro dia de estágio, deparámo-nos com uma PSC com acessos venosos periféricos difíceis de canalizar e a mesma apresentava crises convulsivas tónico-clónicas frequentes. A sua abordagem na SE foi demorada, e não houve sucesso apesar das inúmeras tentativas de canalização de acesso

venoso. Contudo, não houve concordância face à possibilidade de colocação de um cateter venoso central ou um cateter intraósseo. São várias as complicações locais associadas ao cateter venoso periférico na PSC. De acordo com Mota & Martins (2023), algumas destas são: “a flebite, a infiltração e a obstrução” (p. 2), identificando como fatores de risco para a ocorrência destas complicações uma hospitalização longa, o tempo de cateterização, a frequência com que são colocados novos acessos venosos, bem como a terapêutica que é administrada nestes, não só pela sua constituição, mas também pela duração da administração.

Sabendo que o EE deve seguir os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE (2001), a prática deve ser orientada com base em princípios como a prevenção de complicações. Neste caso, um ponto específico a destacar é a “responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega”. Essa responsabilidade, na altura, levantou uma questão importante: será que a decisão que a equipa tomou, face às múltiplas tentativas de punção, foi a mais adequada, considerando a instabilidade do cliente? Foi realizada uma reflexão através do ciclo de Gibbs, reconhecendo estes períodos reflexivos como cruciais para a efetivação de uma tomada de decisão adequada que priorize a segurança e a qualidade do cuidado, alinhando-se aos padrões de qualidade e ao dever ético do EE de agir em benefício do cliente.

Frequentemente, após realização da abordagem à PSC em SE, muitas vezes para realização de ECD e/ou transporte a unidades de cuidados diferenciados e ajustados às suas necessidades, é necessário realizar o transporte da PSC em contexto intra-hospitalar. Nos estágios, foi possível efetivar o transporte da PSC, tendo estes momentos sido de grande impacto para o cliente e de elevada exigência para a equipa multidisciplinar, atendendo à sua criticidade. Para apoio à realização do transporte da PSC, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e o Colégio de Medicina Intensiva – Ordem dos Médicos emanaram, no último ano, novas recomendações referentes ao transporte de doentes críticos adultos, tendo, ao longo dos estágios, consultado e orientado a minha prática, atendendo à nova recomendação.

Nesta nova recomendação, referente ao transporte do doente crítico, são diferenciados os tipos de transporte: o primário, referente ao deslocamento do cliente do ambiente extra-hospitalar para uma instituição de saúde; o secundário, referente ao transporte entre unidades de saúde e o intra-hospitalar, por sua vez, realizado no interior da instituição onde o cliente já se encontra para realização de ECD e/ou transporte para outro

serviço. Esta recomendação ressalva que o profissional deve ponderar com exatidão a necessidade efetiva da realização de qualquer exame, refletindo criticamente acerca do benefício e/ou risco associado para o cliente.

No curso de mestrado, pude experienciar os três tipos de transporte. O intra-hospitalar foi o mais vezes realizado ao longo dos estágios em contexto de SUP e UCIP. Todos eles exigiram uma organização e uma preparação prévia, relativa à terapêutica necessária, meios de monitorização e operacionalidade desses dispositivos, bem como o grau de criticidade que a pessoa apresentava.

Para que o EE efetive o transporte, é necessário que possua habilidades e conhecimentos complexos, os quais são fundamentais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados ao longo de todo o processo. Idealmente, segundo a Recomendação, um dos profissionais deve ser o enfermeiro e este “preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, com experiência em SAV e com treino em transporte” (SPCI & CMI-OM, pp.18/19). Além disso, enfatizam que, no caso de transporte aéreo, apenas profissionais com formação em fisiologia de voo e segurança em heliportos devem realizar esse tipo de transporte. Assim, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos realizem uma preparação prévia para garantir um transporte seguro, mantendo a qualidade dos cuidados prestados, devendo o EE estar preparado para dar resposta a qualquer descompensação que o cliente possa apresentar.

No meio extra-hospitalar, via terrestre, demonstrou-se desafiante a realização do transporte da PSC. Neste estágio, experienciei 12 ativações para diversificados contextos, entre os quais: Monotrauma de extremidades; Obstrução da via aérea com conseqüente AEC; PCR; Convulsões; Overdose; Acidente vascular cerebral; Queda com TCE; Atropelamento; Bradicardia sintomática com AEC.

Recordo-me, em particular, da ativação para a queda com TCE. Na chegada ao local, a vítima encontrava-se em decúbito ventral, presa na bicicleta, tendo nós de efetuar mobilização da mesma para decúbito dorsal, seguindo as *guidelines* recomendadas para o trauma e, após isto, realizou-se uma abordagem ABCDE. Nesta avaliação, a via aérea encontrava-se patente, e a vítima não apresentava nenhuma alteração do foro respiratório, tendo saturação de oxigénio > 97% em ar ambiente e nenhuma alteração à auscultação; pulsos periféricos e centrais palpáveis, salientando-se uma hipotensão aquando da avaliação dos sinais vitais; canalizou-se um acesso venoso de grande calibre e iniciou-se fluidoterapia com Lactato de Ringer; na avaliação do estado neurológico, apresentava-se

sem alteração do estado de consciência, mas, na avaliação pupilar, foi detetada uma anisocoria e uma lentificação da reação pupilar à luz, sem outros défices neurológicos observáveis. Atendendo a todo o quadro clínico, preparámos a vítima para o transporte, efetuando a devida restrição de movimentos com recurso à maca *coquille*, e seguimos para o hospital de referência, acompanhando a vítima ao longo de todo o transporte.

O transporte demonstrou-se demorado, pelo facto de o local da ocorrência ser de difícil acesso, sofrendo, ainda, uma elevada oscilação secundária ao movimento da viatura e piso de estrada irregular. Felizmente, não houve degradação do estado geral da vítima ao longo do transporte, mas exigiu uma monitorização e interação contínua de forma a despistar o agravamento do estado neurológico. Ao longo deste transporte, em conjunto com o EE, pude ir avaliando a vítima ativamente e, à chegada da instituição de saúde, após triagem, encaminhar a mesma à SE e transmitir a informação ao colega recetor, através da metodologia ISBAR. Pude, ainda, intervir junto da família, transmitindo informação acerca das intervenções realizadas, orientando o familiar após a admissão da vítima no hospital.

Esta ocorrência foi realmente importante para a aquisição de competências especializadas, começando por permitir a prestação de cuidados à PSC numa situação emergente, com elevada instabilidade e risco de falência orgânica a qualquer momento, exigindo que, ao longo do transporte, em conjunto com o EE, fossem monitorizadas e identificadas as alterações fisiológicas de forma contínua e rigorosa, atuando de forma a colmatar as alterações verificadas, como foi referido. Além disso, permitiu o estabelecimento da relação terapêutica com o cliente e com o seu familiar e, enquanto futura EE, possibilitou o desenvolvimento de competências especializadas na comunicação e adaptação, face à gravidade e à complexidade do estado do cliente, inclusive implicando o recurso a métodos alternativos de comunicação como o *Google Tradutor*, visto que estavam de férias, e a vítima só entendia francês, o que tornou possível a comunicação ao longo da abordagem e do transporte.

Quanto ao transporte realizado em contexto extra-hospitalar, por meio aéreo, pude acompanhar o EE desde o momento de preparação e verificação da operacionalidade dos equipamentos até à efetivação do transporte e encaminhamento do cliente à instituição de saúde recetora. Antes do transporte da PSC, realizamos sempre o *assessment* e, após isto, planeamos os cuidados, prevendo e antecipando possíveis focos de descompensação, preparando o material necessário para colmatar as necessidades do cliente. Durante os transportes, raramente foi necessário realizar procedimentos invasivos devido à

deterioração do estado do cliente, contudo, sempre que necessário, colaborei com o EE na execução desses procedimentos.

Ao longo do estágio, neste contexto, experienciei um número elevado de transportes aéreos diariamente, devido a um estado de calamidade após incêndio do Hospital Central da Região, conduzindo a uma reflexão acerca da importância da existência de transporte aéreo num arquipélago e de como este é uma componente crítica no sistema de saúde e acesso aos cuidados de saúde, de forma equitativa. Nestes múltiplos transportes da PSC, desenvolvi e consolidei diversas competências que aprimoram a prestação de cuidados enquanto futura EE. Este estágio permitiu o meu envolvimento desde o momento do planeamento, através da preparação e da verificação da operacionalidade do equipamento até à sistematização prévia das intervenções a desenvolver e da atribuição das funções a cada elemento. Na efetivação do transporte, aquando da receção da informação do cliente, pude também realizar o *assessment*, prevendo focos de instabilidade, realizando a preparação do cliente antes do transporte com o intuito de evitar a execução de procedimentos invasivos durante o voo, atendendo a todos os fatores inerentes ao transporte aéreo e que condicionam a estabilidade da PSC.

Nesta linha de pensamento, além de todos os procedimentos passíveis de executar para manutenção do estado da PSC, o EE também deve deter competência e conhecimento de protocolos terapêuticos complexos, aplicando-os nos diversos meios, sabendo que a concretização e a gestão destes protocolos está inerente à sua prática diária. Assim, o EE, sendo um profissional com formação avançada e com experiência diversificada, desempenha um papel fundamental na implementação e na gestão de protocolos terapêuticos, demonstrando capacitação para lidar com situações de alta complexidade no cuidado à PSC.

Em qualquer contexto, intra e/ou extra-hospitalar, é essencial que o EE conheça os protocolos de atuação existentes, assegurando uma prática padronizada, de conhecimento de toda a equipa, prevenindo erros e facilitando a gestão das emergências com que se depara. Ao longo dos estágios, tive a oportunidade de consultar protocolos relacionados com a administração de aminas vasoativas, potássio, insulina e terapêutica sedativa, mas, apesar da existência desses guias, pude constatar uma validação da administração em conjunto com o médico responsável pelo cliente quando a prescrição de um protocolo terapêutico divergia do que se encontra em vigor no serviço.

Na UCIP, devido à existência de clientes sedoanalgesiados e sob ventilação mecânica invasiva, muitos destes encontravam-se polimedicados, o que exige do EE um elevado conhecimento da terapêutica e elevada capacidade de gestão da terapêutica instituída. Neste estágio, pode proceder à administração de diversos fármacos, em simultâneo, à PSC, como, por exemplo, noradrenalina; insulina; fentanil; propofol; midazolam; rocurónio; atropina, entre outros, exigindo isto uma monitorização e uma avaliação contínua e rigorosa do cliente e dos parâmetros vitais que apresenta.

