

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

**Pelo Trilho das competências especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Da Triagem Telefónica
e Aconselhamento Pré-Hospitalar aos Cuidados
Intensivos**

Orlando Ferro Fernandes

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2019

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

**Pelo Trilho das competências especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Da Triagem Telefónica
e Aconselhamento Pré-Hospitalar aos Cuidados
Intensivos**

Orlando Ferro Fernandes

**Orientadora: Professora Mestre Noélia Cristina Rodrigues Pimenta
Gomes**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2019**

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutoranda Noélia Pimenta, pela disponibilidade, interesse, exigência e rigor na orientação durante este percurso;

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos estágios;

Aos enfermeiros tutores e demais elementos das equipas, pela disponibilidade e partilha;

À minha esposa Carina, pelo amor, determinação e pela ajuda preciosa nos momentos mais difíceis;

À minha filha Laura, privada da minha disponibilidade, pelo carinho e compreensão;

Aos meus colegas e amigos, pela motivação;

RESUMO

O presente relatório intitulado “Pelo trilho das competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: da triagem telefónica e aconselhamento pré-hospitalar aos Cuidados Intensivos” surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no ano letivo 2018/2019.

Este trabalho tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica em contexto de urgência, cuidados intensivos e pré-hospitalar; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, na minha área de especialização, e suas implicações para essência do cuidado, e expor a aquisição de competências de Mestre, através da apresentação e discussão deste relatório.

O Estágio I decorreu no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça e o Estágio II – Cuidados Intensivos foi-me creditado pelo Conselho Técnico-Científico, considerando as competências adquiridas nos 12 anos de exercício profissional no Serviço Medicina Intensiva.

O Estágio III – Opção incidiu pré-hospitalar: na Linha de Emergência Médica do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores; na SIV Terceira, do Hospital Santo Espírito; e na equipa EMIR do Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira. A Opção baseou-se no interesse em aprofundar a abordagem doente emergente do pré-Hospitalar aos Cuidados intensivos, e obter uma visão integral do Sistema de Emergência Médica das duas Regiões Autónomas.

Organizado em três capítulos, enfatiza a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área do cuidar da pessoa em situação crítica, rumo à aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, de forma a relatar as experiências vividas, as vicissitudes encontradas e as soluções propostas.

Palavras-chave: Triagem telefónica, Enfermeiro Especialista, Mestre, Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRACT

The present report, named “By the track of the expertise in medical-surgical nursing: from the telephone triage process and prehospital counseling to intensive care unit”, comes up from the Third Master Course in Medical-Surgical Nursing, of the College of Nursing of São José de Cluny, in the school year of 2018/2019.

This report aims to demonstrate the development of common and specific skills in the medical-surgical area in urgent, intensive care and prehospital context; highlight the development of reflexive-critical analysis skills, arising from professional practice in my area of expertise, and its implications for essence of care, as well as expose the acquisition of Master’s skills through the presentation and discussion of this report.

The Internship I ran in the Multipurpose Emergency Service of the Dr. Nélio Mendonça Hospital and the Internship II – Intensive Care was credited to me by the Technical-Scientific Council, considering the skills I acquired in the 12 years of professional practice at the Intensive Care Unit.

The Internship III – Option was focused in the prehospital context: at the Emergency Line of the Azores Regional Civil Protection and Fire Service; in the Immediate Life Support Terceira of the Santo Espírito Hospital; and in the Emergency and Rapid Intervention Team of the Madeira Civil Protection Regional Service. The Option was based in my interest in deepening the emergent patient approach from the prehospital to Intensive Care Unit, as well as obtain a full view of the Emergency Medical System of the two Autonomous Regions.

Organized into three chapters, this report emphasizes the acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of caring for the person in critical situation, towards the acquisition of Master’s in Medical-Surgical Nursing skills.

I used the descriptive, analytical and reflexive methodology, in order to report the lived experiences, the setbacks found and the proposed solutions.

Keywords: Telephone Triage, Specialist Nurse, Master, Person in Critical Situation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS- *Advanced Cardiovascular Life Support*

ACSA- Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia

APA- *American Psychological Association*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco-Operatório

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIC-CROS- Centro de Informação e Comunicação do Comando Regional de Operações de Socorro

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

DGS-Direção Geral da Saúde

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ECTS- European Credit Transfer System

EEMC- Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR- Equipa Médica de Intervenção Rápida

EUA- Estados Unidos da América

FCCS- *Fundamental Critical Care Support*

HNM- Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

LEM- Linha de Emergência Médica

MRMI- *Medical Response to Major Incidents*

NAS- *Nursing Activities Score*

n.d. – sem data

NOP- Norma Operacional Permanente

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

O2- Oxigénio

p.- Página

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

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

RAA- Região Autónoma Dos Açores

RAM- Região Autónoma da Madeira

REPE-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAGE - Sala de Atendimento e Gestão de Emergências

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SBV-DAE- Suporte Básico de Vida com Desfibrilação Automática Externa

SEMER- Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SO- Sala de Observação

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SRPC, IP-RAM- Serviço Regional de Proteção Civil, Instituto Publico Da Região Autónoma da Madeira

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

START- *Simple Triage and Rapid Treatment*

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SU- Serviço de Urgência

TAS - Tripulante de Automaca de Socorro

TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*

TRTS- *The Triage Revised Trauma Score*

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VNI- Ventilação Não Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I.....	13
1.1. Percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica	15
1.2. Contextualização teórica	18
1.3. Caracterização dos contextos da prática clínica especializada.....	22
1.3.1. Estágio I - Serviço de Urgência Do Hospital Dr. Nélio Mendonça	23
1.3.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva	25
1.3.3. Estágio III- Opção	27
1.3.3.a. <i>Linha de Emergência Medica do SRPCBA.....</i>	<i>27</i>
1.3.3.b. <i>SIV Terceira do Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R.</i>	<i>28</i>
1.3.3.c. <i>Serviço de Emergência Médica Regional, EMIR.....</i>	<i>29</i>
CAPÍTULO II	31
2.1. Percurso de construção e desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica	33
2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	35
2.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	36
2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	40
2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	42
2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	46
2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	49
2.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	51
2.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	60

2.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	67
CAPÍTULO III.....	73
3.1. Competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica	75
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIA BIBIOGRÁFICAS.....	87

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio representa o culminar de um percurso iniciado em 2018 com o ingresso no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny que, após discussão pública, visa a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, artigo 20º, estipula a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, e propõe a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151).

Segundo o Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho, entende-se por relatório de estágio “um trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

Com este relatório, intitulado “Pelo trilho das competências especializadas em enfermagem Médico-Cirúrgica: Da triagem telefónica e aconselhamento pré-hospitalar aos Cuidados Intensivos”, tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica em contexto de urgência, cuidados intensivos e pré-hospitalar; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional na minha área de especialização, e suas implicações para essência do cuidado, bem como expor a aquisição de competências de Mestre, através da apresentação e discussão deste relatório.

Neste sentido, o trabalho exposto pretende espelhar a reflexão crítica acerca do meu percurso pessoal, académico e profissional, onde sistematizo o processo envolvido na aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

O plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, publicado no Despacho nº 8046/2015, de 22 de julho, contempla a realização de três estágios. O estágio I corresponde à área de urgência, que decorreu no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com um total de 250 horas, correspondendo a 10 ECTS. O Estágio II, referente aos cuidados intensivos, foi-me creditado pelo Conselho Técnico-Científico atendendo à experiência profissional que detenho, decorrente do desempenho de funções no Serviço de Cuidados Intensivos no qual prestei cuidados de enfermagem aos doentes em situação crítica nos últimos 12 anos. o Estágio III – Opção, contempla um total de 375 horas

correspondente a 15 ECTS, tendo decorrido em três serviços de referência nacional e internacional na área em que se insere um dos objetivos deste relatório, nomeadamente, na Linha de Emergência Médica (LEM) do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), na Viatura de Suporte Imediato de Vida (SIV) Terceira do Hospital Santo Espírito, e na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), do Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira (SRPC,IP-RAM).

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, orientei o meu percurso para a vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, por ser uma área de interesse pessoal e profissional, daí a seleção destes serviços para realizar as práticas clínicas – em particular, por me proporcionarem oportunidades únicas de prática experimentada, potenciando o aperfeiçoamento das minhas capacidades e conhecimentos na abordagem ao doente emergente desde o Pré-Hospitalar até aos Cuidados Intensivos, com base na reflexão das vivências experienciadas e por me permitem obter uma visão integral do Sistema Integrado de Emergência Médica da Região Autónoma dos Açores e da Região Autónoma da Madeira.

Para dar resposta ao desígnio estipulado para este relatório, e tornar mais acessível a intelecção do meu percurso de aprendizagem, estruturei-o em três capítulos: o primeiro capítulo, constituído pela contextualização teórica da temática onde consta a descrição dos contextos das minhas práticas clínicas; o segundo capítulo, onde relato a minha abordagem ao trajeto de construção e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista no cuidado à pessoa em situação crítica; o terceiro capítulo, onde incido sobre a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A lógica descritiva surge como metodologia usada na narração deste relatório, recorrendo à análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, dos portfólios construídos nos diferentes contextos da prática e também do projeto/relatório de autoformação desenvolvido na prática clínica de opção, à luz dos referenciais da profissão e da evidência científica.

O relatório encontra-se exarado de acordo com os preceitos do novo acordo ortográfico e empregando as normas APA (American Psychological Association) emanadas pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny nas citações e referências bibliográficas apresentadas.

CAPÍTULO I

1.1. Percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica

A sociedade encontra-se cada vez mais globalizada. Atualmente, assiste-se a uma evolução sem precedentes a nível científico e tecnológico, incrementando nas pessoas um espírito cada vez mais exigente, competitivo, interativo e inovador. (Santos Rua, 2011).

Estes aspetos, resultantes do processo de globalização, são também mencionados por Gomes (2015), e fazem com que os serviços de saúde sejam cada vez mais confrontados com pessoas informadas, porquanto mais exigentes em relação à informação clínica que lhes deve ser disponibilizada. A literacia em saúde, conjugada com os avanços tecnológicos na área, e a constante incorporação de dispositivos de diagnóstico e monitorização cada vez mais evoluídos, mobiliza a profissão de enfermagem a refletir sobre o futuro, procurando focar a sua evolução em soluções condizentes com esta globalização da sociedade. Daqui decorre a necessidade de uma constante aquisição e desenvolvimento de competências, de forma a levar a cabo o desígnio de zelar pela segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Nesta linha de pensamento, Bonfim, (2012) refere que “a competência profissional nas organizações permite um avanço para o desenvolvimento do conhecimento, das habilidades e atitudes dos profissionais na busca da qualidade e produtividade no ambiente de trabalho” (p.47).

Segundo Dutra, Fleury e Ruas (2008), a noção de competência surgiu de forma organizada nas pesquisas de David McClelland no ano de 1973, enquanto procurava uma abordagem mais palpável de que os testes de inteligência realizados nos processos de seleção de Recursos Humanos para as organizações não traduziam o que representa a excelência profissional. Surge, assim, a competência nos seus estudos enquanto característica própria de cada indivíduo, aliada à execução de excelência de uma atividade.

Em consonância com este raciocínio, Le Boterf (2006) alega que a competência não se cinge a um saber, ou a um saber-fazer, mas sim à capacidade de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos adquiridos através da formação e das experiências ao longo da vida, sendo a práxis do que se sabe em determinada situação determinada por diversas limitações, pelas contingências, pelas relações de trabalho e pela cultura organizacional.

Trazendo esta conceção para a área da enfermagem, Dias (2006) consigna que as competências “dizem respeito às características individuais, conhecimentos gerais e especializados que permitem ao Enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de atividades, designada por cuidados de enfermagem” (p. 36).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003) a competência do Enfermeiro é descrita como a capacidade do mesmo executar de maneira segura e eficaz a sua prática clínica atendendo ao exercício da responsabilidade profissional.

Esta definição vai ao encontro do preconizado por Benner (2001), no sentido em que, para si, a prática clínica é primordial para o desenvolvimento de competências na enfermagem, já que as competências apenas poderão ser desenvolvidas perante casos reais. A autora defende, ainda, que esta aquisição de competências se desenrola de forma progressiva e por estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), em que cada um age perante as situações de acordo com a formação e com a experiência que possui.

A criação da OE, em 1998, veio permitir que a Enfermagem fosse considerada, do ponto de vista legal, como profissão, e os Enfermeiros como grupo profissional e científico com um papel preponderante no funcionamento dos serviços de saúde. Neste contexto evolutivo da profissão definiram-se as competências dos Enfermeiros de cuidados gerais, não apenas nos domínios da prática profissional, ética e legal, mas também da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional (Santos Rua, 2011).

Na base do percurso profissional do Enfermeiro estão as competências comuns, que são transversais a todos os Enfermeiros, e que se encontram devidamente exaradas no regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. (OE, 2012, p8).

Com a progressão do percurso profissional evoluiu-se para a necessidade de aquisição de competências específicas que visassem a adequação de respostas específicas a determinadas situações em contextos concretos daí surgindo, concludentemente, a vertente de especialização em várias áreas da enfermagem.

A especialização nas diferentes áreas da enfermagem encontra-se plasmada no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Lei nº156/2015, de 16 de setembro, que define o Enfermeiro Especialista como o profissional que se encontra:

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

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista implica a verificação da obtenção de um conjunto de competências específicas que se encontram exaradas no regulamento de cada especialidade. Não obstante deste requisito, o Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialização, deverá ser detentor de um corpo de

competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados, além das competências específicas da sua área de atuação, como refere o Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro.

Em conformidade com o Regulamento supracitado, as competências comuns do Enfermeiro Especialista são:

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

O Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, prevê que os Enfermeiros Especialistas devem possuir conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizando-os na sua prática clínica, pelo que devem reger a sua atuação de acordo com os quatro domínios das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas: domínio da responsabilidade profissional, ética e moral; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne às competências específicas de cada área de especialidade, estas são descritas como as que decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

No decurso deste relatório serão explanadas, de acordo com o Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. (p.19362).

Além da definição das competências, o Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, traça também aquele que deve ser o perfil do Enfermeiro Especialista EMC, na área da pessoa em situação crítica. Encontra-se exarado que o Enfermeiro EEMC, presta cuidados altamente qualificados, de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco, preservando as funções vitais, prevenindo complicações, restringindo incapacidades futuras, estimulando a sua recuperação máxima.

As competências do Enfermeiro Especialista na pessoa em situação crítica são altamente exigentes e encontram-se estruturadas em três grandes áreas de intervenção: a área

do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a área da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e a área da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Considerando que este trabalho visa a aquisição do grau académico de Mestre, importa referir que as competências que conferem este grau encontram-se plasmadas no Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho. Assim, em consonância com o Regulamento citado anteriormente, o Mestre deve revelar conhecimentos e habilidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, aplicando-os na resolução de problemas em situações novas e não familiares. Deve ainda ter aptidão para incorporar conhecimentos, lidar com assuntos difíceis, apresentar soluções em situações de escassa informação, reflexões sobre os envolvimento, éticos e sociais que resultem das mesmas, comunicando as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes, a especialistas ou não, demonstrando competências que consintam uma aprendizagem ao longo da vida.

1.2. Contextualização teórica

Este relatório abordará o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro EEMC na área da pessoa em situação crítica e as de Mestre, estando esta escolha relacionada não apenas com o meu interesse pessoal pela área, mas também com o facto de todo o meu percurso e experiência profissional ter sido realizado com enfoque no doente a vivenciar uma situação crítica.

De acordo com a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), a atividade assistencial em urgência é entendida como:

um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão. (p. 8).

Ao longo do curso de Mestrado em EMC orientei o meu percurso para os cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto pré-hospitalar e hospitalar, com foco não apenas na prestação de cuidados diretos à pessoa, mas também na triagem e aconselhamento telefónico.

De modo a compreendermos melhor a atividade assistencial na área do pré-hospitalar, mais concretamente o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STT), importa clarificar algumas ideias, relativamente a estes conceitos.