Ainda neste contexto, como forma de potenciação da atuação nesta área, em conjunto com o EE, todos os turnos avaliámos o nível de consciência da PSC, selecionando uma escala para clientes sedados. A escolha desta escala prendia-se “entre a Escala de Sedação de *Ramsay*, a Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* e a Escala de Adaptação ao Ambiente de Terapia Intensiva” (Namigar et al., 2016, p.348), optando por aplicar a Escala de Agitação e Sedação de *Richmond*, uma vez que esta escala é amplamente utilizada pela sua simplicidade, versatilidade e rapidez de aplicação, situando o cliente num nível de sedação ou agitação através de uma escala numérica, permitindo clareza na avaliação da PSC e uma atuação rápida (Gambasica et al., 2016). Enriquecendo esta avaliação, os clientes encontravam-se sob monitorização de índice bispectral (BIS). De acordo com Almeida & Oliveira (n.d.), “é um parâmetro multifatorial (...) que permite a monitorização da sedação, através da medição das alterações no eletroencefalograma após a administração de agentes sedativos. (...) o BIS processa o EEG em tempo quase real (...) Este valor pode variar entre 0 e 100, sendo que um doente é considerado sedado quando o valor do BIS está abaixo de 60.” Com base na interpretação de todos esses dados, ao longo do estágio em conjunto com o EE, pude avaliar pormenorizadamente o cliente e ajustar a sedação, permitindo uma redução de efeitos adversos associados à sedação excessiva e à minimização do risco de *delirium* ou disfunção cognitiva.

Também no contexto de SUP, muitas vezes em SE, em conjunto com o EE, apliquei e geri protocolos terapêuticos complexos, por exemplo, aquando da ativação da VV AVC, ao acompanhar o cliente à realização de tomografia computadorizada crânio-encefálica em conjunto com o neurologista e EE, aquando da indicação para início de trombólise. Visualizei a aplicação deste protocolo terapêutico, iniciando o bólus inicial de alteplase no local do exame e colocando após a dose de manutenção em perfusão. Outra experiência marcante prende-se com a admissão de um cliente com insuficiência respiratória tipo II que apresentava auto e heteroagressividade, sendo necessária a sedação do mesmo, seguida de

uma sequência rápida de entubação. Após administração de diversas terapêuticas, no sentido de melhoria da sua insuficiência respiratória, devido à resposta insatisfatória e à ventilação invasiva ineficaz, foi necessária a canulação do cliente para início de Oxigenação por Membrana Extracorporal em modalidade veno-venosa.

Foi muito enriquecedor poder observar o início da Oxigenação por Membrana Extracorporal, desde a articulação da equipa à canulação da PSC e respetivos cuidados a ter com esta, sabendo que, na região onde desempenho funções, tal técnica de suporte não pode ser aplicada. Enquanto futura EE, pude participar na monitorização do cliente, tendo em especial atenção as diversas complicações passíveis de ocorrer, entre as quais: hemorragia; tromboembolismo; alterações fisiológicas, monitorizando os sinais vitais da PSC, de forma contínua; infeções no local de inserção das cânulas; alterações no circuito utilizado para a oxigenação. A atuação do enfermeiro, de acordo com Conceição et al. (2023), é crucial e assenta no cuidado com a monitorização da PSC, na identificação precoce de complicações e resolução das mesmas, na coordenação dos cuidados e no apoio à pessoa submetida a Oxigenação por Membrana Extracorporal.

Na sequência da realização de todos estes procedimentos invasivos, deve também o EE ter em atenção a gestão da dor da PSC, prevendo que a realização dos mesmos possa provocar desconforto e dor. O principal motivo de procura dos serviços de saúde é a dor (Figueira et al., 2022), sendo ela uma experiência subjetiva e multidimensional, associada a um dano presente ou potencial (Gomarverdi et al., 2019).

De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017), a dor aguda é um sintoma com duração limitada e deve ser gerida, pois demonstrou ser um importante sinal de lesão e/ou disfunção orgânica na pessoa em situação crítica. Por isso, é crucial abordar o recetor de cuidados e tratar ou controlar essa dor com base em evidência científica atualizada, com o objetivo de prevenir e controlar o desconforto, melhorando a qualidade de vida e funcionalidade da pessoa acometida.

Ao longo dos estágios, enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura EE, avaliei e geri a dor e bem-estar da PSC, não só através das medidas farmacológicas, mas também de medidas não farmacológicas, como a aplicação de gelo e/ou calor, da massagem, o posicionamento, a gestão do ambiente onde a pessoa se insere, o toque terapêutico, entre outros possíveis procedimentos. Realizei sempre a avaliação da dor aquando da abordagem do cliente, recorrendo às escalas de avaliação da dor e selecionando a mais adequada ao estado do cliente; para um utente sob sedoanalgesia, recorri à *Behavioral Pain Scale*. Após

a avaliação e detetada a existência de dor, intercedi no sentido do seu controlo, através da administração de analgésicos e da aplicação das medidas não farmacológicas (mencionadas anteriormente), avaliando depois a eficácia das medidas aplicadas.

O *gold standard* para avaliação da dor, segundo o Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, é o nível de dor relatado pelo cliente, sem haver subestimação deste pelos profissionais de saúde. Além disso, menciona que a dor deve ser avaliada sempre que se justifique (5 a 10 minutos antes de um procedimento doloroso; durante o procedimento; e, imediatamente após, sendo reavaliada 15 e 30 minutos após) e em todos os turnos.

Nos estágios desenvolvidos em contexto intra-hospitalar, muitas vezes, foi notória a existência de terapêutica analgésica prescrita em horário e em SOS, mais frequente, nos traumatismos ou outras patologias do foro cirúrgico. No contexto extra-hospitalar, a terapêutica analgésica, muitas vezes, já era instituída durante a abordagem ao cliente como forma de proporcionar maior conforto e prevenir a dor associada à realização de procedimentos mais invasivos.

Com as situações experienciadas ao longo do estágio, reconheço ter desenvolvido a minha capacidade de deteção precoce de possíveis sinais de dor, valorizando ainda mais a dor aos “olhos do cliente”, respeitando a sua avaliação e assumindo este como um ser individual e único que pode experienciar de forma diferente a dor. Enquanto futura EE, perspetivo a realização de todo este percurso académico como uma forma de potenciação e aprimoramento destas competências.

Além disto, aquando da interação com a PSC, procurei estabelecer uma relação terapêutica com esta e com a sua família/pessoa significativa. De acordo com os Padrões de Qualidade, desenvolvidos pela OE (2001), é feita referência ao dever do enfermeiro desenvolver uma relação terapêutica com o intuito de fortificar o processo caracterizado pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (p.12), admitindo a PSC como um agente ativo na concretização do seu plano de cuidados e envolvendo, quando desejado, a pessoa significativa/família ao longo do processo saúde-doença.

Para estabelecimento desta relação terapêutica, a comunicação demonstra-se crucial, não só a nível verbal, mas também não verbal, devendo o EE personalizar a sua intervenção a cada cliente, atendendo às suas características e necessidades individuais. Deve também procurar diferentes estratégias para implementação da comunicação,

podendo recorrer a quadros, letras, novas tecnologias, gestos e, até, poderá ser disponibilizado ao cliente material para que esse possa escrever aquilo que quer expressar (Lacerda et al., 2021). Quanto à comunicação não verbal, o EE deve estar desperto para a importância desta ao longo da sua prestação de cuidados, dando atenção às demonstrações do cliente e pessoa significativa/família, em específico a sua linguagem corporal, ou seja, estar atento às expressões faciais, à postura e à aparência adotada por eles.

Ao longo dos estágios, em qualquer contexto, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com a PSC e a sua pessoa significativa/família; apesar da especificidade de cada um dos contextos, a comunicação e a relação com o cliente são inerentes a qualquer um destes. Ao longo da prestação de cuidados, procurei sempre atender à sua individualidade e aos seus direitos, personalizando a minha linguagem ao recetor da informação. Várias vezes, foi possível colaborar com o gabinete de apoio familiar e com a equipa multidisciplinar no sentido de articular a visita ao cliente (caso desejado), a transmissão de informação relativa a este, procurando explicar o que seria realizado e desmistificando as suas dúvidas, envolvendo-os no plano de cuidados.

No contexto de cuidados intensivos, diariamente tinha contacto com a família dos clientes e procurava recebê-los em todos os momentos de visita, de forma a contextualizar-lhes o estado do cliente e os cuidados de enfermagem prestados ao longo do dia, preparando estes familiares para a visita à PSC. Também neste contexto, pude participar em diversas reuniões da equipa multidisciplinar nos momentos de transmissão de más notícias e/ou articulação entre família e equipa no sentido de adequar as expectativas da família à realidade, face à criticidade que o cliente apresentava.

Muitas vezes esta transmissão de más notícias ocorria segundo o protocolo de Buckman, adotando a metodologia SPIKES (S- *Setting up*; P – *Perception*; I -*Invitation*; K – *Knowledge*; E - *Emotions*). De acordo com Cruz & Riera (2016), este protocolo tem vários objetivos, entre os quais: perceber o que a PSC e a família/pessoa significativa estão a compreender acerca da situação; saber quanta informação a PSC e a família/pessoa significativa querem receber, fornecendo a informação de acordo com isto, permitindo a expressão das emoções que surgem associadas à receção desta informação; e a realização de um plano de cuidados após este momento de partilha de informações. Assim, apesar deste momento nem sempre ser fácil para os profissionais, esta mnemónica possibilita a organização da transmissão de más notícias, permitindo uma comunicação clara acerca da

situação e possibilitando ao cliente e família/pessoa significativa a exposição dos seus receios à equipa multidisciplinar.

No contexto extra-hospitalar, em particular no transporte aéreo, o estabelecimento da relação com o cliente e família/pessoa significativa foi desafiante, porque a receção do cliente, quase sempre, era executada na pista do aeroporto, e a esta associava-se muito ruído e vibração. Acresce-se que alguns dos familiares que acompanhavam a PSC tinham medo/receio de realizar viagens de avião/helicóptero. De forma a contornar todas estas possíveis barreiras à comunicação e relação com o cliente e pessoa significativa/família, procurei, antes do voo, apresentar-me e explicar o que iria acontecer durante o voo e, posteriormente, durante o voo. Aquando da aterragem, voltei a falar com o cliente e a família, deixando-os na instituição de destino e explicando o que iria acontecer e com quais elementos da equipa deveriam falar para obter mais informações. Através desta relação estabelecida com a PSC e família, desenvolvi competências especializadas no que diz respeito à comunicação com estes, adaptando a comunicação a cada situação e contornando possíveis barreiras através do estabelecimento da relação no momento de admissão do cliente no interior da ambulância/instituição de saúde. Concomitantemente, isso permitiu a gestão do medo e a ansiedade que a PSC e a família vivenciavam face ao processo saúde-doença.

Refletindo criticamente acerca de todo o percurso realizado ao longo do curso de mestrado e em todos os contextos vivenciados, perceciono que fui um agente ativo no que diz respeito ao cuidado da PSC e família, através da identificação das suas necessidades e resposta holística e individualizada a cada situação, mobilizando conhecimentos teórico-práticos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, afirmo ter adquirido a presente competência específica do EE, tornando o cuidado à PSC e família/pessoa significativa mais humanizado e personalizado, conforme as suas características individuais, não esquecendo que ele assentou na evidência científica mais recente e nos saberes teórico-práticos adquiridos ao longo destes anos.

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

Neste domínio, em situações de emergência, exceção ou catástrofe, é expectável que o EE atue de forma a conceber, planear e coordenar um plano de resposta, de forma rápida e sistemática, tendo em vista a eficácia e a eficiência deste plano e, ao mesmo tempo,

que este conserve quaisquer evidências ou vestígios sugestivos de possíveis práticas de crime. Para a concretização eficiente, o EE deve deter conhecimento acerca dos planos institucionais em vigor e proceder devidamente à aplicação destes planos.

É fundamental munir os profissionais de saúde para eventos multivítimas, devido ao crescente número de desastres. Segundo Quaresma & Rendeiro (2020), o conhecimento, uso e compreensão de protocolos de triagem é uma forma de assegurar uma melhor avaliação e salvar o maior número de pessoas nestes cenários. Assim, torna-se evidente a necessidade de distinguir os conceitos de acidente, catástrofe e situação de exceção.

Um acidente grave, de acordo com a Lei de Bases de Proteção Civil, é uma situação inesperada com efeitos relativamente limitados espacial e temporalmente, podendo ser provocados por ação humana ou natural, atingindo pessoas e outros seres vivos, bens materiais e o ambiente (Decreto-Lei nº 27/2006). A OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) definem catástrofe como um evento causador de danos, precarização económica, perda de vidas, degradação da saúde e dos serviços prestadores de cuidados numa proporção que justifique a mobilização de apoios externos à comunidade e/ou zona afetada.

Já nas situações de exceção, ocorre um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades identificadas, afetando a atuação das equipas, exigindo uma gestão e coordenação de recursos exímia. De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica, em Portugal, destacam-se como exemplos: acidentes multivítimas, incêndios, fenómenos naturais (cheias e inundações) e intoxicações. Pela imprevisibilidade destas ocorrências, sejam humanas sejam naturais, é exigido aos profissionais que estes estejam sempre preparados com vista a atuar. Para tal, o treino e a aquisição/atualização de conhecimentos demonstram-se essenciais.

Ao longo do curso de mestrado, não foi possível presenciar alguma situação semelhante, contudo, nas diversas instituições onde foram desenvolvidos os estágios, procurei conhecer o plano de catástrofe e o plano de emergência interna. Ao longo do curso de mestrado, na UC de Intervenção em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, pude participar numa simulação de um cenário multivítimas, na Proteção Civil, tendo-se desenvolvido competências especializadas através da organização de uma equipa diferenciada para organização e avaliação do cenário, bem como da setorização do Teatro de Operações, em colaboração com o *Major Incident Commander*. Também foi criado um Posto Médico Avançado, de forma estabilizar as vítimas.

Em contexto de SUP, nos dois serviços distintos, existiam *Kit's* de catástrofe acondicionados na SE, onde constavam fichas de triagem para ser executada a triagem primária e secundária da vítima e posterior identificação, consoante a prioridade atribuída. Foi também explicada pelo EE a divisão do serviço em caso de catástrofe. Em ambos os serviços, existe a reorganização das áreas conforme a prioridade, existindo a área verde/amarela/laranja/vermelha/preta e diferentes elementos alocados previamente a cada uma destas. No Porto, foi possível visualizar áreas do SUP reservadas ao acondicionamento de material (macas; ventiladores; bombas/seringas perfusoras; armários de terapêutica, entre outros) para utilização em caso de catástrofe, separado por área de intervenção consoante a prioridade.

Foi possível tomar conhecimento do plano de catástrofe em vigor, demonstrando-se rigorosamente planeado e coordenado. Nele encontram-se descritas as funções de cada elemento da equipa, sendo identificada no documento a posição que assume em caso de catástrofe. Além disso, também estavam descritos os profissionais que deveriam ser contactados em caso de catástrofe e através de que meios seria efetuado este contacto (*social media*; grupos do *whatsapp* já formados com os profissionais envolvidos, entre outros). Foi de igual modo enriquecedor tomar conhecimento da divisão da atividade por planos de atuação, sendo estas denominadas consoante o tipo de ocorrência, ou seja: Plano M – Catástrofe do foro de Emergência Médica; Plano C – Catástrofe do foro de Emergência Cirúrgica; Plano P – Catástrofe do foro de Emergência Pediátrica; Plano C – Catástrofe com Potencial Contaminação das Vítimas, entre outros. Fui informada de que, antes do início do estágio, teria sido realizado um simulacro para a avaliação da aplicabilidade do plano desenvolvido e, de acordo com a informação transmitida, a atuação dos profissionais foi exímia, relativamente ao esperado e estruturado no plano.

Já no estágio em contexto extra-hospitalar, consultei o Plano Regional de Proteção Civil, emanado em 2022, tomando conhecimento de quais as funções do SEMER em caso de catástrofe. Esta entidade, segundo o descrito, fica responsável por garantir a prestação de socorro medicalizado em ambiente extra-hospitalar, orientando e coordenando, em simultâneo, a prestação de socorro não medicalizado. Já o STAT-CIC fica encarregado de coordenar a triagem e o tratamento das vítimas, garantindo aconselhamento e acompanhamento dos pedidos de socorro, ativando os meios adequados para a resposta. Sendo a EMIR uma parte integrante do SEMER, fica responsável pela abordagem às vítimas acometidas.

Esta área de atenção representa um dos meus focos de interesse na prática profissional, e pretendo, futuramente, ingressar no curso de *Medical Response to Major Incidents*, como forma de aperfeiçoar as competências especializadas desenvolvidas, reconhecendo o EE como um elemento diferenciado que dá resposta às necessidades iniciais do cliente. De acordo com Mota et al. (2021), a sua intervenção proporciona uma melhoria significativa do estado das vítimas e uma redução de mais de 50% das vítimas consideradas nos dois níveis de maior severidade de choque.

Outra das responsabilidades do EE é preservar vestígios em caso de práticas sugestivas de crime. Ao longo dos estágios, procurei, em conjunto com o EE, conhecer quais os protocolos existentes no serviço, mas não foi possível consultar nenhum protocolo relativo à preservação de vestígios nestes casos. Através da partilha de conhecimentos adquiridos em contexto teórico na área de enfermagem forense, inclusive houve a oportunidade de participar num seminário lecionado pelo Professor Doutor Albino Gomes, Doutor em Ciências Forenses, na qual ele explorou as diferentes particularidades inerentes à preservação de vestígios face à situação com que o enfermeiro se depara, por exemplo, como deve ser realizada a preservação de evidências em caso de violação, em caso de ferimentos com arma branca e/ou se se verificar ocorrência de morte. Além desta exposição, frisou a importância dos registos de enfermagem aquando da ocorrência destas situações, salvaguardando a importância de uma descrição detalhada do *assessment* realizado à vítima e de quais foram as intervenções realizadas depois.

Também as vivências profissionais permitiram um debate com o EE acerca dos cuidados que o mesmo deve adotar aquando da abordagem de uma situação sugestiva de crime, inclusive os cuidados necessários para a remoção da roupa da vítima, por exemplo, o recorte pelas costuras das peças de roupa, atendendo a que os locais de perfuração de bala e/ou outra arma branca devem ser preservados para recolha de vestígios e análise dos mesmos, seguindo-se o devido acondicionamento em saco de papel, devendo todo este procedimento ser realizado de luvas para evitar contaminação. Importa, também, salientar a intervenção da medicina legal para colheita de amostras biológicas e do pedido de apoio psicológico à vítima, enaltecendo o papel ativo que o EE poderá adotar neste domínio, questionando a vítima se deseja ou não este apoio.

Neste sentido, apesar de não ter sido vivenciada nenhuma situação de catástrofe e/ou práticas sugestivas de crime, considero que desenvolvi a presente competência através da aquisição de conhecimentos teórico-práticos, do debate crítico-reflexivo com o EE,

identificando quais os indícios sugestivos de prática de crime, bem como através da identificação da intervenção do EE face à preservação de vestígios, procurando tomar conhecimento dos meios disponíveis de apoio à vítima, de forma a agilizar o seu reencaminhamento quando necessário.

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

Neste domínio, sabendo a diversidade de situações de elevado risco de infeção em vários contextos de intervenção em saúde, justamente com a complexidade dos cuidados necessários ao cliente, incluindo o uso de técnicas invasivas na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, é crucial dar uma resposta eficaz quanto à prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos.

Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control*, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) dizem respeito às adquiridas em meio hospitalar ou em outras entidades de saúde. Aquando da prestação de cuidados (Gonçalves & Carmo, 2022), é fundamental a prevenção e o controlo destas com o intuito de limitar/reduzir a proliferação de microrganismos no ambiente em que o cliente se insere (Fregonese, 2023). Mundialmente, as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são um problema crescente, representando um problema de saúde pública e causando impacto relativamente à qualidade de vida, morbidade e mortalidade. Conjuntamente, são responsáveis pelo aumento dos custos em saúde (PPCIRA & OMS, 2017).

O Centro de Controlo de Doenças e Prevenção (CDC), nos Estados Unidos da América, reportou que a resistência aos antimicrobianos, associada ao uso indiscriminado, é responsável por mais de 2,8 milhões de infeções e de 35 mil mortes, todos os anos (Rigolon, 2022). O CDC prevê, ainda, que, a nível hospitalar, um em cada 31 clientes é portador de uma IACS e que, num dia, metade das pessoas internadas no hospital recebe terapêutica antimicrobiana englobada no seu tratamento. Em Portugal, no ano de 2017, foi reportada uma taxa de 7,8% de prevalência de IACS, causando a diversas instituições de saúde custos financeiros, sociais, económicos e individuais (Sallem et al., 2019).