A palavra Triagem advém do Francês, “*trier*”, que significa escolher, classificar e selecionar. A Triagem é um sistema utilizado pelos profissionais da área médica e de emergência para racionalizar os recursos limitados quando o número de vítimas que necessitam de assistência excede os recursos disponíveis (INEM, 2012). A Triagem consiste num método que permite a gestão do risco clínico que organiza, com segurança, a fluidez de doentes, quando a procura e as exiguidades influem os recursos reais existentes (Soler, Munoz, Bragulat & Alvarez, 2010). Surgiu em contexto bélico, sendo desenvolvida por um cirurgião do exército de Napoleão como um método que possibilitava avaliar e categorizar os feridos no campo de batalha de forma célere, evacuando aqueles que necessitavam de cuidados urgentes e emergentes. O propósito da classificação dos doentes através da Triagem prendia-se com salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados de acordo com os meios existentes. (INEM, 2012).

Os sistemas de triagem podem diferenciar-se por diversos fatores: devido ao profissional que a efetua, à profundidade da triagem, à existência de algoritmos de triagem e de protocolos de atuação associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e os recursos equipamentos/meios que envolvem INEM, (2012).

De acordo com o Grupo Português de Triagem, (n.d) o Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi introduzido em Portugal, no ano de 1999, pelo próprio grupo, em acordo com o *Manchester Triage Group*. O Protocolo da Triagem de Manchester exige a presença de um enfermeiro devidamente formado para a executar, e que o doente esteja presente aquando da sua realização no Serviço de Urgência (SU).

Em contexto pré-hospitalar, a triagem baseia-se em dois momentos diferentes: a triagem primária e a triagem secundária. O desenho do fluxograma de triagem primária permite a imposição de uma determinada ordem e a celeridade da triagem perante atuar perante um grande número de vítimas, assente no método “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (START). A triagem secundária permite triar de forma mais precisa um grande número de vítimas, assente no método “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), através da avaliação de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. (INEM, 2012).

O aconselhamento telefónico de enfermagem, de acordo com Louzada KR, (2018) é uma das atividades do enfermeiro, e consiste na assistência ao doente, com o objetivo de

o ajudar a resolver um problema através da conversação. Mais acrescenta, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos e habilidades, bem como da capacidade de estabelecer uma comunicação empática, por forma a realizar uma avaliação objetiva, identificando o problema e a capacidade do doente ou dos seus familiares para a sua resolução.

Para que se consiga obter um aconselhamento telefónico efetivo e eficiente, o autor mencionado no parágrafo anterior refere a necessidade de existir um Protocolo devidamente suportado por referências teóricas e evidências científicas, e de este ser executado por um profissional experiente e com treino, uma vez que o contacto à distância desfavorece a objetividade.

Nos Estados Unidos da América (EUA), os “Call Centers” de triagem em enfermagem são os pontos de primeiro contacto com os cuidados de saúde, em que os enfermeiros, após a triagem telefónica, promovem os cuidados convenientes, no local apropriado e em tempo adequado. De acordo com Marek (2000) a triagem telefónica permite os “3 R's” (*right care, right provider, right time*).

Em 2006, tendo por base os resultados do STM presencial, foi desenhado um Protocolo para a realização da triagem telefónica, com o objetivo de formar uma rede onde a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar funcionassem com o mesmo sistema de triagem. Desta forma e com objetivos semelhantes à triagem presencial, pretendia-se, com a triagem telefónica, determinar uma prioridade, só que em vez de ser para o atendimento e observação médica, destinava-se à ativação do socorro de forma proporcional à necessidade clínica identificada. (Grupo Português de Triagem, n.d). Este autor refere que o tempo de demora da triagem telefónica comparativamente à triagem presencial é superior. Esta demora está relacionada com a entrevista que é feita, com as circunstâncias e os contextos das ocorrências, visto que em situações mais críticas o operador presta aconselhamento telefónico até à chegada dos meios de socorro junto da vítima.

Segundo o Grupo Português de Triagem, (n.d), nas situações de menor gravidade em que é prestado aconselhamento, é normal existir uma reavaliação por parte do operador através de chamada telefónica, num prazo estipulado por Protocolo, de acordo com as queixas apresentadas e o resultado obtido na triagem.

Devido à inexistência de formação relativamente ao atendimento telefónico dos profissionais de saúde em Portugal, apenas foi possível validar esta nova aplicação (Triagem e Aconselhamento Telefónico), assente no Protocolo de Manchester, através de um projeto piloto na Região Autónoma dos Açores (RAA) em 2013, adaptando àquela realidade insular

os protocolos de triagem telefónica em consonância com as especificidades regionais – nomeadamente a rede de infraestruturas de saúde.

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), à semelhança do que aconteceu na Região Autónoma dos Açores (RAA), surgiu a necessidade de se implementar um Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico, respondendo às atribuições genéricas no âmbito da emergência médica pré-hospitalar do Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (SRPC, IP-RAM), nomeadamente no que concerne a assegurar o acompanhamento e aconselhamento das chamadas com pedidos de socorro de emergência médica, coordenar o acionamento dos meios de socorro apropriados e garantir a prestação do socorro medicalizado orientando e coordenando a prestação do socorro. (Decreto Legislativo Regional 17/2009/M).

Assim o SRPC, IP-RAM, criou a Equipa do Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico do Centro Integrado de Comunicações (STAT- CIC) em fevereiro de 2019, constituída por dois enfermeiros e dois Operadores de Central em regime de permanência, com a função de garantir o atendimento e respetivo encaminhamento das chamadas telefónicas no âmbito do socorro, coordenando, orientando, e fiscalizando as atividades dos corpos de bombeiros, de proteção civil e socorro.

De acordo com as diretrizes de funcionamento do SRPC, IP-RAM, a equipa STAT-CIC tem por objetivo assegurar o atendimento, triagem e aconselhamento telefónico de todas as chamadas de socorro por um profissional de saúde, avaliando as condições clínicas das vítimas, estabelecendo prioridades no acionamento de meios, destacando para o local os meios mais adequados. É também desígnio desta equipa definir tempos de resposta adequados às prioridades identificadas, coordenar ações relativamente ao encaminhamento dos doentes aconselhando as vítimas em situações que não justificam a ativação de meios de socorro nem ida ao Serviço de Urgência. (Norma Operacional Permanente (NOP) Sistema de Regulação de Funcionamento do CIC-CROS, 2019)

De acordo com a NOP supracitada, o enfermeiro da Equipa SAT-CIC é o responsável pelo atendimento dos pedidos de socorro da área da saúde e seu encaminhamento, gerindo os recursos humanos e materiais disponíveis, garantindo a correta aplicação dos cuidados de Emergência Médica.

Os enfermeiros que desempenham funções na equipa STAT-CIC, tinham como requisito de admissão o desempenho de funções em serviços onde contactassem com o doente crítico há pelo menos 5 anos, o que vai de encontro ao que defendem Acosta, Duro e Lima (2012), quando dizem que os enfermeiros experientes transmitem confiança, e

inclusive os enfermeiros menos experientes procuram neles auxílio e explicitação das suas dúvidas.

Um estudo realizado a 53 elementos de uma equipa de enfermagem de um SU de um Hospital central da zona centro do país, realizado por Amaral, (2017), sobre a “Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam”, concluiu que a experiência profissional pode por si só não ser fator facilitador do desempenho em áreas específicas de atuação. No entanto, ficou demonstrada a importância da formação ao longo da vida e da prática clínica na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados após a realização de ações de formação aos elementos que realizavam a triagem, uma vez que a eficácia da mesma aumentou consideravelmente, repercutindo-se numa melhoria considerável da Triagem de Manchester efetuada nesse Hospital.

1.3. Caracterização dos contextos da prática clínica especializada

A escolha dos campos de estágio definidos pelo Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny teve por base o reconhecimento dos serviços dessas Instituições, como referências em termos de atualização e inovação, quer na implementação de práticas de cuidados de saúde, quer no desenvolvimento dessas práticas.

Essas foram as principais razões da escolha dos serviços onde estagiei, pois considerei serem os locais mais indicados para o desenvolvimento de competências especializadas na Triagem e Aconselhamento Telefónico em situações de maior complexidade, e no cuidado ao doente crítico em contexto pré-hospitalar e hospitalar.

O fundamento do meu arbítrio baseou-se no gosto pessoal que detenho pela área emergência pré-hospitalar, e no interesse em aprofundar conhecimentos relativamente a todo o processo de socorro, mas também pelo facto de fazer parte da equipa de enfermeiros do Sistema de Triagem e Atendimento Telefónico (STAT) do Serviço Regional de Proteção Civil da RAM.

Assim, com vista a aprofundar conhecimentos no domínio específico na área de especialização, realizei dois estágios incluídos no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Realizei o Estágio I – Urgência, no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), contemplando um total de 250 Horas, distribuídas em 130 horas de estágio, 10 horas de orientação tutorial e 110 horas de tempo individual do estudante e decorreu entre 04 de Setembro de 2018 e 3 de Outubro de 2018.

O Estágio II – Cuidados Intensivos, que contempla um total de 250 horas, 140 horas de contacto (130 de estágio e 10 de Orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante foi-me creditado pelo Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. A acreditação baseou-se nos meus 12 anos de exercício profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HNM, durante os quais realizei diversas formações, e onde pude vivenciei múltiplas experiências no âmbito dos cuidados ao doente crítico, fundamentais à aquisição de um conjunto de conhecimentos sólidos e de competências específicas no cuidado a este tipo de doentes. Ao longo destes 12 anos na UCIP do HNM, prestei cuidados de enfermagem ao doente crítico, do foro médico e cirúrgico, em falência eminente ou já instituída de uma ou mais funções vitais que, por inerência do seu estado clínico, encontravam-se dependentes de meios avançados de monitorização e vigilância, e de suporte das suas funções vitais através de múltipla terapêutica e Ventilação Invasiva. Atendendo a este percurso, solicitei creditação para esta Unidade Curricular, por considerar que as experiências e o desenvolvimento de competências que possivelmente iria vivenciar não seriam diferentes daquelas que com empenho, dedicação e fundamentação técnica e científica, desenvolvo no meu dia-a-dia.

O Estágio III – Opção, contemplou um total de 375 horas (210 horas de contato e 165 horas de tempo individual), tendo sido realizado nos serviços: Linha de Emergência Médica (LEM) do Serviço Regional de Proteção e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) num total de 40 horas, no Serviço SIV Terceira, 40 horas, e na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), do SRPC, IP-RAM, num total de 112 horas nos meses de fevereiro, março e abril de 2019.

1.3.1. Estágio I - Serviço de Urgência Do Hospital Dr. Nélio Mendonça

O Ministério da Saúde, através do Despacho 10319/2014, de 11 de agosto, artigo 5º, define as características inerentes a um Serviço de Urgência Polivalente. De acordo com o Despacho supracitado, o SU do HNM é considerado polivalente, ou seja, apresenta o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, pois possui como valências: Cirurgia Cardiotorácica, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Plástica, Pneumologia e Gastroenterologia com Endoscopia, Neurocirurgia, Imagiologia permanente com Angiografia e Ressonância Magnética, e Patologia Clínica.

No SU do HNM existe uma área pediátrica, uma área de adultos, sendo que as urgências obstétricas são encaminhadas para o 4º andar da referida instituição. Este SU dá resposta a toda a RAM, sendo considerado de “fim-de-linha”, pois as situações que não são de possível resolução nas urgências periféricas são drenadas para aquele serviço, o que o torna um local privilegiado em termos de experiências e contributos para a aprendizagem.

A escolha deste campo de estágio teve em consideração os fatores anteriormente descritos, bem como o facto de ter uma localização geográfica próxima, e de ser um ambiente com características conhecidas pois pertence à Instituição onde trabalho. Tais condições, aliadas à circunstância de representar um serviço de referência nesta área, na medida em que dá resposta ao nível de cuidados urgentes e emergentes a cerca de 254 368 mil habitantes (Direção Regional de Estatística, 2018) além do número de população flutuante (de cerca de 12 mil turistas por dia) que visita a RAM (SESARAM, Plano Estratégico 2010-2011), foram determinantes para a minha escolha.

De acordo com dados públicos do SESARAM, em 2018, o número de atendimentos no SU do HNM atingiu os 113456 o que, em termos médios, representa uma afluência de 311 pessoas por dia a este serviço. Perante a casuística podemos facilmente depreender que o SU do HNM é fértil em termos de aprendizagem, dado o números de situações clínicas diárias.

Aliado aos números de atendimentos diários, o facto da equipa de enfermagem ter um plano de rotatividade pelos vários postos de trabalho, nomeadamente pela área de acolhimento (chegada de pessoas doentes urgentes e emergentes), sala de triagem, sala de emergência, sala de tratamentos (logo após as salas de observação médica, onde se institui os tratamentos prescritos), sala de recuperação (onde são feitos tratamentos mais prolongados, e permanecem pessoas doentes internadas à espera de transferência), sala aberta (onde se aguarda reavaliação), sala de observação, sala de cuidados especiais para situações mais complexas, isolamento para situações específicas, sala de pequena cirurgia, sala de cirurgia (preparação para o bloco-operatório), e sala de ortopedia, contribui para a diversificação da aprendizagem, pelas múltiplas e diversificadas situações que este serviço acolhe.

Como já referi, o SU do HNM é considerado polivalente, pois apresenta o nível mais diferenciado de urgência/emergência, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Apesar de depender das indicações do Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), tem um Diretor Médico e um

Chefe de Enfermagem na sua coordenação, regendo-se por Regulamento próprio desde o ano de 2003.

A equipa de enfermagem integra profissionais afetos aos cuidados de enfermagem, enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de reabilitação, de saúde mental, psiquiátrica e comunitária.

No SU do HNM, todos os doentes são submetidos à triagem através do STM, sendo que até aos 18 anos são encaminhados para o Serviço de Pediatria. Os doentes que dão entrada com critérios de elevada gravidade, considerados emergentes, são imediatamente admitidos na sala de emergência, sendo a triagem, em muitos casos, feita ao doente após a sua entrada. Todos os outros casos são observados inicialmente na área de triagem, procedendo-se à triagem da sua situação clínica, prosseguindo para a atuação no problema apresentado, objetivando a resolução do mesmo.

“Para agilizar os procedimentos no transporte do doente do local onde se inicia o quadro vascular até à porta da unidade hospitalar e desta até à administração daquela terapêutica, criou-se o conceito de Via Verde (VV)” (DGS, 2010, p. 3). A criação das Vias Verdes foi determinante “não só para melhorar as acessibilidades como para permitir os tratamentos mais eficazes, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, fundamental para a redução de mortalidade.” (CNPDC – Documento Orientador sobre as Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), 2007)

No SU do HNM, estão protocoladas 4 vias verdes (AVC, Coronária, Sepsis, Trauma) pelo que, no momento em que o doente é admitido, e de acordo os sintomas apresentados, é ativada a via verde adequada e este é encaminhado de acordo com o protocolado pela mesma. A triagem e a ativação da via verde são efetuadas quase em simultâneo, pois o encaminhamento precoce do doente tem impacto na sua morbidade/mortalidade, devendo ser atendido o mais rapidamente possível. Importa salientar que o STM e os protocolos das Vias Verdes são independentes, isto é, ao ativar uma Via Verde para um doente, esse doente tem que obrigatoriamente ser triado pelo STM (Barreira, 2018, citando Pereira, 2014).

1.3.2. Estágio II- Serviço de Medicina Intensiva

Dada a creditação de competências pelo Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (as quais, como referi, adquiri nos 12 anos de trabalho na UCIP, do HNM), não realizei o Estágio II Cuidados Intensivos. No entanto, considero que a

minha atividade profissional desempenhada neste serviço constituiu uma forte valência na aquisição de competências do enfermeiro EEMC, no cuidado à pessoa em situação crítica.

O serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional – UCIP do HNM, o único Serviço de Medicina Intensiva (SMI) na RAM –, apresenta-se com a missão de: melhorar a saúde e o bem-estar dos utentes em estado crítico, prestando-lhes cuidados de saúde de qualidade, apostando na promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e formação de médicos e enfermeiros na área do intensivismo (Manual do Serviço I 2019).

É ainda competência do SMI dar assistência às situações de emergência interna hospitalar 24 horas por dia, 7 dias por semana, a todos os adultos internados no HNM, bem como aos que circulam no perímetro hospitalar, através de uma equipa constituída por um enfermeiro e um médico que acumulam esta tarefa com a prestação de cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro, o SMI do HNM, é de nível III no que concerne aos requisitos mínimos para Unidades de Cuidados Intensivos, pois funciona com uma equipa médica e de enfermagem próprias, disponibilizando dois médicos intensivistas 24 horas por dia. Pelos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica que possui é considerada polivalente, na medida em que assegura os cuidados integrais aos doentes das diversas especialidades pelos quais é responsável.

O SMI do HNM tem uma capacidade para 11 doentes, 8 camas no andar técnico (UCIP 1) que inclui um isolamento, e três camas no 1º Andar Poente (Sala 10-UCIP 2) do HNM.

A equipa de profissionais afetos aos cuidados de enfermagem é composta por 19 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem de Saúde Mental e um em Enfermagem de Saúde Comunitária, perfazendo um total de 60 enfermeiros que asseguram cuidados 24 horas sobre 24 horas, a um total de cerca de 500 doentes por ano.

Considerando que trabalho num serviço onde me revejo na sua missão e visão (por se tratar de um local altamente qualificado para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais), e por se tratar de um serviço acreditado desde janeiro de 2017 pelo modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA), com nível BOM, julgo estar garantido o desenvolvimento diário, na minha prática profissional, de conhecimentos e competências necessárias à salvaguarda da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados que presto.

1.3.3. Estágio III- Opção

O ensino clínico III – Estágio de opção, aconteceu em três fases diferentes, correspondendo cada fase a um serviço devidamente selecionado para dar resposta ao objetivo geral delineado para este percurso.

A primeira fase do estágio de opção realizou-se na LEM do SRPCBA, no período compreendido entre 11 e 15 de fevereiro, correspondendo a um total de 40 horas.

A segunda fase decorreu no Serviço SIV Terceira do Hospital Santo Espírito, entre os dias 18 e 22 de fevereiro, com um total de 40 horas, e a terceira fase do estágio de opção aconteceu na EMIR do SRPC, IP-RAM, contemplando um total de 112 horas.

Ao todo foram 375 horas, sendo 210 horas de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual. O método de avaliação, além da prática clínica, contemplou a elaboração de um plano de estágio, integrado num projeto de autoformação, e no fim, um relatório com a análise crítica das atividades realizadas.

O sistema de emergência pré-hospitalar na Região Autónoma dos Açores é parcialmente distinto do da Região Autónoma da Madeira, daí ter surgido o imperativo de o conhecer profundamente, desde o atendimento, acionamento e acompanhamento dos meios de socorro, através da LEM, passando depois para uma componente operacional, estagiando na SIV Terceira (meio que não existe na RAM), e terminando o estágio na EMIR, conhecendo assim o integral funcionamento dos sistemas de socorro pré-hospitalar de ambas as Regiões Autónomas.

1.3.3.a. Linha de Emergência Médica do SRPCBA

A LEM do SRPCBA foi implementada na RAA em março de 2012, sendo o atendimento efectuado por enfermeiros, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Ao entramos na Sala de Atendimento e Gestão de Emergências (SAGE), onde funciona a LEM, facilmente nos apercebemos que está estruturalmente organizada em quatro áreas distintas: uma de atendimento das chamadas via 112, uma zona de triagem e aconselhamento telefónico, uma de acionamento e acompanhamento dos meios de socorro e uma área de regulação médica.

Na SAGE desempenha funções uma equipa pluridisciplinar, constituída por diferentes profissionais, distribuídos pelas zonas referidas no parágrafo anterior, nomeadamente dois agentes da Polícia de Segurança Pública (a quem compete o

atendimento das chamadas realizadas para o número de emergência 112), três enfermeiros (que realizam a triagem e o aconselhamento telefónico, identificando o problema, determinando as alternativas e selecionando a alternativa ou aconselhamento mais adequado), dois operadores de comunicações (responsáveis pelo contacto com as corporações de bombeiros, ativando e acompanhando os meios de socorro para e na ocorrência, de acordo com as situações e o contexto), e uma zona onde se encontra o Médico Regulador (que procede à regulação médica e acompanhamento da equipa SIV quando é ativada, dá apoio aos Enfermeiros da LEM e é o responsável pela ativação da Equipa de Evacuações Aéreas).

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

1.3.3.b. SIV Terceira do Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R.

A SIV é um meio de socorro pré-hospitalar (que não existe na RAM) que prima a sua intervenção pelo suporte imediato de vida, onde se destaca o papel do enfermeiro enquanto elemento mais diferenciado da equipa.

As SIV's, Viaturas de Suporte Imediato de Vida, foram introduzidas pelo SRPCBA, no ano de 2012, sendo a equipa constituída por 13 enfermeiros e 6 Tripulantes de ambulância de Socorro (TAS), os quais asseguram o seu funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana, tendo como missão garantir cuidados de saúde diferenciados, e melhorar significativamente a assistência e os cuidados de saúde prestados em ambiente pré-hospitalar naquela Região. (SRPCBA n.d.).

São tripulantes das SIV um enfermeiro e um TAS, cabendo ao enfermeiro a chefia da equipa e a função da prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com os protocolos instituídos pelo SRPCBA e as orientações emanadas pela Regulação Médica. (SRPCBA n.d.). O Enfermeiro da SIV possui formação específica para trabalhar neste meio e tem ao seu dispor equipamentos auxiliares para a intervenção (como, por exemplo, monitor

cardíaco com capacidade de desfibrilação, *pacing*, cardioversão sincronizada, e realização de ECG de 12 derivações), cujos dados analisados são transmitidos em tempo real para o médico regulador. Esta viatura também tem uma mala medicalizada, garrafa de oxigénio, aspirador de secreções e seringa infusora.

Segundo Cabral (2015), as viaturas SIV, “atendem principalmente as situações de Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Paragem Cardiorrespiratória, Dispneia e Trauma, triadas pelos enfermeiros do Centro de Operações de Emergência do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores”. (p.42)

O mesmo autor refere, ainda, que a atividade das SIV é assistida por um médico regulador que decide sobre a aplicação dos protocolos estabelecidos, permitindo o transporte doente à unidade hospitalar já com o tratamento em curso.

1.3.3.c. Serviço de Emergência Médica Regional, EMIR

O Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) é, desde 2006, na Região Autónoma da Madeira, a entidade responsável pela unidade orgânica de carácter permanente, com competências abrangentes, no âmbito da emergência pré-hospitalar. Compete ao SEMER a elaboração de todas as normas na área da emergência, a coordenação dos pedidos de socorro, definindo as necessidades de recursos materiais e humanos, e promover a formação na área da emergência pré-hospitalar na RAM. (Mendonça, 2013).

O SEMER, de acordo com a Portaria n.º 343/2019, de 5 de junho, “é o serviço responsável por garantir a prestação do socorro medicalizado de emergência pré-hospitalar e orientar e coordenar a prestação do socorro não medicalizado concomitante, através da atividade dos vários agentes que intervêm na emergência pré-hospitalar”. (p.8) Integra a EMIR e o STAT, sendo sua competência garantir o adequado funcionamento do Programa Regional de Desfibrilhação Automática Externa, e assegurar o desenvolvimento dos protocolos técnico-científicos inerentes ao STAT.

A atividade da EMIR teve início a 20 de março de 1999, sendo a equipa atualmente constituída por 11 enfermeiros (nove especialistas em EEMC, um especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e um especialista em Obstetrícia), e por 17 médicos de diferentes especialidades (Cirurgia Cardiorrástica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Medicina Intensiva e Medicina Interna). (Serviço Regional de Proteção Civil, n.d.)

A EMIR é constituída por um médico e um enfermeiro, com formação específica em Suporte Avançado de Vida (SAV) e emergência pré-hospitalar, cuja missão consiste em garantir a prestação de cuidados em situações de emergência, coordenar e promover a

formação a todos os agentes indispensáveis às ações de emergência médica pré-hospitalar na RAM (Serviço Regional de Proteção Civil, n.d.).

A sua área geográfica de atuação, sempre e quando os meios adequados lhe forem disponibilizados pelas entidades competentes, corresponde a toda a RAM, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, onde a ativação da equipa é realizada pelo enfermeiro do STAT aquando da triagem de uma vítima quando esta apresenta critérios de Prioridade 1.

O facto de o SRPC, IP-RAM estar certificado pelo Sistema de Gestão da Qualidade desde 2011, quanto à prevenção de riscos inerentes a acidentes graves ou catástrofes e reação na proteção e socorro dos cidadãos, seus bens e património, bem como formação e treino no âmbito do socorro e emergência, aliado ao desafio de poder ter uma prática clínica enriquecedora (pela imprevisibilidade dos acontecimentos e pela exigência do pré-hospitalar), foram motivos que me levaram a optar por este campo de estágio onde se constata, efetivamente, a prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciados à pessoa em situação crítica.

Pela qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços onde realizei os ensinamentos clínicos, devidamente reconhecidos, inclusivamente a nível internacional, apraz-me referir que foram uma mais-valia no desenvolvimento das competências do Enfermeiro EEM, no cuidar a pessoa em situação crítica, sobre as quais refletirei e aprofundarei no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

2.1. Percurso de construção e desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica

O presente capítulo encontra-se organizado em dois subcapítulos nos quais pretendo demonstrar o percurso desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC, conseqüentes da inclusão e relacionamento entre um vasto corpo de conhecimentos assimilados durante a componente teórica e as práticas clínicas desenvolvidas ao longo deste Mestrado.

Oliveira (2010) defende a ideia que a aprendizagem apenas ocorrerá se houver reflexão sobre as experiências e se as mesmas forem desconstruídas, através da capacidade e flexibilidade cognitiva para desenhar possíveis cenários interpretativos. Indo de encontro à ideia defendida pelo autor, procederei à análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas ao longo deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, alicerçado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) bem como no Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro da EMC e no REPE, onde estão explanados os deveres da profissão (fundamentados nos direitos dos cidadãos, utentes do Serviço de Saúde) e as responsabilidades assumidas pela profissão.

O CDE, a par do REPE, são os alicerces mais importantes do reconhecimento da profissão, definidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE). Estes documentos serão invocados ao longo deste trabalho, pois é nestes documentos que estão redigidas as condições normativas e vinculativas de atuação em qualquer contexto que diga respeito aos Enfermeiros (OE, 2015). A atuação dos Enfermeiros é regida pelo Código Deontológico da profissão, cabendo ao especialista o reconhecimento de situações particulares e a responsabilidade de promover o cumprimento de um exercício profissional de funções de acordo com o mesmo, devendo este constituir-se como elemento de referência no esclarecimento de casos específicos (inclusive os que envolvam aspetos ético-legais).

Conforme consta no artigo 100º do CDE, o Enfermeiro assume a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, sendo de realçar o artigo 104º que esclarece o dever da coresponsabilização pelo atendimento em tempo útil, orientação para o profissional mais adequado quando a resposta necessária ultrapassa a sua área de competência, assegurando desta forma a continuidade de cuidados de saúde.

As intervenções de Enfermagem, como é referido no artigo 99º do CDE, são realizadas pugnando pela defesa da liberdade e da dignidade, destacando valores universais

a preservar como sejam a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Ao Enfermeiro Especialista compete ainda assegurar que os direitos das pessoas doentes – tal como o respeito pela sua dignidade, segurança, equidade no acesso aos cuidados de saúde, direito à informação, privacidade, sigilo, entre outros – sejam respeitados aquando do acesso aos cuidados de saúde.

O meu percurso de desenvolvimento das competências compreendeu as aprendizagens teóricas, os ensinamentos clínicos e a análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas, tendo sempre em consideração a experiência como base e condição de aprendizagem, que foi refletida, reconstruída e conscientizada. Assim, foi-me possível consolidar os conhecimentos e competências adquiridas em articulação com a experiência pessoal e profissional, corporizando-os numa prestação de cuidados de enfermagem especializados e holísticos à pessoa/família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Como estratégia de aprendizagem utilizei a observação, a ação, a interrogação e reflexão, bem como a pesquisa, a análise, a metodologia de estudo de caso e elaboração de diversos documentos, nomeadamente relatórios dos campos de estágio e diários reflexivos. As práticas clínicas assumiram um papel preponderante no meu processo de formação e desenvolvimento de competências, visto que as mesmas implicaram um processo de construção do saber profissional, de saber situacionalmente contextualizado e pessoalmente construído, de saberes disciplinares, e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais orientadores no trajeto da prática.

O desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como o desenvolvimento de aptidões de análise crítico-reflexiva dos problemas da prática profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituíram objetivos transversais aos campos de estágios que realizei.

Desta forma, e de acordo com o plasmado no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, ao Enfermeiro Especialista exige-se que detenha conhecimento profundo num domínio específico de Enfermagem, revelando elevados níveis de julgamento e de tomada de decisão clínica, expressos numa agregação de competências especializadas referentes a uma área de intervenção em consonância com as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Interligado ao conjunto de competências clínicas especializadas encontra-se o desenvolvimento dos domínios de competência do Enfermeiro de cuidados

gerais, sendo que o Especialista, além das competências específicas da sua área de especialidade, deverá possuir domínio sobre um grupo de competências comuns.

Por forma a melhor compreender este percurso de desenvolvimento de competências, o primeiro subcapítulo comporta um relato do percurso de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista recorrendo à análise crítico-reflexiva, descrevendo as atividades desenvolvidas que contribuíram para o efetivar deste percurso. O segundo subcapítulo apresenta uma componente mais específica na qual explano o percurso de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à pessoa em situação crítica.

Considerando que as competências são elementos diferenciadores da intervenção do enfermeiro e as mesmas resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, prossegue-se então à descrição, reflexão e análise do percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à pessoa em situação crítica.

2.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de Especialista ao Enfermeiro pressupõe que o mesmo possua domínio não apenas de um conjunto de competências específicas regulamentadas de acordo com cada área de especialidade mas, também, que comungue de um corpo de competências mais genéricas, e abrangentes, designadas por comuns – consagradas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, onde se lê, no seu art. 3º, alínea a):

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

Tais competências compreendem quatro domínios específicos: responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais que, sendo transversais, aplicam-se a todos os contextos da prestação de cuidados especializados.

Na área da saúde, em particular na enfermagem, o percurso de construção de competências profissionais, comporta a articulação de diferentes saberes, visando a construção de um projeto comum, de uma prática profissional regulada pela aquisição e incorporação de conhecimentos, traduzindo-se numa modificação da realidade em saúde (Leonello & Oliveira, 2007 citado por Camelo & Angerami, 2013).

Para Gómez-Rojas (2015); Martínez et al., (2015) a competência profissional é consequência do processo de qualificação que possibilita “ser capaz de”, “estar capacitado para”. Este é um processo que compreende a mobilização de recursos, conhecimentos, habilidades, juízo crítico, bem como de experiências, atitudes e valores pessoais, que são usados em resposta às situações que surgem no exercício da prática profissional, e expressas pelo saber ser, pelo saber fazer e pelo “Know-how” saber-saber.

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

Para a aquisição das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, previsto no artigo 5.º, ponto n.º 1, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considerei relevante para o meu crescimento pessoal e profissional o contributo da reflexão proporcionada pela Unidade Curricular de Ética, Deontologia e Direito lecionada neste curso de Mestrado.

Inerente à prática dos cuidados de enfermagem está o exercício profissional, seguro e ético contínuo, que exige do Enfermeiro Especialista o recurso a habilidades de tomada de decisão através de uma análise criteriosa, baseando a sua decisão no quadro de competências previsto no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, e em cabal cumprimento do CDE.

O Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, refere que os códigos deontológicos salvaguardam a qualidade dos cuidados prestados, e incute a permanente atualização da cultura científica e da preparação técnica, como forma de os profissionais de saúde prestarem os melhores cuidados ao seu dispor, em pleno respeito pela dignidade da pessoa, atenuando o sofrimento, e restituindo a sua saúde.

O processo de tomada de decisão, segundo Benner (2005), pressupõe um caminho formal por etapas – que implica a recolha de informação, a análise das hipóteses de resolução do problema, os prós e contras das várias hipóteses, optando por aquela que favoreça maior evidência. Segundo a autora, só quando se atinge o nível de perito é que se obtém uma compreensão profunda da situação global, compreendendo de forma intuitiva cada situação, facilitando o processo de decisão.

Em contextos de urgência/emergência, autores como Jesus (2004), defendem que o Enfermeiro deve munir-se de um corpo de argumentos relativos aos aspetos éticos, morais, deontológicos e legais que respeitem os princípios orientadores das teorias éticas, o regulamento do exercício profissional, os direitos humanos e os direitos dos doentes, já que

muitas destas decisões têm que ser tomadas em âmbitos muitas vezes de incerteza, e a informação de que se dispõe é por vezes ambígua e diminuta.