Por isso, com vista à redução das IACS, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017) criou e definiu uma “estratégia multimodal de promoção das precauções básicas de controlo de infeção” (p. 5), objetivando

a diminuição do risco de infecção e da transmissão, cruzando, assentando em dez padrões de qualidade, respetivamente: avaliação do risco de infecção aquando da admissão do cliente; manter uma higiene das mãos apropriada; descontaminação adequada das superfícies e controlo do ambiente em que o cliente se insere; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Pela necessidade de prevenção, deteção e monitorização das IACS, no sentido de melhoria contínua de forma a potenciar a qualidade dos cuidados prestados, assentes na segurança do cliente, foi desenvolvido o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026. A segurança do cliente é fruto de um conjunto de atividades organizadas que fomentam, segundo a OMS, “uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável reduzem a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos na saúde” aquando da sua ocorrência. Assim, no processo de controlo e prevenção das IACS, o EE assume-se como um interveniente essencial, destacando-se pelos seus conhecimentos avançados e habilidades especializadas, face ao cuidar da PSC.

Relativamente às práticas vivenciadas nos estágios, assumo-me como um elemento ativo no controlo e prevenção da proliferação das IACS, através da adoção das medidas de precaução básicas de controlo de infecção, mencionadas anteriormente. Em todos os contextos, intra e extra-hospitalar, presenciei um elevado sentido de preocupação dos EE em relação a este aspeto, inclusive em momentos de emergência. Na maioria dos serviços, os assistentes operacionais ficavam responsáveis pela correta higienização das superfícies e locais de trabalho. Além disso, aquando da prestação de cuidados direta ao cliente, foi possível utilizar e visualizar a adoção do EPI adequado (luvas, máscara, bata, entre outros) pelos outros profissionais inseridos no plano de cuidados, sendo, posteriormente, cumprida a higienização e/ou lavagem das mãos. A salientar que, nos diversos locais, se encontravam-se pósteres alusivos à correta higienização e lavagem das mãos, bem como dos momentos adequados para a sua realização.

Aquando da visita do cliente, pela família e/ou pessoa significativa, procurei alertar os mesmos para estas medidas de precaução básicas, como a lavagem e desinfecção das mãos e o uso de EPI adequado, disponibilizando os materiais necessários e auxiliando-os na sua colocação para evitar contaminação. Em nenhuma situação houve recusa por parte dos familiares face à utilização de EPI. Muito pelo contrário, assumiam como uma medida

protetora para o seu familiar, considerando-a como um benefício. De igual modo, no final da visita, eram orientados no sentido de colocar os EPI no lixo adequado, procedendo à lavagem das mãos novamente.

Em algumas das instituições onde foram realizados os estágios, aquando da admissão e indicação de internamento, era realizado o despiste para *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*, através de zaragatoa retal, se fossem objetivados os critérios para despiste. Em contexto de cuidados intensivos, aquando da admissão do cliente, estava preconizado o despiste de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). Quando identificado que o cliente era portador de um destes microrganismos, era realizada a correta identificação das medidas de prevenção que cada indivíduo deveria adotar aquando da prestação de cuidados. Ainda na UCIP estava protocolado que, nos primeiros cinco dias de internamento, o banho do cliente deveria ser executado com cloro-hexidina a 2%, indo ao encontro da recomendação da DGS, relativa à prevenção e controlo de colonização/infeção por MRSA.

Outra mais-valia na promoção da qualidade e segurança dos cuidados ao cliente é a utilização de *bundles*, ou seja, feixes de intervenções direcionados ao cuidado a ter com o cliente, sendo estas selecionadas de acordo com a melhor evidência disponível (Andrade et al., 2020). Ao longo da realização do curso de mestrado, procurei e estudei as normas emanadas pela DGS, em específico, os *bundles* relativos à prevenção da infeção associada ao cateter venoso central/cateter vesical/local cirúrgico e prevenção da pneumonia associada à IOT. Além disto, tomei conhecimento de que seria implementado o projeto “STOP Infeção hospitalar”. Este tem como objetivo a redução das IACS em 50%, até outubro de 2025, em específico, avaliando a incidência das infeções: associadas ao trato urinário pela utilização de cateter vesical; da pneumonia associada à EOT; associadas ao CVC; e aos locais cirúrgicos (côlon e reto, prótese de anca e joelho).

Contrastando, o ambiente extra-hospitalar demonstra-se favorável à falha no que diz respeito ao controlo de infeção, face ao nível de criticidade da vítima abordada e pelas condições ambientais descontroladas em que estas se inserem. Muitas vezes, na tentativa de celeridade quanto à realização de procedimentos *life-saving*, os profissionais começam a sua abordagem sem adotar as medidas de segurança ideais à situação. Nos dois estágios em contexto extra-hospitalar, notei uma elevada preocupação com o controlo de infeção aquando da abordagem à PSC e, em qualquer um dos contextos, os profissionais tinham sempre ao seu dispor todos os EPI necessários, utilizando-os de acordo com o cliente que

abordam. Também, no final de cada atuação, era da responsabilidade do EE a reposição do material e desinfecção e/ou lavagem do material utilizado no cliente com vista à remoção de fluídos corporais e outros possíveis contaminantes, prevenindo a proliferação de infeções.

Enquanto futura EE, ao longo dos estágios, apesar das particularidades evidenciadas em cada contexto, consultei os feixes de intervenções emanados pela DGS com vista à obtenção de uma prestação de cuidados segura e de qualidade, com o intuito de redução das IACS em meio intra e extra-hospitalar. Também adotei precauções básicas de controlo da desinfecção, definidas na Norma 029/2012, de 29 de dezembro, através: da avaliação do risco do cliente; da correta lavagem e desinfecção das mãos; da utilização do EPI adequado em cada abordagem à vítima; preparando o ambiente e sinalizando quando necessário as medidas de precaução necessárias aquando do contacto com a mesma; na utilização de técnica asséptica na preparação de injetáveis; e também, foi possível colaborar no processo de descontaminação das áreas de trabalho e dos dispositivos após tê-los utilizado, preparando, assim, o material para a próxima atuação.

Tendo em conta o percurso decorrido, as experiências referidas e as atividades realizadas nos contextos de estágio, considero ter desenvolvido competências especializadas relativas à prevenção e controlo de infeção perante a PSC, sendo ainda mais evidente a importância do EE e da sua atuação nesta área, atendendo ao impacto desta.

5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Transversal ao desenvolvimento de todo o curso de mestrado, procurou-se desenvolver e consolidar competências de mestre com o intuito de adquirir este grau acadêmico aquando da conclusão do curso. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, especificamente, artigo 15º, o grau de mestre apenas é conferido aos que mostram saberes e capacidade de entendimento, alicerçando-se nos conhecimentos que obtiveram no 1º ciclo de estudos, aprofundando e desenvolvendo capacidades e competências, sabendo aplicá-las em diversos contextos.

Analisando o decretado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e o dever de formação contínua inerente ao Enfermeiro, como já mencionado, encaro o curso de Licenciatura de enfermagem como o ponto de partida de todo o meu percurso académico e profissional, tendo sido um agente ativo no enriquecimento dos meus saberes através da formação contínua ao longo dos anos.

Antes do ingresso no Curso de Mestrado em EMC na área de enfermagem à PSC, ingressei no curso de Pós-Graduação em Abordagem ao Doente Crítico, ministrado pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), revelando-se como uma mais-valia para a minha prática diária enquanto enfermeira em contexto de urgência e emergência intra-hospitalar. Saliento, também, a frequência de vários cursos ao longo dos anos, entre os quais: Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa; *Triagem de Manchester*; *International Trauma Life Support*; SAV Pediátrico; Emergências Obstétricas; *Essentials Of Advanced Airway Management*; Curso de Suturas; Transporte do Doente Crítico; e Ventilação Invasiva. Desenvolvi a formação e a aprendizagem contínua ao longo da prática na área do cuidado à PSC e, concomitantemente, exerci funções enquanto enfermeira de cuidados gerais num SUP, enriquecendo os conhecimentos teóricos com as vivências práticas do contexto laboral, adquirindo assim uma visão ampla dos cuidados a desenvolver em processos complexos de doença em situação de emergência/urgência.

Também no Decreto-Lei n.º 65/2018, Artigo 15.º, é mencionado que o Mestre deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e

multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p. 4162), nos diversos contextos. Apesar de ter realizado dois estágios em contexto de SUP, defrontei-me com realidades diferentes a nível de práticas institucionais e diferentes contextos de suporte multidisciplinar, procurando integrar-me nelas, aplicando e enriquecendo o *core* de conhecimentos teórico-práticos. Através da inserção nestes contextos não familiares, adquiri uma nova perceção acerca da atuação do EE, face ao impacto da sua intervenção na equipa multidisciplinar.

Nesta linha de pensamento, destaco os estágios desenvolvidos em meio extra-hospitalar aéreo e terrestre. Apesar de todos os conhecimentos adquiridos no curso de mestrado, a vivência real destes contextos demonstrou-se exigente e de alta complexidade. Os elementos que integravam ambas as equipas, maioritariamente, eram EE com elevada capacidade de atuação em situações de imprevisibilidade e, por isso, necessitam de deter capacidade de tomada de decisão rápida e perícia nas suas práticas. Revejo estes momentos como cruciais para o desenvolvimento da minha capacidade de gestão de questões complexas e suas implicações éticas, potenciando o *debriefing* com a equipa multidisciplinar.

Na UCIP e no contexto de emergência extra-hospitalar, deparei-me com realidades completamente novas e senti necessidade de pesquisar a mais recente evidência científica e adaptar-me às diversas situações complexas com que nos deparamos. Assumo a frequência destas novas realidades como um fator potenciador da aquisição de saberes diversificados, da melhoria da capacidade de adaptação a novos ambientes, bem como do desenvolvimento de competências interpessoais como a comunicação, o trabalho em equipa e a gestão de conflitos.

Atendendo ao elevado grau de complexidade, a instância inicial do curso, no que diz respeito aos momentos formativos teóricos e teórico-práticos, muniu-me para a realização dos estágios realizados nos diferentes contextos, demonstrando-se, também, fundamental no enriquecimento dos saberes e no desenvolvimento de competências. No contexto de UCIP, recorro a realização de um estudo de caso e de desenvolvimento do processo de enfermagem baseado no Modelo Teórico de *Nancy Roper* relativo ao cuidado ao cliente em situação neurocrítica que, após *assessment* ao cliente, permitiu identificar os diferentes focos de atenção com conseqüente formulação dos diagnósticos de enfermagem, delineando as intervenções de enfermagem a realizar e a sua avaliação, entendendo os resultados os obtidos.

Esta metodologia revelou-se enriquecedora na aquisição de novos saberes e no desenvolvimento de novas práticas. Acrescento que, em conjunto com a EE que realizou a supervisão clínica ao longo do estágio, perspectivava-se uma apresentação do trabalho desenvolvido à equipa multidisciplinar da UCIP com o intuito de potenciar este raciocínio ao longo da prática clínica, mas, devido a uma alteração do normal funcionamento da instituição de saúde, a mesma teve de ser adiada. Contudo, foi apresentado e realizado um debate com os colegas futuros EE e docentes, sendo esta partilha muito pertinente para a troca de experiências e, concomitantemente, tornou-se um momento onde considero ter demonstrado capacidade para a realização da transmissão dos achados, raciocínio executado e conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas, demonstrando o que é previsto na Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, alínea d, do artigo 15º., referente à obtenção do grau de mestre.

Através da concretização dos estágios em contextos diferentes da minha área de atuação, foi fundamental para conhecimento e consolidação de novas práticas e aprendizagens, através da vivência de situações reais. Em conjunto com o EE, pude melhorar a minha capacidade de interação com o cliente, nos diferentes contextos, conseguindo identificar de forma precoce possíveis focos de instabilidade e antecipar as intervenções a realizar. Também a interação com outros profissionais e diferentes formas de aplicar protocolos de atuação e terapêutica auxiliaram o desenvolvimento do pensamento crítico enquanto futura EE. Assim sendo, considero que a experiência adquirida nestes contextos foi essencial para uma formação completa e para a excelência na atuação profissional.

Ao longo do curso de mestrado, foi possível desenvolver trabalhos de investigação que, além de facultarem a aquisição de novos conhecimentos, proporcionaram a oportunidade de partilhá-los. Isso foi concretizado através da participação nas Jornadas da Macaronésia, realizadas na Universidade dos Açores, apresentando uma *Scoping Review* sobre a gestão adequada da via aérea a PSC sob ventilação mecânica. Esta apresentação permitiu transmitir conhecimentos tanto aos pares especialistas como aos não especialistas, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Deste modo, afirma-se a concretização do que é esperado do Mestre relativamente à sua capacidade de transmitir, de uma forma clara, as suas conclusões e os seus saberes a elas inerentes, aos seus pares especialistas ou não.

Após a reflexão e análise crítica desenvolvida nos capítulos anteriores, é notório o desenvolvimento e a aquisição das competências comuns e específicas do EE, evidenciando-se, também, o desenvolvimento das competências de Mestre, sendo perceptível a agregação e potenciação dos saberes adquiridos ao longo de todo o percurso académico. Tendo isto por base, afirmo que demonstrei e adquiri as competências de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

O plano de estudos do curso de mestrado em EMC na área de enfermagem à PSC constitui-se por uma componente teórica, teórico-prática e uma prática que se concretiza nos variados momentos de estágio. O processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas é sustentado pelo conhecimento transmitido ao longo deste percurso acadêmico. Para potenciação deste percurso, o futuro EE deve demonstrar-se um agente ativo ao longo do seu processo formativo, estando sustentado numa sólida base de conhecimentos e destreza para poder aprofundá-los na sua área de especialização.

O ingresso neste curso de Mestrado em EMC na área de enfermagem à PSC foi, sem dúvida, extremamente importante para conseguir aprofundar os conhecimentos obtidos na minha formação prévia, adquirir novos saberes e desenvolver competências especializadas que irão contribuir, significativamente, para uma prática profissional de enfermagem especializada. Assim, este curso não só me permitiu ampliar os meus conhecimentos, mas também a minha compreensão acerca da complexidade do cuidado especializado de enfermagem, promovendo a melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes.

O presente relatório explana o percurso realizado ao longo da concretização do curso e surge no culminar de todo este processo. A sua execução exigiu dedicação, empenho, competência, reflexão, proatividade e um extenso período de pesquisa e investigação que, conseqüentemente, também proporcionou a aquisição e desenvolvimento de novas competências. Antes da execução deste relatório, pude desenvolver os relatórios dos outros estágios, um estudo de caso, reflexões através da metodologia do ciclo de Gibbs e um projeto de autoformação, tendo todos estes elementos reforçado o ensino. As orientações e *feedbacks* recebidos dos professores e EE, especialmente os supervisores pedagógicos e clínicos, respetivamente, acompanharam-me no decorrer do curso e foram fundamentais para o meu progresso, auxiliando-me a reconhecer as minhas áreas de força e aquelas que necessitavam de aperfeiçoamento.

Os contextos selecionados para a realização dos estágios mostraram-se enriquecedores e desafiadores, face à panóplia de situações experienciadas, e as suas especificidades exigem uma sólida base de conhecimentos. Encaro estes momentos como cruciais na minha formação e, enquanto futura EE, permitiram-me aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e pude, desta maneira, melhorar e adquirir novas

competências desde o momento da primeira abordagem, salientando aqui o contexto extra-hospitalar e o intra-hospitalar no serviço de urgência, mais em específico a triagem e a SE, que me facultaram a possibilidade de desenvolver um olhar crítico sobre o cliente e definir prioridades de atuação, bem como intervir em situações *life-threatening*, exigindo a mobilização célere dos saberes. Após esta primeira abordagem, normalmente a PSC carece de transporte para realização de ECD e/ou de instituição de saúde. Devido a essa necessidade, diversas vezes pude acompanhar o EE na realização do transporte, munido-me das mais recentes recomendações para planejamento e efetivação do mesmo. Posteriormente, o estágio na UCIP propiciou o desenvolvimento e a consolidação de competências na prestação de cuidados à PSC inserida neste contexto, visando a manutenção e a resolução da disfunção multiorgânica que esta apresenta com necessidade de suporte das suas funções vitais, não esquecendo a componente humana inerente ao cuidado, mesmo quando este se insere num ambiente altamente tecnológico, procurando estabelecer uma relação terapêutica com o cliente e família/pessoa significativa.

Assim sendo, percebe-se a realização do curso de mestrado como uma mais-valia no processo formativo pessoal e profissional, através do desenvolvimento de competências especializadas comuns nos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Além disso, permitiu o desenvolvimento de competências especializadas específicas na área de EMC à PSC, em específico: no cuidado à pessoa, família e/ou pessoa significativa a vivenciar processos complexos de saúde-doença e/ou falência orgânica; na dinamização da resposta em situação de exceção catástrofe e emergência; e na maximização da prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antibióticos face à PSC e à complexidade da sua situação, fornecendo uma resposta adequada em tempo útil.

Ao longo da concretização do curso de mestrado, foram encontradas algumas dificuldades, entre as quais, a distância entre o local de residência e o local onde a escola se situa, sendo essas ultrapassadas por visitas frequentes à Ilha para as diversas avaliações do mestrado, mas com uma elevada interferência na vida profissional, pessoal e académica, face à exigência de organização, planejamento e gestão do tempo utilizado para uma adequada articulação em todos estes meios. Também a ausência provocada pela realização dos estágios fora da área de residência, apesar de benéfico para a aquisição de novos saberes e conhecimento de novas realidades, provocou algum desconforto ao estar longe aos meus

elementos de apoio ao longo deste percurso. Contudo, desenvolvi estratégias de forma a minimizar os constrangimentos sentidos.

Com o culminar de todo este percurso, acredito que o presente relatório evidencia, de forma crítico-reflexiva, o processo contínuo de aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, desenvolvido através das vivências, das intervenções realizadas e situações decorrentes da prática, que fomentou e melhorou o juízo crítico-reflexivo na área de intervenção e, concomitantemente, possibilitou o desenvolvimento das competências de Mestre, considerando que foram atingidos os objetivos previstos para este relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Alarcão, I & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem* 14 (3), p. 373 – 382. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt>
- Almeida, A.M. & Oliveira, I (n.d.). A importância da monitorização do índice bispectral (BIS) no doente neurocrítico. Póster. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/74089512/73640706.pdf>
- Andrade, G.V., Souza, N.M.G., Rocha, A.C.F., Ribeiro, S.B., Silva, V.M. & Oliveira, L.A.F. (2020). Bundle de prevenção de infecção de sítio cirúrgico em crianças submetidas à cirurgia cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/TdgV4pJbZqSZjpqqmQbvnTS/?lang=pt&format=pdf>
- Aviz, A.L.M., Pereira, M.C.A.R.S. & Simões, J.F.F.L. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*. 11 (10), 1-8. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32295/27826/369489>
- Azevedo, C.I.A., Graça, L.C. & Sousa, C.P.F. (2023). Perceção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (2). Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/29242/23174>

- Castro, G.L.T., Tourinho, F.S.V., Martins, M.F.S.V., Medeiros, K.S., Ilha, P. & Santos, V.E.P. (2018). Proposta de Passos para a Segurança do Paciente no Atendimento Pré-hospitalar Móvel. *Texto Contexto Enfermagem* 27 (3), 1 – 9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SK6knGY8ZP56n4kxYfsYVqm/?format=pdf&lang=pt>
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (n.d). Emerging Infections Program. Disponível em: WWW: <https://www.cdc.gov/ncezid/dpei/eip/index.html>
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (n.d). Healthcare Associated Infections Community and Antibiotic Use Prevalence Survey. HAI Activities. Disponível em: WWW: <http://www.cdc.gov/hai/eip/antibiotic-use.html>
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (s.d). Multi-site Gram-negative Surveillance Initiative. Disponível em: WWW: <https://www.cdc.gov/hai/eip/mugsi.html>
- Conceição, K.E., Tavares, S.S., Agnelli, J.C.M., Almeida, C.G. & Contini, I.C.P. (2023). O Papel do Enfermeiro na Oxigenação por Membrana Extracorpórea: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Saúde em Foco*, 15, 934-949. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2023/11/O-PAPEL-DO-ENFERMEIRO-NA-OXIGENA%C3%87%C3%83O-POR-MEMBRANA-EXTRACORP%C3%93REA-UMA-REVIS%C3%83O-INTEGRATIVA-DA-LITERATURA-p%C3%A1g-934-%C3%A0-949.pdf>
- Chen, C.H., Shin, S.D., Sun, J.T., Jamaluddin, S.F., Tanaka, H., Song, K.J., Kajino, K., Kimura, A., Huang, E.P.C., Hsieh, M.J., Ma, M.H.M. & Chiang, W.C. (2020). Association between prehospital time and *outcome* of trauma patients in 4 Asian countries: A cross-national, multicenter cohort study. *PlosMedicine*, 17 (10). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003360>
- Decreto de Lei n.27/2006. Diário da República I Série. 126 (03-07-2006) 4696-4706. Acedido online. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>