Profissionalmente sempre procurei atualizar-me e, desta forma, estar munido dos conhecimentos científicos mais recentes e adequados à minha área de intervenção. Desta feita, procurei incrementar continuamente as minhas capacidades, que me auxiliaram na tomada de decisão em situações determinantes. Academicamente, ao ingressar no Mestrado de EMC, senti necessidade de aprofundar ainda mais estes conhecimentos científicos – a título de exemplo, debrucei-me sobre diversos estudos científicos e documentos, nomeadamente, pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, os textos emanado da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, e na Deontologia Profissional de Enfermagem – de forma a dar resposta ao plasmado no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista.

Considero que este processo constante de atualização foi significativamente relevante para o exercício de uma prática profissional de enfermagem de excelência baseada na evidência, gerindo o equilíbrio frágil da tomada de decisão e respeitando as reais necessidades e particularidades do doente, orientado pelos princípios éticos inerentes à profissão (princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), tendo todo o processo sido alvo de debate com o doente e com a equipa multidisciplinar. Por diversas vezes recorri ao debate reflexivo como instrumento auxiliar para a tomada de decisão no meu dia-a-dia. Esta foi uma ferramenta utilizada, por exemplo, em contexto de urgência, onde me deparei com uma situação de aparente violência doméstica – em contexto de sala zero – em que a vítima manteve um discurso incoerente com as lesões que apresentava e onde percebi que a mesma não denunciaria o seu agressor (que a acompanhava), pelo que optei por entrar em contacto com um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (presente no serviço) para que este pudesse tentar conversar com a vítima e procurar compreender o que se teria passado. Neste curto espaço de tempo, dirigi-me ao acompanhante para, num local mais afastado do local onde se encontrava a vítima, poder pedir maior esclarecimento sobre as causas dos ferimentos da vítima, permitindo, assim, ao colega, conversar com a vítima na ausência do acompanhante.

A partilha de experiências com outros enfermeiros de diferentes áreas de especialização, com vasta experiência na área, enriqueceram a minha prática clínica, facilitaram a minha integração na equipa e capacitaram-me para a tomada de decisão assertiva seja em contexto de ensino clínico, seja em contexto profissional.

Nos cuidados de enfermagem altamente diferenciados que prestei à pessoa em situação crítica tive a oportunidade de lidar com doentes de diversas etnias, em diferentes condições socioeconómicas, com alterações do seu estado de consciência. Procurei, de acordo com cada caso, adaptar a minha abordagem à situação em consonância com as necessidades biopsicossociais e religiosas de cada um. Destaco uma situação em contexto de exercício profissional onde um doente com Síndrome de Guillan-Barré (que se apresentava depressivo com a sua condição de saúde) solicitou autorização para receber a visita do seu filho de dois anos. Por considerar que esta visita poderia ser uma mais-valia do ponto de vista da motivação do doente para a sua recuperação, autorizei a visita. Também requisitei a presença de um padre quando a família de um doente quando assim o solicitou, perante o prognóstico reservado da situação clínica do doente.

Na prestação de cuidados procurei fazer com que os mesmos fossem altamente eficazes, em tempo útil, e executados de forma holística, canalizando os conhecimentos e habilidades, que me permitem gerir eficazmente a situação definindo prioridades, e prevenindo possíveis complicações, de modo a proporcionar uma intervenção rápida e adequada, de impacto na sobrevivência do doente. Estas intervenções regem-se pelo direito à informação e o dever de informar o doente contemplados na Carta dos Direitos e Deveres do Doente – Portaria n.º 87/2015, de 23 de março – em respeito pela dignidade, liberdade e autonomia, pelo que procuro sempre explicar as minhas ações e a importância das mesmas, para consentimento do doente, envolvendo-o, assim, nos cuidados que lhe presto, contribuindo para o seu grau de satisfação. Em contexto de urgência fui confrontado com um doente em pré-edema agudo do pulmão com necessidade de iniciar Ventilação Não Invasiva (VNI). Perante a complexidade desta intervenção, senti a necessidade de explicar (de forma breve e rápida) a importância da colocação de uma máscara facial para VNI, explicando o que se poderia sentir depois, de forma a melhor obter uma melhor adaptação do doente à intervenção necessária.

A minha prática de enfermagem é realizada indo ao encontro do plasmado na Carta dos Direitos do Doente Internado, da Direção Geral da Saúde (DGS, 2004), que diz que os doentes têm direito a dar ou recusar o seu consentimento e ao plasmado na Convenção Direitos do Homem e da Biomedicina (2001) que refere que a intervenção no domínio da saúde só pode ser realizada após ter sido prestado o consentimento livre e esclarecido pela pessoa em causa. Nas situações de emergência, nomeadamente no pré-hospitalar, dado o contexto e o estado crítico em que o doente se encontra, nem sempre foi possível atender a este princípio, tendo nesses casos prevalecido o princípio da beneficência, de acordo com o

que preconiza o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2005). Foi o caso de uma intoxicação medicamentosa, onde procedi à intubação nasogástrica da doente para efetuar o procedimento de lavagem gástrica sem ter obtido o consentimento da mesma, pois encontrava-se prostrada.

O respeito pelo princípio da privacidade do doente sempre foi uma preocupação em contexto de SU onde, como é do conhecimento geral, existe uma sobrelotação de doentes. A forma que encontrei para respeitar este princípio foi o recurso à utilização de cortinas e biombos na realização dos procedimentos. Perante a necessidade de algaliação de um doente em contexto de SO, atendendo ao ambiente, envolvi a cama do doente com biombos de forma a criar ali um espaço um pouco mais privado para a realização deste procedimento. A dificuldade de respeito pelo princípio da privacidade também surgiu na sala de triagem, onde muitas vezes são abordados dois doentes em simultâneo, e é possível ouvir-se a situação que motiva cada um deles a deslocar-se àquele serviço. Procurando esbater essa situação, optei por manter duas zonas de atendimento o mais afastadas possível, e procurei chamar doentes do mesmo género daquele que estaria já a ser atendido para a realização da triagem.

No SMI, esta situação encontra-se mais protegida tendo em conta que os doentes estão individualizados em boxes, separadas fisicamente umas das outras. Ainda assim, aquando da prestação de cuidados, procuro colocar sempre um biombo para dar maior privacidade. No horário de visitas, encaminho-as diretamente ao doente que pretendem visitar, não permitindo que tomem conta do estado de outros doentes, agindo de acordo com o defendido no REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 107º, do dever de respeito pela intimidade, em que o Enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (p. 8079).

Pauto a minha atividade pelo sigilo profissional, garantindo em todas as situações que apenas a informação relevante para o cuidado a prestar ao doente é divulgada aos profissionais diretamente envolvidos nos cuidados a prestar.

Garanto a confidencialidade da informação escolhendo um local mais sossegado para a transmissão de informações relevantes acerca do estado de saúde do doente adequando o meu tom de voz ao contexto. Em contexto de urgência procurei transmitir estas informações num local mais sossegado, pelo que solicitei ao familiar do doente que me acompanhasse à sala de trabalho do SO. Em contexto de cuidados intensivos, é mais fácil garantir alguma privacidade, já que posso recorrer ao gabinete de enfermagem para transmitir informações mais delicadas sobre o estado de saúde do doente. No SMI fiz o acolhimento a familiares de uma vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em morte

cerebral, acompanhando-os ao gabinete médico para que o Médico de serviço os informasse acerca dos procedimentos que se iriam realizar, nomeadamente, provas de morte cerebral. Estas situações demonstram uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados gerindo situações especialmente comprometedoras para os doentes.

2.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente, a qualidade em saúde é uma prioridade para qualquer uma das suas áreas profissionais. No que se refere à área de enfermagem, desde a criação e reconhecimento da Ordem dos Enfermeiros pelo Estado português, encontram-se contemplados nos seus estatutos os padrões de qualidade que permitem atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, o que permite, através da sua análise, uma oportunidade de reflexão sobre o exercício desta classe profissional.

O SMI, do HNM, local onde exerço funções há cerca de 12 anos, é uma das 13 unidades de saúde certificadas do SESARAM, com a acreditação da qualidade de Nível Bom, pela DGS, através do Modelo de Certificação da Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia (ACSA) Internacional. Ao todo, o SESARAM, local onde realizei a maior parte dos meus ensinamentos clínicos possui 13 das 129 unidades de saúde certificadas pela DGS em todo o país.

O modelo de acreditação da qualidade ACSA adotado pelo SESARAM foi desenvolvido pela Agência de Qualidade da Saúde da Andaluzia, tornando-se o modelo oficial do Ministério da Saúde no ano 2009, pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto, para a acreditação dos serviços do Serviço Nacional de Saúde. Para que a acreditação fosse possível existiu um contributo de todos os profissionais na implementação de vários projetos na área da qualidade, com o intuito de responder às exigências estipuladas no modelo ACSA.

Deste modo, destaco esta colaboração como contributo para o desenvolvimento de aptidões ao nível da análise e do planeamento estratégico da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem é um imperativo do serviço onde exerço as minhas funções, mas também um desígnio dos serviços por onde estagiei. Assim, procurei, ao longo da minha vida profissional e nos estágios que realizei, inteirar-me das auditorias realizadas e dos resultados obtidos, analisando-os, e revendo as práticas adotadas, incorporando as novas práticas na prestação de cuidados, seguindo os novos protocolos estipulados pelo serviço. É exemplo disto a execução rigorosa do protocolo

de higiene oral com clorohexidina para a prevenção das pneumonias que incluí no plano de cuidados do doente.

É a padronização dos cuidados prestados através da existência de protocolos que garante um aumento da segurança na prática, pois permite a integração de novas tecnologias alcançando-se a inovação no cuidar, a racionalização dos recursos e a divulgação de conhecimento. (Pimenta, Pastana, Sichieri, Gonçalves, Gomes, Sollha & Souza, 2017). Em consonância com esta padronização, visando estimular e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, e assegurando os direitos dos cidadãos, o Ministério da Saúde elaborou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que contempla o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, a abordagem nas intervenções locais, o aumento da adesão às normas de orientação clínica, a melhoria da qualidade organizacional e clínica, a monitorização permanente da qualidade e da segurança, a divulgação de dados de desempenho, a informação transparente aos cidadãos e o aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Deste modo, o meu exercício profissional nos vários contextos pautou-se pelo cumprimento das normas clínicas e guias de boas práticas publicadas pela DGS, colaborando na implementação dos mecanismos de melhoria contínua da qualidade, promovendo o bem-estar e o autocuidado, prevenindo complicações, através da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Oriento a minha intervenção pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, regulamentado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, OE, (2017). Desta forma, presto cuidados de enfermagem holísticos, eficazes e em tempo útil, promovendo e adequando estratégias de comunicação com o doente e familiares, nomeadamente a doentes entubados. Previno focos de instabilidade através da implementação precoce de intervenções de enfermagem dirigidas, faço a gestão de protocolos terapêuticos complexos, gerindo eficazmente a dor, de acordo com os padrões de qualidade regulamentados, e as normas emanadas pela DGS.

Segundo Fragata (2011), a qualidade e a segurança em saúde andam a par uma com a outra, podendo dizer-se que “mais segurança promove sempre qualidade superior” (p.19). Em acordo com o descrito pelo autor, garanto a segurança dos doentes, através de uma correta identificação dos mesmos, através da pulseira de identificação, com o seu nome e respetivo número de processo clínico, e na administração terapêutica garanto que o medicamento prescrito é o administrado ao doente certo, na dose e via correta e à hora

definida, recorrendo à verificação terapêutica, no início de cada turno, e sempre que são efetuadas alterações terapêuticas. No SO e na sala de cuidados especiais, implementei planos de cuidados holísticos e individualizados, identificando as necessidades, levantando diagnósticos de enfermagem, planeando e executando intervenções, avaliando os resultados, contribuindo para a individualização e para a continuidade dos cuidados de enfermagem fomentando a qualidade desses cuidados.

Sempre procurei garantir uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, considerando a análise crítica e reflexão diária sobre a prática, para melhorar comportamentos face às responsabilidades confiadas e na procura da excelência profissional.

2.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O Enfermeiro Especialista, no desenvolvimento do seu exercício profissional deve possuir aptidão na gestão de cuidados, incentivando a maximização da qualidade dos cuidados, recorrendo para tal à liderança e gestão eficientes dos recursos, em articulação com os restantes elementos da equipa. Para o desenvolvimento desta competência, foram importantes os contributos e conhecimentos adquiridos através dos conteúdos lecionados na disciplina de Gestão Formação e Supervisão em Enfermagem, bem como a Pós-Graduação que realizei em Administração e Gestão de Serviços de Saúde no decurso da minha vida académica, mais concretamente, os módulos de liderança e gestão de equipas, os quais me facultaram, no papel de líder da equipa, uma panóplia de instrumentos essenciais no domínio desta competência, e na melhoria da qualidade nos processos de gestão de cuidados.

Verificamos, muitas vezes, na prática, que é o Enfermeiro Especialista quem, de acordo com as orientações do chefe de serviço, na substituição nas suas ausências e impedimentos, fica responsável pela gestão dos cuidados e do serviço. Procurando compreender melhor o papel do Especialista neste domínio de competência recorri, durante as minhas práticas clínicas, ao diálogo e reflexão com os Enfermeiros Especialistas responsáveis pelo turno, inteirando-me das suas funções e do papel desempenhado por este no seio da equipa multidisciplinar.

No estágio no SU do HNM constatei que a equipa de enfermagem encontra-se subdividida em 5 equipas que asseguram os cuidados de saúde 24 horas, 365 dias por ano, ficando a gestão e coordenação das mesmas, adstrita ao Enfermeiro Especialista.

A gestão de recursos humanos no início de cada turno é feita de acordo com as competências individuais de cada um, sendo que os enfermeiros em EMC ficam destacados nas áreas de SO, cuidados especiais e Sala de Emergência por serem aqueles que possuem o

domínio do conjunto de competências específicas na área da enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, em conformidade com o plasmado no Regulamento de Competências do Enfermeiro EEMC.

Da consulta efetuada ao Manual do Serviço de Urgência (2011), verifiquei que o mesmo refere ser da responsabilidade do Enfermeiro Especialista responsável de turno efetuar a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais por cada posto de trabalho, mobilizando-os sempre que necessário. Compete, assim, ao responsável de turno assegurar os cuidados de enfermagem necessários para cada turno (inteirando-se da situação global dos doentes), verificar a assiduidade dos enfermeiros e dos assistentes operacionais (procedendo à sua substituição nas ausências), contatar o chefe do serviço perante situações excecionais, repor a sala de emergência e solicitar medicação à farmácia. Durante o meu estágio no SU procedi à validação da check-list do material existente na sala de cuidados especiais procedendo à reposição desse material a cada utilização. Após utilização da Sala de Emergência efetuei a sua reposição, deixando-a operacional para uma nova ocorrência. Na realização do estágio na área da Emergência Pré-Hospitalar – SIV Terceira e EMIR – procedi, no início de cada turno, à verificação da operacionalidade de todo o equipamento e materiais que compõem a viatura de emergência, bem como à verificação da operacionalidade das comunicações via rádio das viaturas com a central de comunicações.

Na prática clínica do SU do HNM, na distribuição efetuada pelo responsável de turno, fiquei destacado, na maioria dos turnos, no SO e na sala de cuidados especiais. Iniciei os turnos realizando a observação metódica de cada doente atribuído, gerindo assim o meu plano de cuidados por forma a priorizar os casos mais críticos, na minha ordem de intervenção, reavaliando o plano de cuidados estipulado e adequando-o de acordo com avaliação das necessidades. Durante estes turnos realizei a gestão dos cuidados planeados, adaptando o plano que tinha para o turno às ocorrências que surgiam (nomeadamente a ativação da sala de emergência), garantido os recursos materiais e humanos necessários aos cuidados, supervisionando a intervenção dos assistentes operacionais, em articulação com a enfermeira tutora, garantindo desta forma a intervenção adequada ao doente, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação com a equipa multidisciplinar.

À semelhança do que acontece no SU, no SMI, a distribuição dos enfermeiros é também realizada pelo Enfermeiro responsável de turno (geralmente, um especialista em EMC). Esta distribuição é feita de acordo com as competências de cada elemento da equipa e com a carga de trabalho que cada doente exige diariamente.

Assim, à luz das competências comuns do Enfermeiro Especialista, preconizadas pelo Regulamento n° 140/2019 de 6 de fevereiro, incorrendo no domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi no meu exercício profissional no SMI a seguinte unidade de competência: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Deste modo, tendo por base a unidade de competência supracitada, desenvolvi conhecimentos acerca das escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem. De acordo com Pinto e Pires (2009) as escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante nas Unidades de Cuidados Intensivos, sendo o TISS-28 uma das mais utilizadas, como indicador da gravidade / prognóstico. No meu exercício profissional, tenho a oportunidade de preencher este instrumento. O seu preenchimento, é realizado uma vez por dia, nomeadamente no turno da noite, e reflete a carga de trabalho efetuado nas 24 horas prévias, baseando-se nas atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, dentro e fora da UCIP, variando a sua pontuação entre 0 e 78 pontos.

No âmbito das escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, a *Nursing Activities Score* (NAS) constitui um instrumento de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, que resultou de uma revisão e atualização do TISS-28. A NAS, permite a identificação do tempo despendido nos cuidados de enfermagem e, por conseguinte, fundamentar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Além disso, permite contemplar os cuidados assistenciais diretos como, por exemplo, o apoio ao doente e suas famílias, e também as atividades administrativas e de gestão. É aplicado a cada doente uma vez por dia, tal como a TISS-28 (Deodato et al., 2010). De acordo com a NAS, os fatores associados ao aumento da carga de trabalho em enfermagem são: a gravidade, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade. A NAS apresenta uma sensibilidade de 80.8% na avaliação das atividades de enfermagem, superando a abrangência do TISS-28 que somente contempla 43.3%. Desta feita, a NAS descreve duas vezes mais o tempo despendido pela equipa de enfermagem nos cuidados ao doente em estado crítico, quando comparado com o TISS-28 (Deodato et al., 2010). Apesar da diversidade de escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, na UCIP do HNM, a escala utilizada é o TISS-28.

No SMI, em analogia com o que ocorre na ativação da sala de emergência do SU, enquanto elemento da Equipa de Emergência Interna, tenho em atenção a gestão dos cuidados que presto, em conformidade com o plano de cuidados de forma a salvaguardar a

priorização das intervenções de maior relevo, para o doente que me está atribuído. Esta atitude permite que quando a equipa de Emergência Interna é ativada outro Enfermeiro possa dar continuidade à minha prestação de cuidados de acordo com o plano que tracei para aquele turno. Na ativação da Equipa de Emergência Interna, perante o doente, assumo a liderança, da gestão dos elementos de enfermagem e assistentes operacionais, envolvidos na situação de emergência, atribuindo tarefas a cada elemento, estabelecendo prioridades, identificando e prevendo os focos atuais ou potenciais de instabilidade do doente.

No meu exercício profissional, por vezes, dada indisponibilidade do responsável de equipa para realizar o turno, e visto ser o elemento da equipa no turno com mais tempo de serviço, assumo a responsabilidade do turno, efetuando a gestão dos recursos humanos através atribuição dos doentes aos enfermeiros da equipa procurando respeitar o valor de TISS-28 de cada doente, por forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Na tarefa de responsável de turno, faço a gestão de materiais e equipamentos que serão utilizados, sendo por vezes necessário prepará-los para enviar ao Serviço de Esterilização, bem como a gestão da medicação existente no serviço e, sempre que necessário, o reforço da mesma através de do preenchimento de requisição extra-formulário à farmácia.

A gestão das vagas disponíveis no serviço é uma situação que também se coloca ao responsável de turno, em articulação com o médico de serviço, adequando a cama/boxe para o internamento do doente, ao tipo de intervenção/isolamento necessário, pois nem todas as boxes facultam essas condições, otimizando assim a resposta do serviço através da articulação na equipa multidisciplinar, às necessidades clínicas do doente.

No ensino clínico realizado na LEM do SRPCBA tive a oportunidade de me inteirar das funções do responsável de turno, do seu papel no posto 1 de atendimento das chamadas. O Enfermeiro no posto 1 é por norma o mais experiente, colaborando na transmissão da informação e esclarecimento de dúvidas aos seus pares, adaptando e gerindo os recursos necessários de forma eficiente, alcançando a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, no que diz respeito à situação e ao contexto em que a vítima se encontra, garantindo assim a qualidade e a eficiência na assistência à vítima em tempo útil. É o Enfermeiro no posto 1 de atendimento o responsável pela otimização do trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades dos cuidados.

Durante o meu estágio na LEM pude constatar o desempenho do Enfermeiro no posto de atendimento 1, aquando de um acidente ocorrido na cidade da Ponta Delgada, com uma viatura de transporte escolar, do qual resultaram 11 feridos ligeiros. Foi o Enfermeiro

do posto 1 de atendimento que procedeu à gestão, através da comunicação com o Enfermeiro responsável da SIV no local, de quais seriam os recursos humanos e materiais necessários para dar resposta ao número de vítimas, coordenando o socorro com a equipa de bombeiros e o Médico Regulador.

Tendo em conta que este Enfermeiro (do posto 1 de atendimento) é o responsável de turno, atua como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho pois é ele que, em caso de dúvidas acerca do fluxograma mais adequado, esclarece e justifica as opções tomadas. O facto de ser esse Enfermeiro o meu tutor, permitiu-me desenvolver o domínio da gestão dos cuidados através da observação do seu desempenho na adequação dos recursos existentes às necessidades verificadas.

2.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As aprendizagens profissionais é um domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e refere-se ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, assim como ao basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento válidos e sólidos.

O desenvolvimento desta competência consagra-se essencialmente pelo investimento pessoal, ao longo da minha prática profissional, construindo assim um caminho de crescimento profissional, garantido pelo autoconhecimento e pela maturidade pessoal. A exigência, no sentido de ser um Enfermeiro multifacetado com competências em diversos âmbitos (emocional, comunicacional e relacional), fez com que tivesse delineado e executado um percurso académico e profissional que me permitisse tornar um profissional de saúde assertivo. Para dar resposta a esta exigência, trilhei um caminho formativo direcionado para a vertente do doente crítico por forma a suportar a minha prática clínica em evidência científica não esquecendo, também, uma componente de gestão e liderança que adquiri com a Pós-Graduação em Administração e Gestão de Serviços de Saúde. A conjugação da minha experiência profissional no cuidar de pessoas a vivenciar situações de doença que os remetem para um estado crítico, de falência ou eminente falência multiorgânica com o meu processo de formação pessoal e profissional, e as práticas clínicas realizadas neste curso de mestrado, permitiram-me aperfeiçoar a atuação perante entes doentes em situação de urgência/emergência. Tais situações exigiram (e exigem) de mim uma atuação holística, segura eficiente e eficaz, em tempo útil, em que o absoluto controlo

e gestão de emoções, bem como a manutenção da calma, componentes essenciais para a realização das intervenções de enfermagem exigidas neste contexto.

Neste domínio das aprendizagens profissionais, há referência a que o Enfermeiro Especialista deverá ser possuidor da capacidade de gerir sentimentos e emoções, atuando eficazmente sob pressão, e ser capaz de reconhecer, antecipar e utilizar adequadamente técnicas de resolução de problemas. Tais aspetos são elementos complexos da intervenção especializada e que exigem, por si só, autoformação específica. Aquando do estágio na equipa EMIR, em cenário de catástrofe – cenário com 57 vítimas – tive que demonstrar capacidade de gerir as minhas emoções, bem como lidar com as emoções das vítimas e testemunhas no local de forma a garantir que a minha atuação não ficaria comprometida. A minha formação, durante o curso de Mestrado em triagem de multivítimas, através do sistema START, foi decisiva para o sucesso da minha prestação.

Procuro, na minha atuação profissional, estar em consonância com o descrito no REPE, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, artigo 109.º, que refere que o Enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8103). São exemplo disso, a formação em que participei durante o estágio na EMIR acerca do equipamento I-STAT, que permite a realização de análises sanguíneas em poucos segundos, à beira do doente.

Também no SMI, a introdução de novos equipamentos ocorre com muita frequência, e é, geralmente, acompanhada pela respetiva formação acerca do funcionamento dos mesmos, nas quais participo de forma assídua.

De acordo com CRRNEU (2012) a formação dos profissionais nas áreas de emergência é de extrema importância, mencionando que “as especificidades de atuação em emergência em ambiente intra ou extra-hospitalar devem ser alvo de formação e gestão adequada” (p.90).

Exige-se ao Enfermeiro com responsabilidade na área de urgência/emergência “formação em suporte avançado de vida adulto e pediátrico, suporte avançado de vida em trauma adulto e pediátrico, prática básica de medicina intensiva, gestão de situações multivítimas, transporte de doentes críticos e formação em vias verdes” (CRRNEU, 2012, p.89).

Indo de encontro ao que preconiza o autor supramencionado, no decurso do meu desenvolvimento académico e profissional, dediquei especial atenção à importância da formação contínua, à renovação e atualização dos saberes, através das formações dirigidas à pessoa em situação crítica, tais como o SAV, MRMI, o FCCS, SBV-DAE, cursos que

frequentei e que me permitiram desenvolver competências fundamentais para atingir o objetivo da excelência do cuidar, suportado em conhecimentos sólidos e atualizados. O FCCS foi um dos primeiros cursos que fiz enquanto profissional, pelo contributo que esta faculta na abordagem e tratamento do doente crítico, o que me permitiu estar mais preparado para o desempenho seguro e de qualidade nos cuidados prestados ao doente em contexto de situação crítica. A integração na equipa de emergência interna, em 2008, permitiu-me identificar necessidades formativas específicas e despoletou em mim a necessidade de me preparar para a atuação em contexto de emergência interna hospitalar, nomeadamente em situações de paragem cardiorrespiratória, para a realização de suporte avançado de vida, daí ter apostado na realização do curso SAV.

Apesar da demonstração efetiva do desenvolvimento desta competência ser difícil, a procura contínua pela assertividade na intervenção foi uma constante ao longo do meu percurso profissional. O facto de, no final de cada turno de estágio, refletir naquilo que fiz bem e no poderia fazer melhor, realizando uma introspeção acerca do meu desempenho, revelou-se um importante motor de desenvolvimento pessoal e profissional.

Dentro deste domínio das aprendizagens profissionais encontra-se assinalada a unidade de competência do Enfermeiro Especialista que remete à formação e investigação como catalisador da evolução de qualquer profissão com um corpo de conhecimentos científicos. Com a aquisição de novos saberes procurei ter a preocupação de os aplicar e os expor aos meus colegas de serviço, quer informalmente, quer formalmente, através da apresentação de temas para a formação em serviço, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Outro dos desafios que enfrentei no contexto deste domínio foi o acompanhamento de alunos no seu último estágio, de integração na vida ativa e a própria integração de colegas que ingressam no SMI e no serviço de Medicina Hiperbárica do HNM. Com os alunos, acompanho e oriento-os na definição de metas e metodologias claras para a implementação de estratégias que os permita atingir os objetivos que têm definidos para os seus estágios proporcionando-lhes momentos de aprendizagem, procurando estimulá-los ao autoconhecimento e autoaprendizagem.

As situações descritas anteriormente constituíram enormes desafios enquanto profissional, de atualização científica, pois em relação à orientação de estudantes em contexto de ensino clínico, perante as situações patológicas complexas exige-se um domínio teórico e científico aprofundado. Dado o facto de serem estudantes de enfermagem do último estágio do curso é fulcral que concretizem o aperfeiçoamento da responsabilidade ético-

deontológica e a expansão da sua aprendizagem, o que exige de mim, enquanto tutor, maior capacidade e rigor para orientar e encaminhar o estudante no sentido do seu crescimento e amadurecimento profissional.

O ingresso de novos enfermeiros no serviço também é estimulante e desafiante na medida em que muitos deles são recém-licenciados, e a entrada no mundo de trabalho, que nem sempre corresponde aos contextos e as experiências vivenciadas durante os ensinamentos clínicos, implicam a necessidade de gerir novos sentimentos e emoções. Estes aspetos são elementos complexos da intervenção especializada, que exigem, por si só, autoformação dirigida, pelo que na integração de novos enfermeiros, procuro-lhes inculcar a vontade de procurar e cimentar novos saberes, através da permanente atualização dos conhecimentos científicos, pois a competência e o aperfeiçoamento profissional, são valores universais na nossa profissão.

2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento N.º 140/2019, ao Enfermeiro Especialista no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é exigido a detenção de um conjunto de competências específicas, que considere na sua ação as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

Exige-se ao Enfermeiro Especialista que seja um profissional com capacidade crítico-reflexiva, capaz de mobilizar, de forma fundamentada, conhecimentos que permitam tomar decisões eficazes e prestar cuidados holísticos à pessoa como um ser único, atendendo às dimensões biopsicossociais, respeitando os mais elevados padrões de qualidade.

De acordo com Rodrigues, (2014), as competências especializadas através de um processo de legitimação do cuidado de enfermagem e ações terapêuticas transmitem valor à prática, visto que o Enfermeiro utiliza no processo de decisão o raciocínio crítico, adequando a decisão clínica através da intencionalidade contextualizada das terapêuticas de enfermagem, em sintonia entre intervenções interdependentes e independentes.

Na procura da excelência do meu exercício profissional no decorrer da intervenção especializada à pessoa em situação crítica procurei, ao longo dos ensinamentos clínicos, obter os mais altos níveis de satisfação do doente e família, maximizando o bem-estar dos intervenientes diretos e indiretos, através da promoção da saúde e da prevenção de

complicações, promovendo processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, e maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovada em Assembleia extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no dia 25 de novembro de 2017, em Leiria.

Neste sentido procurei, ao longo da minha prática clínica, na prestação de cuidados, primar pela compreensão e conhecimento, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e pela gestão eficaz da dor, assistindo a pessoa e família nas suas perturbações emocionais, gerindo a comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica, cumprindo as normas de prevenção e controlo da infeção, desenvolvendo o pensamento crítico reflexivo na e para a ação.

Esta minha prestação vai ao encontro do defendido por autores como Amaral, Cruz e Oliveira (2010), quando referem que “a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas, para que o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica tenha a máxima eficácia e eficiência” (p.3).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, de acordo com o regulamento 429/2018 de 16 de julho, são considerados como:

altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.(p.19362)

O regulamento supracitado refere ainda que os cuidados ao doente crítico podem dever-se a situações de emergência, exceção e catástrofe, imperando a necessidade de serem prestados de forma imediata, e eficaz, prevendo e detetando precocemente possíveis complicações, pois tais situações podem colocar a pessoa em risco de vida.

As situações de emergência quando ocorridas em ambiente pré-hospitalar trazem desafios ainda maiores, pois como refere Martins, (2016), o ambiente pré-hospitalar, é extremamente exigente e complexo, sendo requerido ao Enfermeiro que exerce neste contexto, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica muitas vezes em situações de risco, em ambientes hostis perigosos e desconhecidos, e em condições climatéricas adversas.

Ao longo dos estágios que realizei a minha prática clínica em contexto pré-hospitalar, mais concretamente na SIV e na EMIR tive oportunidade de prestei cuidados à

pessoa em situação crítica, colaborando na abordagem e prestação de cuidados em diversos ambientes físicos e situações urgentes/emergentes a vítimas (do foro médico e cirúrgico) em condições adversas – de segurança, de exposição profissional e também climatéricas.

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

No domínio desta competência importa compreender que em contexto de urgência (p. ex.: pessoa que vivencie processos complexos de doença crítica), é exigido ao Enfermeiro a avaliação e correção, num curto espaço de tempo, da situação clínica do doente. Perante as situações de emergência nas quais existe um risco de perda de vida/função orgânica, todo o processo de abordagem à vítima tem de ser realizado de forma imediata, devendo o Enfermeiro que atua nestes contextos estar devidamente habilitado para tal (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012). O desenvolvimento deste domínio de competência tornou-se fundamental para o enriquecimento da minha prática clínica – desde o atendimento telefónico do pedido de ajuda (analisando a situação e efetuado a respetiva triagem de acordo com o quadro clínico da vítima), à abordagem em contexto pré-hospitalar (na prestação dos primeiros cuidados, passando pela estabilização e transporte até a unidade de saúde), ao SU (com a prestação de cuidados específicos e diferenciados), até ao internamento na UCI. Considero que o enriquecimento do exercício da minha prática clínica exigiu conhecimentos aprofundados e diferenciados resultantes do percurso académico efetuado durante o curso de MEMC – que incluiu muita pesquisa, muita formação que fui realizando ao longo dos anos e da experiência profissional que continuo a adquirir.