Decreto de Lei n.º156/2015. Diário da República I Série. 157 (16-09-2015) 8059-8105.
Acedido online. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Decreto de Lei n.º 65/2018. Diário da República I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.
Acedido online. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 10319/2014. Diário da República II Série. 153 (11-08-2014) 20673-20678.
Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 1057/2015. Diário da República. II Série. (02-02-2015) 3039. Disponível em:
<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislac%CC%A7a%CC%83o-Despacho-1057-2015-Obrigatoriedade-Triagem-Manchester-Rede-SU.pdf>

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República. II Série. (27-05-2015). Acedido online.
Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021. Diário da República. II Série (24-09-2021). 96 – 103. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Acedido online. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGSPrograma_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção Geral da Saúde (2012). Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Direção Regional de Estatística da Madeira. Estatísticas Demográficas da Região Autónoma da Madeira – 2022. Disponível em: <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografiapt/demografia-publicacoes-pt/send/36-demografia-publicacoes/16643-estatisticademograficas-da-ram-2022-pdf.html>
- Direção Regional de Estatística da Madeira. Estatísticas da Saúde da Região Autónoma da Madeira – 2021. Disponível em: <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-01-45/saude-publicacoes-pt/send/38-saude-publicacoes/16099-estatisticas-da-saude-daram-2021-pdf.html>
- Esteves, L.S.F., Cunha, I.C.K.O., Bohomol, E. & Santos, M.R. (2019). Supervisão Clínica e perceptoria/tutoria – contribuições para o Estágio Curricular Supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72 (6) 1810 – 1815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FhztsN4VsCsYBshvGVPmysx/?format=pdf&lang=pt>
- Figueira, A.I.R., Amaral, G.M.M.S. & Carmo, T.I.G. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11 (1), 1 – 13. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v11n1/2393-6606-ech-11-01-e2712.pdf>
- Fregonese, L., Currie, K., & Elliott, L. (2023). Hospital experiences of contact isolation for antimicrobial resistant organisms in relation to health care-associated infections: A systematic review and narrative synthesis of the evidence. *American Journal of Infection Control*. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.04.011>
- Gambasica, J.A.R., Moreno, A.V., Estrada, V.H.N., Osorio, P.M., Franco, D.M., Quimbaya, A.T.J., Modesto, R.E., Rodríguez, N.C. & Correa, L.P. (2016). Transcultural and linguistic adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Spanish. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 44 (3), 216-221. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v44n3/v44n3a06.pdf>
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M.A. & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted

Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24 (2), 151 – 155.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390431/>

Gonçalves, S. C. M. & Carmo, T. I. G. D. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*. 11 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Grupo Português de Triagem (2011). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes - Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

Kool, D.R. & Blickman, J.G. (2007). Advanced Trauma Life Support®. ABCDE from a radiological point of view. *Emergency Radiology*. 4 (135 – 141). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10140-007-0633-x>

Lacerda, J.F.E., Santos, P.S.P., Maia, E.R., Oliveira, D.R., Viana, M.C.A. & Cavalcante, E.G.R. (2021). Comunicação efetiva nas relações enfermeiro-paciente à luz do modelo Transcultural Interprofessional Practice. *Ver Rene* 22, e61443. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350985652_Effective_communication_in_the_nurse-patient_relationship_in_the_light_of_Transcultural_Interprofessional_Practice_model

Marques, S.G. (2014). Tomada de Decisão do Enfermeiro Triador em Situação de Emergência: Validação do *triage decision making inventory* para a população portuguesa (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Ministério da Saúde (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://ds3.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>

- Mota, M., Cunha, M. & Santos, M.R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2 (5), 147 – 152. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33671/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-07.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, A., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20114>
- Mota, S.M.R.P.P. & Martins, M.D.S. (2023). Análise das complicações locais associadas ao cateterismo venoso periférico no doente crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (2), 1-9. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/32848/23090>
- Namigar, T., Serap, K., Esra, A.T., Özgül, O., Can, O.A., Aysel, A. & Achmet, A. (2017) Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 67 (4). 347-354. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/sdqvGt9mZ4Kq3dYHQLRNPWy/?lang=pt&format=pdf>
- O'Connor, P., O'Malley, R., Oglesby, A.M., Lambe, K. & Lydon, S. (2021). Measurement and monitoring patient safety in prehospital care: a systematic review. *Internacional Society for Quality in Health Care* 33 (1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459774/>
- Oliveira, P.S., Diefenbach, G.D.F., Colomé, J., Buriol, D. Rosa, P.H. & Ilha, S. (2020). Atuação profissional nas urgências/emergências em unidades básicas de saúde. *Revista online de pesquisa cuidado é fundamental, jan/dez* (12), 820 – 826. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7556/pdf_1
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Acedido online. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer Conjunto n.º01/2017. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2016-2019. Acedido online. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunto CE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Parecer n.º 15/2018. Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicinaintensiva.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Acedido online. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Comissão Nacional da UNESCO – Portugal. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>

- Parecer n.º 14/2018. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Pereira, C.F.C., Pereira, J.M.J., Silva, L.I.O., Oliveira, A.P.M., Melo, E.A., Araujo, S.K.B., Melo, E.A., França, V.G.C., Silva, C.C. & Oliveira, D.A. (2022). Segurança do Paciente: Vulnerabilidades Associadas ao Manejo da Transferência Extra-Hospitalar no Âmbito do SUS. *Brazilian Journal of Health Review* 5 (4), 17156 – 17170. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/51645/38724>
- Peres, P.S.Q., Arboit, E.L., Camponogara, S., Pilau, C.O.B., Menezes, L.P. & Kaefer, C.T. (2018). Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. *Revista online de pesquisa cuidado é fundamental*, 10 (2), 413 – 422. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6064/pdf_1
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021 – 2026. Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, 2021 – 2026. Acedido online. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacionalpara-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Quaresma, L.T. & Rendeiro, M.M.P. (2020). Triagem de Pacientes em Situação de Catástrofe: aplicativos educacionais disponíveis como ferramenta para treinamento e auxílio de socorristas. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais* 5 (2), 147 – 160. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/54522/1/2020_art_ltquaresma.pdf
- Região Autónoma da Madeira, Governo Regional, Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil, Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM (2022). Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira. Acedido online.

Disponível em: https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_VAprovada_2022_Publico.pdf

Regulamento nº 429/2018. Diário da República II Série. 135 (16-07-2018) 19359-19370.

Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento nº 140/2019. Diário da República II Série. 26 (06-02-2019) 4744 - 4750.

Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº 743/2019. Diário da República II Série. 184 (25-09-2019) 128-155.

Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rigolon, A. (2022). Entendendo a transmissão e os fatores de risco das bactérias multirresistentes em um serviço de emergência de um hospital de ensino. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina). Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/11600/66180>

Rosa, I., Pais, D. & Consciência, J.G. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (1).

Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf

Saleem, Z., Goodman, B, Hassali, M. A., Hashmi, F. K., Azhar, F., Rehman I. U., (2019).

Point prevalence surveys of health care associated infections: a systematic review. *Pathogens and Global Health*. 1113 (4). 191-205. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20477724.2019.1632070>

Santos, B.C. & Magri, M.D.F. (2024). Ética e Enfermagem: Uma Análise Dos Princípios Bioéticos. *Revista Ilustração, Cruz Alta* 5 (4), p. 211 – 221. Disponível em:

<https://journal.editorailustracao.com.br/index.php/ilustracao/article/view/339/265>

Serviço Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). A importância da correta identificação dos doentes – cartaz. Acedido online.

Disponível em: <https://www.inem.pt/2023/06/06/a-importancia-da-correta-identificacao-dos-doentes/>

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (n.d.) Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados. Acedido online. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Souza, M.T., Silva, M.D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 8 (1), 102 – 106. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>
- Serviço Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). A importância da correta identificação dos doentes – cartaz. Acedido online. Disponível em: <https://www.inem.pt/2023/06/06/a-importancia-da-correta-identificacao-dos-doentes/>
- Souza, N.D., Pinheiro, M.B.G.N. & Moésia, R.V. (2016). Acidentes Ocupacionais em Profissionais de Saúde no Atendimento Pré-Hospitalar. *Journal of Medicine and Health Promotion* 1 (1), 1 -10. Disponível em: <https://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=13df68e972bf501ee04f23fb8c9ae36cd9.pdf>
- Strandås, M., Vizcaya-Moreno, M.F., Ingstad, K., Sepp, J., Linnik, L. & Vaismoradi, M. (2024). An Integrative Systematic Review of Promoting Patient Safety Within Prehospital Emergency Medical Services by Paramedics: A Role Theory Perspective. *Journal os Multidisciplinary Healthcare* 2024 (17), 1385-1400. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10981423/pdf/jmdh-17-1385.pdf>
- Tejero, D.J.M., Picón, 888888888888N.J., Salgado, J.G., Tejero, E.V. & Rivera, J.F. (2023). Factors Influencing Occupational Stress Perceived by Emergency Nurses During Prehospital Care: A Systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management* 13 (17), 501-528. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10874882/pdf/prbm-17-501.pdf>
- Vuorinen, P., Setälä, P. & Hoppu, S. (2024). Optimizing remote and rural prehospital resources using air transport of thrombectomy candidates. *Scandinavian Journal*

of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 32 (30), 1 – 6. Disponível em:
<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-024-01203-3>

World Health Organization (2017). Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* in health care facilities. Disponível em:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259462/9789241550178-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2018). Patient safety – Global action on patient safety. Executive Board. 144 (29). Acedido online. Disponível em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf

Gestão adequada da via aérea da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica: Scoping Review

Autores:

Correia, Daniela¹; Pires, Eunice²; Santos, M. Luísa³

RESUMO

Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem que contribuem para a redução dos eventos adversos, na gestão da via aérea da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica.

Metodologia: Scoping Review. A estrutura de população, conceito e contexto foi usada para formular a questão de pesquisa, seguindo as orientações do PRISMA-ScR, com pesquisa limitada a CINAHL®, PubMed®, Scopus® e Google Scholar.

Resultados: Para a gestão adequada da via aérea avançada, deve-se considerar os fatores humanos, o conhecimento sobre dispositivos de ventilação e a identificação de eventos adversos associados. A formação dos profissionais é essencial para minimizá-los.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem necessários para reduzir eventos adversos associados à ventilação mecânica estão relacionados com a gestão da via aérea e são evitáveis com cuidado especializado. Mais formação direcionada para este tipo de doente é essencial para minimizar eventos adversos e contribuir para ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro.

Palavras-chave: Patient-ventilator; Critical Illness; Critical care nursing; Long term adverse effects.

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermeira em Cuidados Gerais, Hospital do Divino Espírito Santo, EPE 9500-370, Ponta Delgada, São Miguel, Açores, Portugal.