A realização do estágio no SU foi fundamental para a compreensão do circuito efetuado pelo doente que recorre a este serviço – desde o seu acolhimento, triagem, passando pelo tratamento, até ao internamento ou a própria alta –, o que me permitiu, também, inteirar-me acerca da estrutura física e funcional de cada área do serviço.

A grande afluência de doentes ao SU, e a imprevisibilidade das situações clínicas, condiciona a metodologia de trabalho, sendo adotada aquela que garanta em tempo útil, cuidados direcionados às verdadeiras necessidades do doente, priorizando-as não pela ordem de chegada, mas sim pela gravidade da situação clínica que apresenta. É aqui que o STM revela a sua importância pois com a sua aplicação identificamos prontamente os focos de instabilidade de forma objetiva e contínua, assinalando e direcionando para as diversas áreas de atendimento os doentes que requerem atendimento prioritário. A inclusão das vias verdes

neste processo de triagem veio possibilitar uma resposta pronta e atempada aos doentes que necessitam de cuidados emergentes, promovendo assim a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Na aplicação do sistema de triagem é considerada a queixa inicial do doente, seguindo um fluxograma de decisão (composto por diversos discriminadores), são identificados critérios de gravidade, daí resultando a atribuição de um nível de prioridade ao doente (Manchester Triage Group, 2014).

Em Portugal, a aplicação do STM remonta ao ano 2000, e é atualmente utilizado em todos os SU de acordo com estipulado pela circular normativa n.º 002/2018 da DGS. O STM, implementado pela primeira vez em 1997 na cidade de Manchester, veio a ser adotado ao longo dos anos por vários países do espaço europeu, chegando ao SU do HNM no ano de 2005. À entrada do SU do HNM, podemos encontrar a área de Acolhimento e Triagem. É logo no início desta entrada do doente no SU que se põe à prova a capacidade do Enfermeiro Especialista, a sua experiência profissional e os conhecimentos consolidados sobre situações clínicas complexas de urgência/emergência. A mobilização de conhecimentos e aprendizagens é ainda mais desafiadora, quando temos pela frente doentes que recorrem ao SU sem acompanhante, destituídos das suas capacidades, sobretudo para explicar o motivo de recorrer ao serviço, valendo nesses casos a capacidade e experiência diferenciadas do Enfermeiro na avaliação da situação clínica, atribuindo a prioridade correta através de um fluxograma de triagem adequado ao contexto e ao doente.

Identificar a causa que levou o doente a recorrer ao SU exige o entendimento acerca de um conjunto de sinais e sintomas, correlacionando um determinado contexto com eventuais lesões que o doente possa apresentar, de maneira a que de acordo com a Triagem de Manchester possamos atribuir e seguir o fluxograma adequado à situação clínica. No período de estágio em que estive nas áreas de acolhimento e triagem senti a necessidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos e recorrer à minha experiência profissional de mais de uma década a cuidar do doente crítico (a vivenciar processos complexos de doença e falência orgânica), para identificar focos potenciais de instabilidade que poderiam colocar em risco a vida do doente, aplicando o fluxograma de triagem apropriado, encaminhando-o de acordo com a prioridade atribuída para a respetiva área de cuidados. Nas situações que exigiram cuidados e intervenções imediatas, ativei a sala de emergência, através do sinal sonoro de diferencia uma situação foro médico ou cirúrgico, mobilizando os enfermeiros destacados para esta área, aplicando a Triagem de Manchester em simultâneo com a prestação de cuidados emergentes.

Embora a Triage corresponda a uma avaliação sequencial do doente crítico, nestes casos, e perante a gravidade do doente, são efetuadas adaptações dentro de cada item na abordagem ao doente, de forma a corresponder melhor às necessidades imediatas de cuidados, interpretando e compreendendo os sinais e sintomas que o doente apresenta.

Desta forma o Enfermeiro terá de se estar munido do conhecimento integral dos fluxogramas descartando rapidamente as prioridades A e B, registando toda a informação relevante no programa, para que os operadores possam transmiti-la aos bombeiros, e ainda ter capacidade e conhecimentos para orientar a vítima ou o contactante na execução de algumas medidas, até à chegada dos meios de socorro. No decorrer do estágio na LEM, pude constatar que perante algumas situações, o Enfermeiro teve que demonstrar capacidade de adaptar o que está protocolado no sentido de prestar o melhor socorro à vítima. É o caso das situações em que não é possível efetuar uma triagem telefónica como, por exemplo: o contactante não colaborar nas questões que lhe são colocadas; o contactante não se encontrar junto da vítima; situações em que se ouve mal a chamada; casos em que a informação dada pelo contactante é ambígua. Nestas situações, o Enfermeiro atribui prioridade B sem que seja realizada a triagem, sendo enviada uma ambulância para o local, solicitando à equipa de bombeiros a realização do ponto de situação do estado clínico da vítima no primeiro contacto que estabeleçam com a mesma. Ao agir desta forma, o socorro não é protelado, traduzindo-se num atendimento adequado e em tempo útil. O Enfermeiro da linha de emergência, quando faz a triagem, pode fazer *upgrades* de prioridades ou *downgrades* de acordo com o seu conhecimento técnico-científico, que será a base da justificação da alteração da prioridade que o sistema define. Por exemplo, um utente que apresente uma queda com TCE, está consciente e orientado, o sistema pode atribuir-lhe uma prioridade charlie (C), mas como apresentou um vômito em jato e está sonolento, o Enfermeiro pode fazer um *upgrade* para prioridade bravo (B) fundamentando devidamente esta decisão, recorrendo para tal aos seus conhecimentos e experiência profissional, que o levam a considerar que a situação clínica do doente está a agravar-se e, portanto, precisa de uma assistência mais célere. Pode também acontecer que uma vítima que apresenta cianose central, mas por se tratar de um doente com doença pulmonar obstrutiva crónica, e tendo em conta que os bombeiros têm O2 na ambulância, talvez não seja necessário o envio da SIV, fazendo um *downgrade* da prioridade atribuída pelo sistema. Estas situações têm como impacto uma gestão mais eficiente dos meios de socorro.

Em contexto de SU, constatei que a equipa destacada para a sala de emergência é liderada pelo Enfermeiro especialista, que gere uma equipa composta por elementos

detentores de grande experiência. Tal procedimento vai de encontro ao preconizado pela OE (2018, p.2), que defende que considerando o grau de complexidade dos doentes encaminhados para a sala de emergência, a equipa que se encontra destacada “deve ser detentora de formação especializada, da responsabilidade da instituição, específica, de forma a responder com prontidão às situações quer sejam de origem interna quer através da área de triagem de prioridades”. Na sala de emergência, com o decorrer da prática clínica, na qualidade de elemento integrante da equipa em colaboração com o *team leader*, foi-me exigida a mobilização de um vasto corpo de conhecimentos diferenciados, e a capacidade de transposição, transformação e adaptação dos mesmo de forma rápida e eficaz na abordagem da vítima. Assim, procedi à avaliação das vítimas de acordo com a abordagem ABCDE, preconizada pelo *American College of Surgeons* (Kool & Blickman, 2007), a mais adequada aos doentes em risco iminente de vida, pois permite uma observação padrão, abrangente e segura. Nestas situações críticas verifica-se que os sinais e sintomas apresentados podem variar de acordo com as comorbilidades, o que exige do Enfermeiro a máxima atenção no sentido de implementar em tempo útil intervenções personalizadas e específicas (muitas vezes em simultâneo), recorrendo aos seus conhecimentos e capacidade de organização mental, procurando garantir que as mesmas salvam a vida ao doente. Por forma a dar uma resposta assertiva a estes casos, recorri aos conhecimentos adquiridos em sala de aula (teóricos e práticos) através de simulações, à experiência profissional adquirida (com o exercício profissional), e aos saberes decorrentes da frequência de cursos como o *Advanced Cardiovascular Life Support*, e o *Fundamental Critical Care Support*, SBV, SBV-DAE, e SAV que me capacitaram para antecipar focos de instabilidade, respondendo em tempo útil, de forma assertiva e holística, a estas situações clínicas de grande instabilidade.

No SU, procedi ao transporte intra-hospitalar do doente crítico, acompanhando-o na realização de exames complementares de diagnóstico e na transferência para outros serviços prestando cuidados à pessoa em situação emergente, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos e fazendo a gestão diferenciada da dor e do seu bem-estar. Apesar dos riscos inerentes, este transporte é justificado “pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (OM & SPCI, 2008, p.9).

O acompanhamento de doentes na realização de exames complementares de diagnóstico e em transferências para outros serviços, faz parte do dia-a-dia do SMI. Além do transporte intra-hospitalar, em ambiente pré-hospitalar, realizei transportes de doentes,

tendo oportunidade de implementar cuidados para garantir a segurança do doente, nomeadamente através preparação prévia de medicação prevista para utilizar durante o transporte, bem como na verificação da autonomia dos equipamentos, utilizados no transporte, respondendo assim de forma antecipatória a possíveis focos de instabilidade, cumprindo com o que preconiza a OM & SPCI (2008), respeitando as três fases do transporte do doente crítico: decisão, planeamento e a efetivação.

Aquando do estágio na LEM, com vista a operacionalizar da melhor forma possível o transporte do doente e a sua receção na unidade de saúde, estabeleci contacto com a equipa da urgência recetora do doente, informando-os da situação ocorrida e fornecendo dados recolhidos junto da equipa da SIV acerca do estado da vítima, de forma a preparar o acolhimento da vítima na unidade de saúde. No estágio da EMIR este modelo de informação/comunicação com a unidade de saúde funciona de forma diferente sendo a própria EMIR a estabelecer contacto com o SU do HNM transmitindo as informações necessárias para que a equipa da urgência esteja preparada para a receção da vítima que transportamos. Durante esta prática clínica, perante uma situação de suspeita de enfarte procedi à administração de terapêutica com vista a estabilizar a situação e contactei a equipa médica de urgência no sentido de proceder à ativação da via verde coronária de forma a garantir o encaminhamento do doente para a realização de cateterismo na hemodinâmica, atuando de forma célere, evitando ao máximo a destruição do músculo cardíaco.

Imbuído da missão do SU, dirigida à abordagem de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes, durante a minha prática clínica, nas diferentes áreas do circuito do doente, observei e vigiei o estado do doente, detetando e prevenindo complicações, através da capacidade de avaliação, diagnóstico e atuação, mobilizando os conhecimentos adquiridos. Não descurando o acompanhamento de doentes nas diferentes áreas do circuito dos doentes no SU, e atendendo à minha área de especialização, o meu estágio focou-se na Sala de Observações, e Sala de Cuidados Especiais, onde permanecem os doentes com maior instabilidade e em estado crítico. Os doentes que permanecem nestas áreas exigem uma intervenção especializada, pois carecem de maior vigilância, monitorização e suporte de funções vitais. Como tal, executei nesta área do SU cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica, em que a vida encontra-se fortemente ameaçada pela doença.

Cuidei de pessoas acometidas por doença crítica com falência ou eminente falência de uma ou mais funções vitais, que apesar de estarem sob a responsabilidade dos médicos intensivistas, ali permaneciam pela falta de vagas no SMI e cuja sobrevivência dependia de

meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Foi o caso de uma doente com suspeita de embolia pulmonar em que houve a necessidade de proceder-se à sedação, à entubação para suporte ventilatório e ao início de medicação vasopressora por forma a garantir a estabilidade cardiovascular da doente. Após esta fase, de grande instabilidade, procedeu-se então ao tratamento definitivo da doente através da administração protocolada de anticoagulantes (como a heparina), sendo que, devido aos efeitos colaterais, nomeadamente o risco de grandes hemorragias, procedi à implementação de intervenções, especificamente, realização de gasometrias para controlo dos valores da hemoglobina e uma vigilância apertada feita através da monitorização. Esta experiência, aliada à que já tenho de anos de exercício profissional em Cuidados Intensivos, facultou-me o desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, no que se refere à gestão de terapêutica sedativa, analgésica, vasopressora, antibiótica, insulina, monitorização do potássio sérico e gestão de temperatura. Com estes doentes, pude diagnosticar e avaliar precocemente complicações inerentes à implementação dos protocolos, e agir em conformidade, aplicando as intervenções delineadas, monitorizando a adequação das respostas do doente.

No que à família diz respeito, os profissionais no SU encontram-se frequentemente confrontados com responsabilidades acrescidas relativamente às necessidades da família dos doentes (Porter, Cooper, & Taylor, 2014). De acordo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é “composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.115).

Dada a forma súbita com que os doentes são acometidos de uma doença ou de uma situação de trauma inesperada, potencialmente fatal, ocorrem perturbações emocionais experienciadas pelo doente e pela família. Tais situações também foram foco da minha atenção, exigindo o aprofundamento e a mobilização de conhecimentos específicos na gestão da ansiedade e do medo, apresentados pelo doente e familiares, e numa perspetiva holística do cuidar, tive sempre a família do doente em atenção, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde deste.

Apesar da inexistência de um espaço dedicado para reunir com os familiares no SU constituir uma limitação considerável deste serviço, aproveitei, sempre que possível, o ambiente mais reservado para falar com os familiares, procurando assim minimizar o desconforto e maximizar a privacidade para a gestão eficaz das emoções. Perante um jovem

que deu entrada no SO, que entrou prostrado pelo consumo de substâncias psicotrópicas e estupefacientes, em que, aparentemente, não era uma situação recorrente deste jovem, e em que a mãe não sabia o que teria acontecido, senti a necessidade de acompanhar a senhora a uma box do SO que não tinha doente para, com calma, tentar perceber o contexto em que essa intoxicação teria acontecido e que tipo de substância o filho teria consumido. Isso vai de encontro ao que Sá et al., (2015) preconizam quando se referem que o enfermeiro, além da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, é também responsável pelo apoio e acompanhamento da família.

A minha atividade profissional no SMI do HNM, ao longo dos últimos 12 anos têm-me proporcionado um vasto conjunto de experiências, entre as quais destaco os cuidados que prestei a doentes submetidos a ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*), a técnica dialítica contínua, os síndromes de angústia respiratória aguda, as doenças do foro neuro crítico, os tromboembolismos pulmonares maciços, os choques sépticos, hemorrágico cardiogénico e medular, as pancreatites, os Politraumatizados, e os doentes em morte cerebral na preparação para dadores de órgãos.

No SMI, diariamente de presto cuidados de saúde a doentes submetidos a ventilação invasiva, e a ventilação não invasiva, esta última cada vez mais comumente utilizada, pelos múltiplos benefícios que tem, como refere Urden, Stacy e Lough, (2014) como a redução das complicações infecciosas, a diminuição do tempo de desmame ventilatório, de internamento e consequentemente da mortalidade associada à ventilação.

Na mesma linha de pensamento (López, Soto & Cruzado, 2009) salienta que o recurso à VNI aumenta a ventilação alveolar sem a necessidade de recorrer a utilização da técnica mais invasiva para a ventilação que é a de entubação endotraqueal evitando-se, assim, as complicações da mesma.

A complexidade técnica, inerente a muitas intervenções em contexto de SMI permitem-me o desenvolvimento desta competência, na medida em que presto cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, gerindo a administração de protocolos complexos. É exemplo desta situação a preparação do doente para a entubação orotraqueal de emergência ou as traqueostomias, percutâneas ou cirúrgicas, em que perante a real possibilidade de instabilidade hemodinâmica severa, asseguro acesso venoso permeável que me garanta em caso de necessidade administrar medicação de emergência.

Outro aspeto que considero da maior relevância no meu exercício profissional prende-se com o facto de os procedimentos invasivos e a situação fisiopatológica dos doentes

internados no SMI estarem, muitas vezes, associados a um grande sofrimento, pelo que procuro estabelecer no meu plano de cuidados a avaliação da dor, agindo de acordo com a intensidade da mesma aplicando medidas de conforto e de gestão de analgesia.