² Doutoranda em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital do Divino Espírito Santo, EPE 9500-370, Ponta Delgada, São Miguel, Açores, Portugal; CIDNUR, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 1600-190, Lisboa; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 1649-028, Lisboa, Portugal

³ RN; MSc; PhD; Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde | Cintesís – NursID

INTRODUÇÃO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) exige, atendendo ao seu grau de instabilidade, um vasto leque de intervenções complexas, bem como a realização de procedimentos invasivos diagnósticos e/ou terapêuticos com vista à restauração e manutenção das suas funções vitais (Cruz & Martins, 2019). Associado à falência multiorgânica, muitas vezes, a PSC não é capaz de manter uma respiração espontânea eficaz, sendo necessário intervir de forma a assegurar a permeabilidade da via aérea.

A Ventilação Mecânica (VM) é um método invasivo de permeabilização da via aérea, devendo ser considerado quando é observada a dificuldade respiratória ou incapacidade respiratória que poderá traduzir-se por diversos fatores (Lima, 2020). Estão associadas diversas consequências (físicas, cognitivas e mentais) à VM, a longo prazo, sendo a gestão da ventilação na fase aguda reconhecida por exercer um grande impacto nos resultados a longo prazo (Pham et al., 2017). Lima (2020) defende que a ventilação deve ser gerida por profissionais (médicos e enfermeiros) experientes, e o local ideal para ser colocada em prática será a unidade de cuidados intensivos. Contudo, a PSC sob VM, com necessidade de admissão em unidades de cuidados intensivos, tem vindo a permanecer mais tempo no serviço de urgência devido à elevada afluência aos cuidados de saúde, e isto, por sua vez, tem um impacto negativo no seu *outcome* (Bayram & Sanci, 2019).

O cliente sob VM, durante a sua permanência no serviço de urgência, raramente recebe cuidados após a entubação. Porém, o *outcome* nestes clientes é influenciado por diversos fatores, entre os quais se evidencia uma intervenção multidisciplinar com enfoque na equipa de enfermagem, sendo evidenciada a necessidade de um cuidado padronizado que minimize os danos e promova ganhos em saúde (Mohr et al., 2020).

Na diversa literatura consultada, foi sempre referida a necessidade de formação contínua dos profissionais inerentes ao cuidado da pessoa sob VM, especialmente dos enfermeiros com vista à prestação de cuidados de qualidade, seguros e consequente aumento de ganhos em saúde.

Esta revisão da literatura teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem que contribuem para a redução dos eventos adversos, na gestão da via aérea à PSC sob VM, tendo em conta o impacto que esta acarreta.

METODOLOGIA

Uma pesquisa preliminar no PubMed, CINAHL (*EBSCOhost*), no banco de dados Joanna Briggs Institute (*JB*) de revisões sistemáticas e relatórios de implementação, no banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas e no PROSPERO não identificou nenhuma publicação de revisão sobre esta temática, nos últimos cinco anos.

A estrutura de População, Conceito e Contexto (PCC), usada para formular a questão de pesquisa, foi: Pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica (População), cuidados de enfermagem na gestão da via aérea (Conceito), no hospital (Contexto). Surgiu a seguinte questão: Quais os cuidados de enfermagem que contribuem para a redução dos eventos adversos, na gestão da via aérea à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica?

A pesquisa foi realizada no período de 6 de março de 2024, tendo-se adotado a estratégia de pesquisa das três etapas (The Joanna Briggs Institute, 2019), seguindo as orientações do (PRISMA-ScR), sendo que, no primeiro passo, foi realizada uma pesquisa inicial limitada a três bases de dados online: a CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, EBSCO Information Services; Ipswich, Massachusetts USA), PubMed® ((National Center for Biotechnology Information, National Institutes of Health; Bethesda, Maryland USA), Scopus® e Google Scholar. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram os elementos da Mnemónica PCC (população, conceito e contexto), como se pode verificar na tabela I.

Tabela I – Elementos PPC e Termos de Pesquisa selecionados

Elementos PCC	Termos de Pesquisa (<i>Mesh Terms</i>)
População Pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica	“Patient-ventilator”; “Critical Illness”; “Patient-ventilator Asynchronies”; “Positive-Pressure Ventilation”; “Respiration, Artificial”; “Mechanical ventilation”; “Pulmonary Ventilation”
Conceito Cuidados de enfermagem face à gestão da via aérea e os eventos adversos associados	Patient-Care”; “Critical care nursing”; “Critical-Care”; “Patient care management”; Patient-Centered Care” “Patient Safety” “Long term adverse effects” (Linguagem natural) “Adverse effects”
Contexto Hospital	

A pesquisa foi efetuada individualmente para cada base de dados, termo a termo. Foram utilizados e operados os seguintes descritores em inglês: ("Critical Illness"[Title/Abstract] OR "Patient-ventilator"[Title/Abstract] OR "Patient-ventilator Asynchronies"[Title/Abstract] OR "Positive-Pressure Ventilation"[Title/Abstract] OR "respiration artificial"[Title/Abstract] OR "Mechanical ventilation"[Title/Abstract] OR "Pulmonary Ventilation"[Title/Abstract]) AND ("Patient-Care"[Title/Abstract] OR "Critical care nursing"[Title/Abstract] OR "Critical-Care"[Title/Abstract] OR "Patient care management"[Title/Abstract] OR "Patient-Centered Care"[Title/Abstract]) AND ("Long term adverse effects"[Title/Abstract] OR "Adverse effects"[Title/Abstract]). Apresentam-se os resultados obtidos na Figura I.

Figura I – Resultados de pesquisa

Search	Query	PubMed Items Found	CINAHL Found	Scopus Found
#1	“Critical Illness”; [Title/Abstract]	14,147	4,352	60,814
#2	“Patient-ventilator”; [Title/Abstract]	836	373	1,237
#3	“Patient-ventilator Asynchronies”; [Title/Abstract]	50	20	412
#4	“Positive-Pressure Ventilation” [Title/Abstract]	6887	1,752	14,931
#5	“Respiration, Artificial”; [Title/Abstract]	1,507	6	48,643
#6	“Mechanical ventilation”; [Title/Abstract]	61,172	17,533	76,166
#7	“Pulmonary Ventilation”; [Title/Abstract]	3,193	264	14,126
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	83,889	23,180	65,592
#9	“Patient-Care”; [Title/Abstract]	86,649	36,478	463,590
#10	“Critical care nursing”; [Title/Abstract]	1,297	16,709	4,156
#11	“Critical-Care”; [Title/Abstract]	45,513	130	92,081
#12	“Patient care management”; [Title/Abstract]	599	130	5,212
#13	“Patient-Centered Care”; [Title/Abstract]	8,475	3,001	32,026
#14	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	83,889	54,888	7,107
#15	#8 AND #14	6,493	1,939	57
#16	“Long term adverse effects”; [Title/Abstract]	1,696	402	3,001

#17	“Adverse effects”; [Title/Abstract]	175,482	33,477	419,810
#18	#16 OR #17	175,482	33,477	1,829
#19	#15 AND #18	100	27	20

Esta revisão da literatura considerou estudos originais e secundários, dando-se preferência à evidência primária. Foram incluídos todos os estudos em inglês, francês, português e espanhol, publicados nos últimos 14 anos. Os critérios de inclusão e exclusão estão identificados na tabela II.

Tabela II – Critérios de inclusão e exclusão.

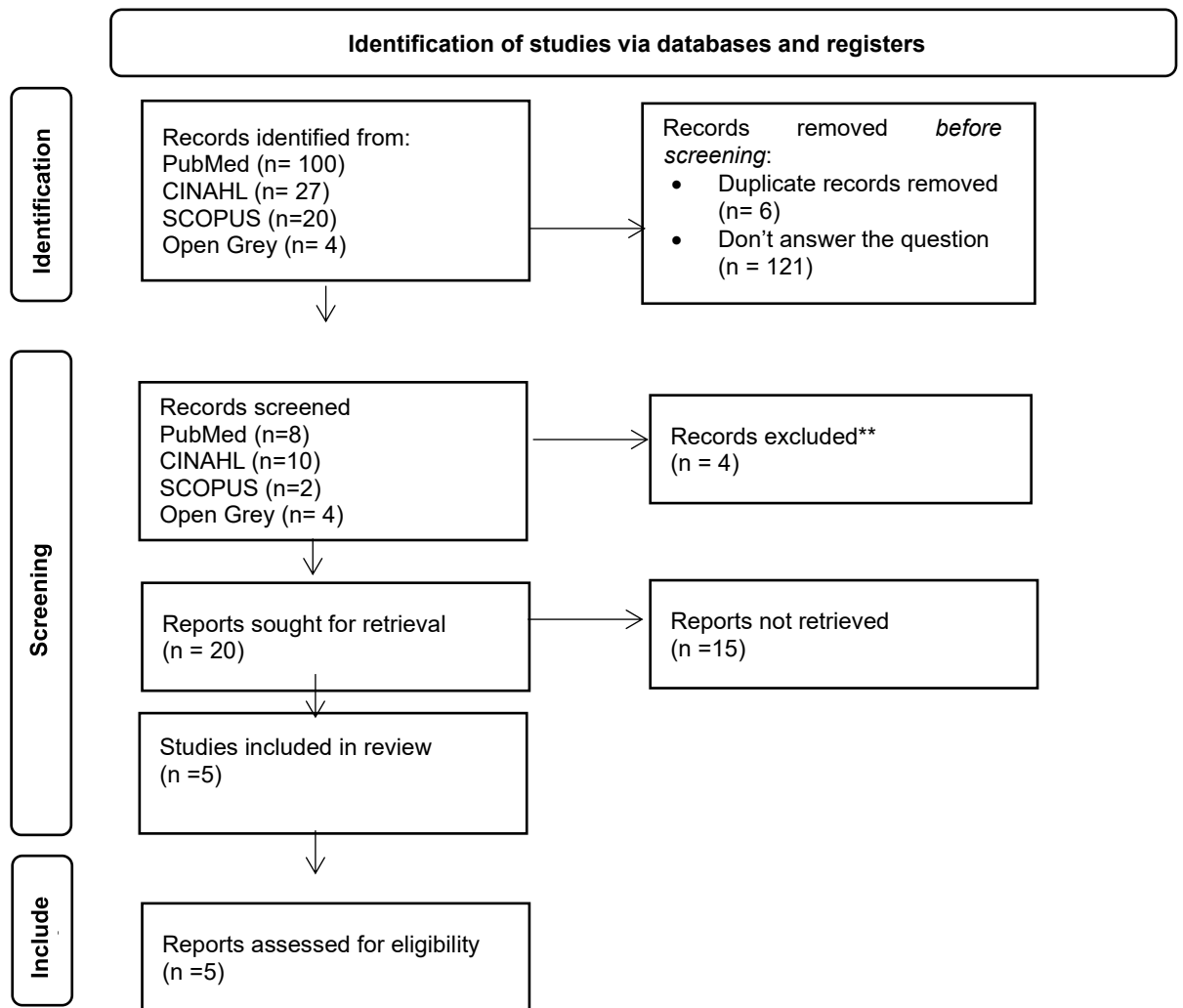
Critério	Inclusão	Exclusão
1. Período	Últimos 14 anos	Todos os estudos anteriores a 2010
2. Idioma e extensão do artigo	Inglês, Francês, Espanhol, Português/Artigo completo	Outras línguas/ Resumos
3. Tipos de artigos	Pesquisa original publicada em periódico de revisão por pares ou na literatura cinzenta	Artigos de opinião
4. Foco do estudo	Gestão da via aérea na pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica	Todos os estudos não relacionados com o foco do estudo
5. Configuração	Hospitais	Lares de idosos, escola de enfermagem, estudantes de enfermagem, centros de saúde, pré-hospitalar
6. Local de estudo	Internacional	Nada
7. População	Pessoas em situação crítica sob ventilação mecânica	Pessoas sem situação crítica; pessoas não submetidas a ventilação mecânica, pessoas sob ventilação mecânica não invasiva