De acordo com Alderson e McKenchnie (2013), da revisão de literatura realizada, chegaram à conclusão que, nos doentes internados em UCI, a dor não controlada produz efeitos multissistémicos físicos e psicológicos obrigando o Enfermeiro a desenvolver competências na gestão eficaz da dor como intervenção prioritária nos cuidados. No meu dia-a-dia procedo à gestão da dor – que, pela natureza crítica dos doentes e devido à subjetividade da mesma, complexifica o próprio conceito de dor – aplicando a escala BPS (*Behaviour Pain Scale*). Esta escala, através da avaliação comportamental, recorrendo a itens associados à expressão facial, ao movimento dos membros superiores e à adaptação ao ventilador, atribui um score que me permite avaliar a dor que o doente possa ter, adaptando a terapêutica analgésica e medidas de conforto no seu alívio. No SMI, avalio a dor em todos os doentes aplicando escalas validadas, efetivando desta forma a gestão diferenciada da dor, recorrendo a medidas farmacológicas para o seu controlo, de acordo as *Guidelines da Society of Critical Care Medicine* (2018) – que explicam que o uso analgésico deve ser quantificado na busca do melhor equilíbrio entre o risco/ benefício associado ao uso de opióides.

Fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, aplicando escalas de avaliação da dor dando particular atenção às evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, aplicando medidas farmacológicas de gestão da dor, e do bem-estar. Neste âmbito apliquei na SIV Terceira o Protocolo definido para a analgesia em vítimas de trauma contribuindo para o seu conforto e estabilização. Na EMIR procedi à avaliação da dor e à administração de terapêutica indicada pelo médico da equipa fazendo a administração titulada durante o transporte da vítima de acordo com o seu nível de dor.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, descrevem que o Enfermeiro especialista, na procura pela excelência do exercício e no propósito de maximizar a satisfação do doente, atua com vista à minimização do impacto negativo associado às mudanças de ambiente inerentes ao processo assistencial (OE, 2017).

A família do doente crítico internado no SMI é confrontada com um ambiente desconhecido, em circunstâncias de extrema vulnerabilidade, com a constrangedora incumbência de tomada de decisão relativa à saúde do seu familiar. De um modo inesperado, vêm-se forçadas a integrar e processar informações acerca da doença, a gerir emoções e a lidar com a alteração de papéis.

Uma doença crítica, geralmente surge como um episódio repentino, inesperado e ameaçador para o doente e para a sua família, experimentando sentimentos de desadaptação e dificuldades na mobilização adequada de mecanismos de aceitação. Vieira (2014), refere que o surgimento de uma doença e o conseqüente internamento, muitas vezes de forma inesperada e repentina, é uma situação causadora de stress, ansiedade, sofrimento e angústia em todos os membros da família, levando a alterações do seu estilo de vida. Esta fase é descrita por Meleis (2010), como uma ocasião de rutura e crise em que a família assiste a uma situação de transição e que exige a adaptação a esta nova realidade. Segundo a autora supracitada, a estrutura familiar, e o momento do ciclo vital em que se encontram são elementos que influenciam a reação de cada família perante a doença e a hospitalização.

No decorrer do meu exercício profissional, prestei cuidados à família do doente internado no SMI em situação crítica, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, implementando intervenções, estabelecendo uma relação terapêutica e gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta essa relação. Considerando que para o processo de consciencialização da situação clínica do seu familiar é relevante o contacto com a realidade em que o mesmo se encontra, de acordo com Skinner e Discoll (2013), proporcionei o acolhimento aos familiares dando oportunidade de poderem visitar o doente, de expressarem sentimentos, emoções e dúvidas, e de se despedirem quando foi esse o caso.

Tendo em conta as experiências que vivencio no SMI, ao longo destes anos considero ter desenvolvido competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, identificando variações no seu estado de saúde, respondendo em tempo útil e com técnicas de alta complexidade (sem esquecer a humanização), quando a situação clínica do doente assim o justificava. No período de estágio, LEM do SRPCBA, tive oportunidade de assumir ocorrências na íntegra desde a sua ativação através da chamada para o 112 até à chegada do doente à unidade de saúde. Nestas ocorrências, procedi à abordagem à pessoa e família, realizando a recolha de dados relevantes, efetuando o registo das situações e agindo de acordo com a avaliação da situação e do seu contexto. Este facto permitiu-me compreender não apenas o circuito do doente, mas também o âmbito de atuação do Enfermeiro da LEM e da SIV, recorrendo ao raciocínio crítico para consolidar a minha atuação. No decorrer do estágio de opção especialmente na componente realizada na SIV Terceira do Hospital Santo Espírito, e depois na EMIR, tive a oportunidade de prestar cuidados ao doente acometido por situação urgente/ emergente, nomeadamente: PCR, trauma (atropelamento, quedas,

despiste de motociclo, acidente de viação), enfarte agudo do miocárdio, intoxicação medicamentosa, e crise convulsiva.

Com estas ocorrências (em que tive oportunidade de colaborar ativamente), pude desenvolver competências específicas, através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. No decorrer da minha prática clínica identifiquei focos de instabilidade nos doentes, mediante abordagem e avaliação dos mesmos, prestando cuidados técnicos de alta complexidade, colaborando na abordagem da via aérea para realização de EOT e VMI, implementando medidas de SAV, massagem cardíaca, desfibrilhação, administração de terapêutica de emergência, sedação e analgesia.

Segundo parecer emitido pela OE, (2017), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, é o profissional melhor preparado em termos de formação para fazer parte das Equipas de Emergência Intra-Hospitalar e para integrar as equipas de transportes de doente críticos. Nas ocorrências em que participei no pré-Hospitalar, acompanhei as vítimas durante o transporte em ambulância desde o local da ocorrência até à unidade Hospitalar, levando-a à sala de emergência, realizando a passagem de informação pertinente aos colegas da triagem e da sala de emergência, assegurando assim a continuidade dos cuidados tornando o transporte eficiente e seguro, de modo a evitar complicações no estado do doente, conforme refere Meneguín, Alegre e Luppi (2014).

Tendo em conta as alterações emocionais provocadas pelas situações de emergência, em concreto à família/pessoas significativas procurei, de acordo com cada situação, estabelecer uma comunicação empática e assertiva, de acordo com complexidade do momento vivenciado, gerido a comunicação interpessoal que norteia a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade, criando uma relação terapêutica promotora da assistência à pessoa e seus familiares nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica.

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

Uma catástrofe é considerada como aquela situação em que as necessidades de atendimento excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, surgindo

a necessidade de instituir medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento (Lopes et al., s.d.).

De acordo com a OMS (2008) trata-se de um evento que perturba o funcionamento de uma comunidade, provocando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais que excedem a capacidade em termos de resposta e recursos da comunidade afetada, sendo esta definição consensual com Madigan (2018) que explica sucintamente esta situação como um conjunto de eventos que produzem mais perdas do aquelas que uma comunidade pode suportar.

Neste contexto, Silva (2010) descreve que quando nos encontramos perante uma ocorrência de grandes dimensões, na qual além da existência de um elevado número de vítimas, há envolvimento do meio ambiente, infraestruturas e logística, dificuldades de comunicação, transporte e abastecimento, estamos perante uma catástrofe, em que a intervenção tem como principal objetivo garantir os recursos humanos e materiais extras e especializados necessários para o atendimento às vítimas nestas circunstâncias.

Em Portugal, a Lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 3.º, distingue acidente grave de catástrofe, definindo acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos os bens ou o ambiente” e catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4705).

A OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aceita a definição de catástrofe exposta na Lei de Bases da Proteção Civil, descrevendo a emergência multivítimas como uma situação que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática dos cuidados de saúde. Perante tal situação exige-se um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, otimizando o uso dos recursos disponíveis (2017, p.11).

Os cuidados de saúde nas situações de catástrofe e emergências multivítimas têm como objetivo primordial evitar ou reduzir a perda de vidas humanas e o sofrimento físico e psicológico subsequente (Lennquist, 2012). Assim, a elaboração de planos constitui-se como um instrumento fundamental, para lidar com a situação de forma apropriada, sendo que o

treino adicional promove o desenvolvimento de competências e permite responder adequadamente às necessidades num cenário real.

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de importantes proporções, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, planeando de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a oferecer em qualquer um dos cenários, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes... (DGS, 2010, p.1).

No decorrer do meu estágio no SU do HNM, não se verificaram ocorrências com multivítimas ou catástrofe. No entanto, à semelhança de todos os enfermeiros que ali desenvolvem a sua prática profissional, senti a necessidade consultar e de me inteirar do Plano de Emergência Hospitalar, tomando conhecimento da ordem de procedimentos, mais concretamente do papel do Enfermeiro Especialista em EMC na gestão de recursos humanos e materiais, da hierarquia das comunicações bem como da reestruturação das áreas do SU, por forma a dar respostas eficazes em casos de grande afluência de vítimas. O plano consultado define os princípios gerais de organização perante um fluxo elevado de vítimas, possibilitando uma ação eficaz de modo a reduzir a sua morbilidade e mortalidade minimizando desta forma as consequências de uma catástrofe que ocorra na RAM através de um conjunto de normas e regras de procedimento (SESARAM, 2008). Neste plano constam todos os recursos disponíveis no SESARAM, designadamente recursos humanos, capacidade hospitalar, recursos técnicos, sistemas de comunicação, meios de transporte disponíveis e medicação emergente, fazendo referência ainda ao gabinete de crise, e descrevendo as funções dos diferentes profissionais, bem como a reestruturação do SU e de outros serviços que possam estar diretamente relacionados com as necessidades das vítimas nomeadamente o bloco operatório e o serviço de imagiologia.

Na eventualidade de ocorrência de catástrofe, é pertinente a presença de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, já que tem um papel não só de elemento coordenador e integrante da equipa prestadora de cuidados, mas também de triador das vítimas, identificando as necessidades de cuidados de forma célere e eficiente atendendo à sua área de especialização.

Neste sentido, nas situações de catástrofe/emergências multivítimas, a triagem pode ser classificada como primária e secundária. A metodologia de triagem primária mais

conhecida em situações de catástrofe/ emergências multivítimas é o Sistema START (*Simple Triage and Rapid Treatment*). Este sistema de triagem caracteriza-se pela sua simplicidade de utilização onde é atribuída uma das quatro cores associadas a diferentes níveis de prioridade através de uma avaliação rápida (Madigan, 2018). Às vítimas com lesões mais graves, com grande probabilidade de compromisso de vida é atribuída a cor vermelha (prioridade máxima), e aos doentes com lesões menos severas, mas que não conseguem deambular ou apresentam alteração do estado mental é atribuída a cor amarela (prioridade secundária). Apesar de durante o estágio de urgência não ter presenciado situações de exceção, no decorrer do meu percurso profissional como Enfermeiro de cuidados gerais e no contexto no qual presto cuidados, a área da catástrofe e das emergências multivítimas sempre constituíram foco do meu interesse, atendendo ao conjunto de competências fundamentais necessárias para que a resposta a estas situações seja executada da forma mais adequada. Ao longo do meu percurso profissional enquanto Enfermeiro de Cuidados Intensivos fui confrontado com algumas situações de emergência multivítimas e catástrofe, das quais destaco a aluvião ocorrida a 20 de fevereiro de 2010, os incêndios florestais em 2016, e a queda de uma árvore no arraial do Monte. No caso específico da queda de árvore no Monte, estava de serviço na UCIP, e pude colaborar na adaptação do serviço para a receção e prestação de cuidados às vítimas em situação crítica e prestei apoio à família das mesmas.

A vivência destas situações levou-me à procura de conhecimentos teórico-práticos nesta área, através da realização do Curso Medical Response to Major Incidents (MRMI). Esta formação é baseada num modelo de simulação avançada perante cenários de catástrofe. Com a realização deste curso pude capacitar-me através do conhecimento de toda a cadeia de comando, do cenário do acidente, da abordagem pré-Hospitalar, da triagem, do transporte, da gestão hospitalar, dos corredores de evacuação, e apoio à comunidade, permitindo-me estar mais apto para agir e providenciar melhores cuidados e com maior segurança nestas situações.

A realização do mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente do cuidado a pessoa em situação crítica, surge dessa vontade em aprofundar conhecimentos também neste âmbito, pois esta área da enfermagem é a mais capacitada para fazer face às situações de catástrofe e emergências multivítimas – no âmbito das suas competências específicas está descrito que o Enfermeiro Especialista “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação” (OE, 2018).

No SEMER, aquando da realização do estágio na EMIR, tive a oportunidade de inteirar-me acerca do Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da RAM, e o seu

método de ação em situações de catástrofe, nomeadamente no que se refere a critérios de ativação, elementos e instituições fundamentais para ativação do mesmo, o seu funcionamento e as circunstâncias em que já é possível proceder à sua desativação.

Na fase final do estágio de opção, na EMIR, tive a oportunidade de intervir numa situação de catástrofe, resultante de um despiste de Autocarro, ocorrido a 17 de abril de 2019, na freguesia do Caniço, do qual resultaram 29 mortos e 27 feridos.

A meio do turno da tarde encontrávamo-nos na sala de comunicações e triagem do Serviço Regional de Proteção Civil, quando o alerta foi dado através da linha de emergência 112, sendo a informação genérica, de um acidente que aparentava ser grave com um autocarro de turismo na zona do Caniço. Apesar da informação pouco detalhada, sem sabermos o número de ocupantes do autocarro, a equipa EMIR foi prontamente ativada e deslocamo-nos em direção ao local do acidente. Durante o percurso recebemos, através de comunicação rádio, a informação que o autocarro estava lotado de ocupantes e que teria saído fora de estrada, caindo numa ravina de uma altura de mais de 10 metros, existindo vítimas projetadas para fora do autocarro. Perante esta informação tomámos conhecimento de que estávamos perante uma situação de enorme gravidade e, portanto, atendendo à lotação do autocarro, o número de vítimas seria grande e estaríamos, sem dúvida, perante uma situação de situação de catástrofe. Com a informação recebida pelo Enfermeiro Especialista em médico-cirúrgica, que conduzia a viatura EMIR, com larga experiência em emergência pré-hospitalar, este definiu de imediato um plano de ação contemplando um conjunto de tarefas para realizarmos enquanto nos deslocávamos para o local do acidente – mais concretamente, a definição da metodologia de intervenção no cenário catastrófico e de ativação de meios humanos e materiais para acorrerem ao local do acidente. O SU do HNM, foi contactado de imediato, tendo sido informado da situação. Neste momento solicitou-se a ativação do plano de emergência e catástrofe do serviço. Foi-me atribuída a função de, durante o percurso, entrar em contacto com outros elementos da EMIR, que estariam de folga, no sentido de rapidamente ser constituída e disponibilizada mais uma equipa e viatura EMIR para o local do acidente. Ainda durante o percurso até ao local do acidente, embora em marcha de emergência, e bastante limitados no tempo, definiu-se a estratégia para a abordagem ao cenário dantesco que tínhamos pela frente. A função que me foi atribuída para a abordagem do cenário foi a de entrar na cena do acidente e identificar um local de evacuação das vítimas e, através da utilização do “*kit*” de catástrofe que dispomos na viatura, com os cartões para a triagem multi-vítimas em situações de catástrofe, que segue a metodologia START, realizar a triagem primária de todas as vítimas, encaminhando-as para

uma zona mais afastada onde pudessem receber cuidados prioritários para a estabilização da sua situação e onde seria realizada a triagem secundária, e respetiva evacuação para a unidade de saúde de acordo com as prioridades atribuídas. O conhecimento desenvolvido sobre o sistema de triagem START nas formações que realizei ao longo da minha vida profissional e aprofundi com as aulas do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram, sem dúvida, uma mais-valia para o desempenho da minha intervenção. Ao sair da viatura EMIR, e considerando que estava num patamar superior ao da localização do autocarro (possuindo assim uma perspetiva num patamar superior de todo o cenário do acidente) intei-me da cena do acidente e, através desta visão global, “de fora para dentro”, defini o melhor local para a abordagem primária às vítimas, identificando um corredor de evacuação das mesmas da zona do sinistro para a zona de apoio em cumprimento do estabelecido no Manual de TAS – Situação de Exceção (INEM, 2012). Após esta identificação, dirigi-me para junto do autocarro capotado, e efetuei a abordagem às vítimas realizando a triagem primária a todas as vítimas, recorrendo ao sistema START, de acordo com os conhecimentos que adquiri durante as aulas do mestrado e os que tinha desenvolvido no curso MRMI, bem como a experiência acumulada ao longo da minha vida profissional.