RESULTADOS DA PESQUISA

Foram encontrados, após pesquisa em três bases de dados e Google Scholar, 151 resumos de estudos. Após a seleção, todos os estudos foram agrupados e carregados na aplicação *Rayyan*®. Primeiro, os estudos duplicados foram removidos ($n=6$), o que resultou em 145 estudos para leitura de título e resumo; 121 estudos foram removidos por não responderem à questão, resultando em 24 estudos para leitura integral. Após a revisão dos

estudos elegíveis estar completa, 5 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. Os resultados da pesquisa serão descritos na íntegra na revisão e apresentados através do Fluxograma PRISMA-ScR (Figura II).

Figura II – PRISMA da Scoping Review



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. <http://www.prisma-statement.org/>

RESULTADOS

A melhoria dos resultados na gestão da via aérea à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva exige uma maior atenção dos fatores humanos, conhecimento dos dispositivos de ventilação e identificação dos eventos adversos associados.

Os fatores relacionados com a pessoa em situação crítica, o trabalho de equipa multidisciplinar, o ambiente e a necessidade de tomar decisões rápidas bem como intervenções sistematizadas contribuem para potenciais eventos adversos (Higgs et al. 2018). Os eventos adversos associados à gestão da via aérea, fora do Bloco operatório, podem ser divididos entre os que surgem durante a intervenção inicial na via aérea e aqueles que ocorrem após ter sido assegurada (Nolan & Kelly, 2011). Estão normalmente relacionados com a deslocação total ou parcial do dispositivo e menos relacionados com a oclusão por secreções ou falha do dispositivo (Higgs et al. 2018). Estes eventos podem conduzir à morte, lesão cerebral, necessidade de uma via aérea cirúrgica de emergência, admissão imprevista na UCI ou prolongamento da permanência na UCI (Nolan & Kelly, 2011; Higgs et al. 2018). Lesões por compressão direta da mucosa traqueal no deslocamento accidental do tubo e micro broncospiração, fixação apertada com nastro pode provocar lesão labial e auricular, colonização da cavidade oral por microorganismos causadores de infeções (Santos, 2020).

No estudo realizado por Santos et al. (2020) no SU, a higiene oral apresentou conformidade inferior a 50%, o que traduz a insuficiência de recursos humanos e materiais bem como a sobrelotação de pessoas em situação crítica no SU.

Há que ter em conta a liderança com ênfase no trabalho em equipa (Higgs et al. 2018), em que o planeamento e a comunicação ao longo da gestão da via aérea é partilhado durante a intervenção. Ajudas cognitivas como listas de verificação e algoritmo melhoram o desempenho em situações de *stress* (Higgs et al. 2018; Santos et al. 2020). O líder é responsável por apresentar as funções e evitar a sobrecarga cognitiva individual (Higgs et al. 2018).

As intervenções como a mudança de posição do doente, as transferências, a inserção de outros dispositivos médicos perto da via aérea podem provocar deslocação da mesma, e a eliminação de secreções traqueais através de aspiração endotraqueal é um procedimento de rotina que exige muitos recursos se tem revelado uma das principais causas de desconforto. A não utilização da capnografia em doentes sob ventilação mecânica

contribuiu para mais de 70% das mortes relacionadas com a via aérea (Higgs et al. 2018). Durante estes procedimentos, na pessoa em situação crítica, destacar um enfermeiro perito para salvaguardar a via aérea pode reduzir os eventos adversos (Higgs et al. 2018; Nielsen et al. 2023).

Todos os autores fazem referência a formação através da simulação com equipamento disponível no local, com as equipas multidisciplinares locais e exercício em tempo real (Nolan & Kelly, 2011). O trabalho em equipa, a monitorização adequada com capnografia contínua, a comunicação e a disponibilização de equipamento adequado e familiar são fundamentais para a prevenção e gestão dos eventos adversos (Higgs et al. 2018; Nielsen et al. 2023; Nolan & Kelly, 2011; Santos et al., 2020). Monitorizar e verificar o que provoca o alarme do ventilador são cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, o que implica um conhecimento detalhado do ventilador e dos parâmetros do mesmo para prevenir períodos prolongados de ventilação inadequada (Santos et al. 2020). Recomenda-se a montagem do ventilador com técnica asséptica e a proteção da conexão da traqueia distal na aspiração aberta pelo risco potencial de contaminações durante o procedimento, dando preferência à aspiração de secreções por sistema fechado (Santos et al., 2020).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem necessários para reduzir eventos adversos associados à ventilação mecânica estão relacionados com a gestão da via aérea, ou seja, ao tubo endotraqueal, ao ventilador mecânico e circuito respiratório, à prevenção de broncoaspiração, ao controlo de infeção, à sedação, analgesia/sono e monitorização da dor. Isto vai ao encontro de Cruz & Magalhães (2023), que referem ser eventos passíveis de ser evitados desde que se cumpram medidas simples, como a higiene das mãos, manutenção dos circuitos ventilatórios ou a adequada pressão do *cuff*. Os cuidados inadequados na gestão da via aérea na pessoa em situação crítica, em que a reserva fisiológica já se encontra diminuída, contribuem drasticamente para o aumento do risco de hipoxemia, hipotensão, arritmia, PCR e morte (Higgs et al. 2018). Cruz & Magalhães (2023) referem que deve existir identificação de fatores de risco que podem ser não modificáveis (antecedentes pessoais, *score* de gravidade na admissão do SU) e modificáveis (tempo de permanência no suporte ventilatório, lavagem das mãos inadequadas), que contribuam para a redução de ocorrência de eventos adversos.

Todos os autores concordam que a formação dos profissionais de saúde na gestão da via aérea da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva (Nolan & Kelly, 2011; Higgs et al. 2018; Santos et al. 2020, Nielsen et al. 2023) melhora a consolidação de competências e pode identificar erros latentes. Também salientam a importância da monitorização dos parâmetros ventilatórios com recurso à capnografia, controlo das condições gerais da pessoa em situação crítica em que o papel do enfermeiro é intenso, extenso e complexo. Exige uma formação específica tanto dos parâmetros ventilatórios como um conhecimento profundo da resposta fisiológica da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, exigindo formação em liderança, trabalho de equipa, recursos materiais e humanos e otimização desses mesmos recursos, de forma a minimizar os eventos adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayram, B. & Sancı, E. (2019). Invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 19 (2), 43 – 52. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452247319300755?via%3Dihub>
- Brochard, L., Slutsky, A., & Pesenti, A. (2017). Mechanical ventilation to minimize progression of lung injury in acute respiratory failure. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195 (4), 438-442. Disponível em:
<https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1164/rccm.201605-1081CP?role=tab>
- Cruz, J.R.M. & Martins, M.D.S. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência IV* (20), 87 – 96. Disponível em:
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3038&id_revista=24&id_edicao=173
- Cruz, J.R.M. & Magalhães, C.P (2023). Cuidados de enfermagem na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica invasiva. In Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Org) *Enfermagem: autonomia e processo de cuidar 2*. Ponta Grossa. Atena Editora. p. 80-92. Disponível em:
<https://www.atenaeditora.com.br/index.php/catalogo/post/cuidados-de->

enfermagem-na-prevencao-da-pneumonia-associada-a-ventilacao-mecanica-invasiva

- Higgs, A., McGrath, B. A., Goddard, C., Rangasami, J., Suntharalingam, G., Gale, R., ... & Society, D. A. (2018). Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British journal of anaesthesia*, 120(2), 323-352. Disponível em: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)54060-X/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)54060-X/fulltext)
- Lima, J.J.F (2020). Ventilação Mecânica. Ordem dos médicos. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/ventilacao-mecanica/>
- Malacas, M., Martins, D.P.M.O. & Santiago, M.D.S. (2024). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência: uma Scoping Review. *Revista Ibero-Americana de Humanidade, Ciências e Educação* 10 (3), 2471 – 2490. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13390/6489>
- Mohr, N.M., Wessman, B.T., Bassin, B., Elie-Turenne, M.C., Ellender, T., Emler, L.L., Ginsberg, Z., Gunnerson, K., Jones, K.M., Kram, B., Marcolini, E. & Rudy, S. (2020). Boarding of Critically Ill Patients in the Emergency Department. *Critical Care Medicine* 48 (8), 1180 – 1187. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2020/08000/boarding_of_critically_ill_patients_in_the.12.aspx
- Nielsen, A. H., Karbing, D. S., Sølling, C. G., Winding, R. R., Rees, S. E., & Dey, N. (2023). Efficacy of an automated secretion removal technology at different inspiratory pressures. *Respiratory Care* 68 (11), 1502 – 1509. Disponível em: <https://rc.rcjournal.com/content/68/11/1502.short>
- Nolan, J. P., & Kelly, F. E. (2011). Airway challenges in critical care. *Anaesthesia*, 66 (2), 81-92. Disponível em: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2011.06937.x>
- Pham, T., Brochard, L. & Slutsky, A.S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 92 (9), 1382 – 1400. Disponível em:

<https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2817%2930324-5>

Santos, C. D., Nascimento, E. R. P. D., Hermida, P. M. V., Silva, T. G. D., Galetto, S. G. D. S., Silva, N. J. C. D., & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar a. *Escola Anna Nery*, 24 (2), 1 – 7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JGF6Twsvmzj5wgrpBcVqxch/?format=pdf&lang=pt>