De realçar que a triagem foi um dos aspetos fundamentais para a prestação do socorro, na medida em que permitiu a identificação através da atribuição de um número a cada vítima, e a sua categorização por cor de acordo com a gravidade das lesões que apresentava, facilitando assim o encaminhamento para as áreas de prestação imediata dos cuidados de emergência, bem como a contagem do número de vítimas, a sua gravidade – dados fundamentais para a comunicação de informações com o SU do HNM – para que ficassem com a informação do número e estado das vítimas que iria receber. Após a devida abordagem e estabilização, e de acordo com os critérios de gravidade, o transporte das vítimas ocorreu de forma organizada, e acompanhada de informação transmitida ao SU, onde constava o número de ambulâncias que saíam em direção ao mesmo e alguns dados clínicos e lesões que as vítimas apresentavam, evitando-se assim o congestionamento do SU, e a transposição do “caos” do cenário de catástrofe para dentro da unidade de saúde.

Nesta ocorrência foi-me possível constatar o papel fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ativação dos meios humanos e materiais, e na gestão dos mesmos no local. O seu papel estendeu-se ainda à atribuição de tarefas e à coordenação dos meios, tendo desta forma assumido uma função essencialmente de coordenação, atribuição de tarefas, de registo de dados clínicos de cada vítima, o que foi

imprescindível para que o socorro tivesse ocorrido de forma exemplarmente coordenada, adequada, sem atropelos nem duplicação de tarefas.

Assim, a identificação, a abordagem, e o atendimento às vítimas decorreu de forma eficiente com controlo total de cada situação permitindo prever as necessidades em termos do empenhamento de meios, humanos e materiais, necessários naquela situação de catástrofe.

A participação ativa e colaboração nesta ocorrência, proporcionou-me uma experiência única, no sentido em que efetivamente, assisti, colaborei e implementei ações, através da mobilização de conceitos e conhecimentos perante um cenário real de catástrofe, fundamentais para o desenvolvimento da competência específica de Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidado a pessoa em situação crítica, no que se refere à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação” (OE, 2018).

A abordagem e a triagem realizada foi inclusivamente reconhecida publicamente através dos meios de comunicação social, por perito ligado à área de catástrofe, que referiu dever-se à metodologia START, à estratégia usada – a Médica da EMIR ficou responsável por fazer uma avaliação secundária das vítimas, realizando a triagem secundária, sendo que o Enfermeiro da EMIR ficou responsável pelas comunicações e coordenação das equipas no local; coube-me, como referi, realizar a triagem primária – e à triagem efetuada – identificando numericamente todas as vítimas, bem como a definição das prioridades –, que permitiu a evacuação célere das vítimas.

Ao longo da minha prática clínica tive a oportunidade, juntamente com os meus pares, de criar períodos de reflexão e debate centrados em torno dos problemas éticos que se colocam no socorro as vítimas de situações de catástrofe, sendo que o desenvolvimento deste tema ainda fez mais sentido pois a ocorrência do acidente com multi-vítimas descrito anteriormente. Com estes debates e reflexões informais, apercebi-me que os profissionais de saúde que acorrem a estas situações são diversas vezes sujeitos a vários dilemas éticos, nomeadamente no que se refere por um lado à triagem das vítimas, aspeto essencial para o sucesso do socorro, e por outro à prestação dos cuidados iniciais imediatos às vítimas.

Neste tipo de ocorrências e perante estes dilemas, a gestão da ocorrência através da triagem das vítimas tem de prevalecer em relação à prestação imediata de cuidados emergentes, pois perante um cenário de catástrofe os recursos tornam-se escassos face às necessidades, e o profissional de saúde tem de estar ciente de que o seu objetivo é fazer uma gestão eficiente da ocorrência e dos meios disponíveis, orientando a sua ação de modo a evitar o caos no local do evento.

Seguindo esta linha de pensamento nas situações de catástrofe, Naomi Zack, (2010), refere que a ética, entra de “férias”, pois os princípios morais que regulam a comportamento humano em situações de normalidade necessitam de ser postos de parte perante a violência das circunstâncias envolvidas nesse tipo de eventos.

De acordo com o autor supramencionado as consequências de seguir as regras éticas face às circunstâncias de uma catástrofe parecem ser inaceitáveis, sugerindo como mais assertivo optar por escolher o menor entre dois males, emergindo assim o princípio do utilitarismo, (ética normativa que apresenta a ação útil como a melhor ação, a ação correta), como princípio que poderá ser pensado como a forma mais correta para agir diante de tais circunstâncias. Perante estes cenários, as necessidades são superiores aos recursos disponíveis, sobretudo nas ocorrências em meios urbanos com grande impacto na destruição de infraestruturas. Segundo Becker et. Al., (2013), a tomada de decisão em contexto de catástrofe distingue-se da decisão quotidiana, principalmente pela característica de a mesma deixar de ser centrada no doente, passando a estar centrada na mobilização de recursos e na população.

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

Segundo a CIPE (2015), infeção é descrita como “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (p.63). As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) têm sido alvo de preocupação por parte de diversas entidades pela condição de estarem associadas à prestação de cuidados de saúde.

As IACS são definidas pela DGS, (2010) como: “condição sistémica ou localizada de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas, adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p.7).

Em Portugal, segundo o Relatório Anual Programa Prioritário Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, existe uma prevalência de IACS, de cerca de 7,8%, em meio hospitalar, e 4,0% em unidades de cuidados integrados, o que revela bem a dimensão e o conseqüente impacto que tem nos doentes internados (DGS, 2018).

O aumento da incidência destas infeções encontra-se associado a diversos fatores, entre os quais o uso de tecnologias mais avançadas e invasivas, de medicação imunossupressora, ao aumento da esperança média de vida, tendo este aumento impacto

direto no aumento do consumo de recursos, na morbidade e mortalidade dos doentes, tendo a evidência internacional demonstrado que cerca de um terço destas infeções seriam evitáveis (DGS, 2018).

Admitindo este facto e partindo desse pressuposto, a DGS, através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, assumiu a responsabilidade pela vigilância epidemiológica das IACS, emanando um conjunto de normas e procedimentos para a prevenção e controlo da infeção, que se encontram refletidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis, definindo como objetivo até ao ano de 2020, atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.

De acordo com a OMS, (2016), as IACS constituem um significativo problema de saúde pública, com impacto significativo em termos de morbidade e mortalidade e repercussões alarmantes em termos económicos. Perante este facto o Enfermeiro EEMC deve desempenhar um papel ativo através assimilação dos planos de controlo de infeção emanados pela instituição onde desenvolve a sua prática, cumprindo e fazendo cumprir as normas estipuladas relativamente à assepsia nos procedimentos e na implementação de circuitos demandados na prevenção e no controlo da infeção (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Sendo o EEMC, detentor de competências acrescidas no âmbito da prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico, compete ao mesmo demonstrar conhecimentos aprofundados e fundamentados no controlo e prevenção da infeção baseados na evidência científica, nas normas emitidas pela DGS, e nas normas institucionais e circuitos definidos no serviço.

Em consonância com o previsto no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, o EEMC deverá ser uma referência para a sua equipa nesta matéria, possuindo a capacidade de diagnosticar as necessidades da equipa e recorrendo à sua capacidade mobilizadora implementar um conjunto de estratégias proativas, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas.

O desempenho de funções no SESARAM, local onde realizei parte significativa da minha prática clínica, apliquei o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), cujos objetivos anseiam a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a redução da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013, de 18 de novembro). No meu

exercício profissional procuro agir de acordo com o plasmado no Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – que descreve os princípios essenciais para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2017).

Martins & Benito (2016) refere que já desde Florence Nightingale, através da importância demonstrada ao ambiente na saúde, em 1863, e posteriormente desenvolvida pela teoria ambientalista, tem-se demonstrado que as medidas e os mecanismos básicos de prevenção da transmissão de infeção foram evoluindo com as contribuições da ciência tornando-se cada vez mais explícita a importância da relação entre a pessoa e o ambiente. Neste sentido, no decorrer da minha aprendizagem em contexto clínico, almejando maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção no SU do HNM, apercebi-me de algumas situações que podiam efetivamente ser melhoradas no sentido de diminuir o desenvolvimento de IACS, nomeadamente através de uma eficaz higienização das mãos. Perante este desafio, além de ter discutido estas situações com os Enfermeiros de serviço, adaptaram-se os cuidados de forma a manter as precauções básicas do controlo de infeção.

A própria DGS (2016) refere que, por diversas razões, apenas 50% dos profissionais de saúde procedem eficazmente à higiene das mãos. Através do diálogo com os responsáveis das equipas e do próprio serviço explorámos estratégias de promoção da adesão à higienização das mãos – sensibilização, monitorização e aconselhamento –, visto tratar-se de uma das mais simples medidas a implementar, mas uma das mais importantes na redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes (Norma nº 029/2012 atualizada em 2013). Durante o meu estágio no SU do HNM, apesar de não ter participado na elaboração do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do SU, tive oportunidade de analisá-lo e refletir sobre a forma como estava a ser implementado, dando alguns contributos com vista a sua melhoria, fundamentados na evidência.

No decorrer da minha prática clínica, nas áreas por onde passei no SU, pautei a prestação de cuidados pela prevenção das IACS, procurando ser modelo na implementação das medidas de controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica utilizando os equipamentos de proteção individual de acordo com estabelecido pelas normas, com o risco associado cuidado, e à vulnerabilidade do doente. Na sala de observação e cuidados especiais existem cortinas que salvaguardam a distância entre as unidades. No entanto, perante o doente imunodeprimido ou colonizado, tive a oportunidade de aplicar medidas de isolamento protetor e de contenção, respetivamente – uso de luvas, uso de máscara, a disponibilização desses meios de proteção aos familiares, incentivando-os a se

organizarem do ponto de vista das visitas no sentido de definir um dos elementos como a pessoa que transmitiria as informações aos familiares, ficando responsável por reduzir ao máximo o número de visitas ao utente, reduzindo a exposição deste a possíveis agravamentos da sua situação clínica.

Apesar do serviço dispor de equipamento de proteção individual, e do mesmo se encontrar em local acessível, constatei em algumas situações o não uso destas medidas, nomeadamente no acolhimento do doente, dada a emergência da admissão do mesmo e sua estabilização. Através do exemplo, demonstrei que o uso de medidas de proteção individual não é fator de atraso na intervenção que prestamos ao doente, mas sim uma mais-valia, quer na segurança do doente, quer na do próprio profissional de saúde. Procurei momentos oportunos para debater e refletir com o Enfermeiro tutor e elementos da equipa, individualmente ou em pequenos grupos, sobre essas atitudes e sobre as normas emanadas pela PPCIRA reforçando que o uso de equipamento de proteção individual não só evita as IACS como promove a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, não afetando o tempo de resposta do profissional que se pretende seja célere.

Constatei, ao longo da prática clínica de urgência na sala de cuidados especiais, que por vezes não existia proteção das “portas de acesso” das vias do cateter venoso central, sendo que as mesmas não se encontravam envoltas num campo estéril, como é prática na Unidade de Cuidados Intensivos. Ao longo do estágio fui implementado esta medida aos doentes que cuidei, e incentivando não apenas a aplicação de campo estéril a todos os doentes, com acesso central, mas também o manuseamento do mesmo e a realização de penso de forma asséptica e de acordo com o estipulado pela PPCIRA. No início de cada turno, verifiquei se os doentes que possuíam cateter central tinham o campo estéril de proteção. Quando tal não se verificava, eu próprio o colocava, praticando pedagogia através do exemplo, o que se refletiu numa mudança de prática dos meus colegas que, no final do meu estágio já adotavam essa medida de proteção do doente.

A grande afluência de doentes ao SU, aliada à dificuldade em termos de espaço para os colocar, é um elemento facilitador do surgimento de IACS. Se consideramos que estes doentes têm visitas, a falta de espaço proporciona muitas vezes o contacto com o ambiente de outros doentes pelo que, para minimizar este problema, e prevenindo as IACS, incentivei a utilização do desinfetante para as mãos antes e após a visita, informando-as e sensibilizando para a importância da higienização das mãos, além de alertar para a necessidade de evitar o contacto com outros doentes. Os familiares dos doentes a quem

expliquei a importâncias destas medidas para a sua proteção e proteção dos doentes, aceitaram e adequaram os seus comportamentos às minhas recomendações.

Uma situação que foi alvo da minha preocupação e que quis vincar no estágio no SU foi alertar para o conjunto de medidas a tomar no sentido de prevenir a Pneumonia Associada à Intubação e Ventilação. Assim, da discussão em grupo aproveitei para rever as normas da DSG relativamente a esta situação, instando a que tomássemos medidas de acordo com as mesmas, como por exemplo a avaliação das pressões do “cuff” do tubo oro-traqueal, mantendo a pressão entre 20-30cmH₂O, a higiene oral com solução de clorohexidina e aspiração das secreções orofaríngeas antes dos posicionamentos, elevando a cabeceira acima de 30° após, e incentivando a utilização de tubos com aspiração subglótica, para a Intubação Oro-Traqueal. Os meus pares aceitaram e adequaram as suas intervenções às minhas recomendações, incorporando nos seus planos de cuidados ao doente esta intervenção.

A política adotada pelo serviço e pelos profissionais que ali desempenham a sua atividade é a do rigor, e do respeito pela implementação das normas recomendadas pela DGS/PPCIRA, encontrando-se devidamente estabelecidos e implementados todos os requisitos e procedimentos para prevenção e controlo da infeção.

Considerando os dados da DGS 2010 em que um em cada 4 doentes internados no SMI podiam vir a contrair IACS, sendo a mais frequente neste contexto a Pneumonia Associada a Intubação, definida como “pneumonia que surge em pessoa com tubo oro-traqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubado há menos de 48 horas” (Norma 021/2015, atualizada em 2017, p. 5), e tendo em conta que a mesma é responsável pelo aumento dos dias de ventilação mecânica, de internamento, de uso de antimicrobianos e da mortalidade, os profissionais que ali trabalham empenham-se na aplicação de todas as medidas possíveis no seu controlo e prevenção.

Desta forma, no meu dia-a-dia, a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico é uma constante, mobilizando e aplicando um conjunto de conhecimentos e intervenções que vão desde posicionar a cabeceira da cama num ângulo de 30°, proceder à higiene oral com clorohexidina a 0,2%, aspirar as secreções subglóticas, manter a pressão do “cuff” do tubo oro-traqueal entre 20 e 30 cmH₂O, monitorizando-o automática e continuamente através nos ventiladores de última geração, reduzindo a sedação sempre que possível para um score de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) adequado ao objetivo terapêutico, de acordo com o preconizado na Norma n.º 021/2015, de 16 de dezembro, atualizada a 30 de maio de 2017 (DGS, 2015).

No que aos cuidados de saúde pré-hospitalares diz respeito, dada a situação e contexto do doente, muitas das vezes situações de *life saving*, a prevenção e o controle de infeção são preteridos para segundo plano, pois a vida da pessoa está em risco. No entanto, no âmbito da minha prática clínica quer na SIV Terceira, quer na EMIR constatei a implementação de cuidados durante o socorro visando, prevenção da infeção, através do uso de equipamento básico de proteção individual, desinfeção das mãos com desinfetante cutâneo, assepsia aquando da aplicação de procedimentos invasivos e a realização da separação dos resíduos hospitalares, de acordo as circunstâncias.

Nas ocorrências em que foi necessário realizar procedimentos invasivos dentro da célula sanitária constatei a atenção dispensada na criação de um circuito de limpos e de sujos, sendo que após o término da ocorrência procedi à lavagem e desinfeção do material utilizado, tendo desta forma contribuído para a prevenção da infeção.

Findo este percurso quer de ensino clínico quer profissional, apraz-me dizer que desenvolvi conhecimentos acerca das diretrizes emanadas das Comissões e dos Programas preconizados pelas Instituições onde decorreram as minhas práticas clínicas.

Considero ter sido eficiente na identificação das necessidades dos serviços e eficaz na implementação de estratégias, objetivando a prevenção e o controlo da infeção, na pessoa em situação crítica em falência ou eminente falência orgânica, cumprindo e fazendo cumprir as normas e os procedimentos definidos.

Na minha intervenção considerei a infeção como foco da minha atenção, e neste sentido maximizei “a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19364), indo assim de encontro ao domínio da desta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

CAPÍTULO III

3.1. Competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica

Nos capítulos anteriores discriminei a obtenção e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do cuidar da pessoa em situação crítica, tendo chegado agora à fase em que procurarei demonstrar a aquisição das competências adquiridas para a obtenção do grau de Mestre, e que se encontram plasmadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho; 230/2009, de 14 de setembro; 115/2013, de 7 de agosto; e 63/2016, de 13 de setembro, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

O Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15º, faz alusão ao grau de Mestre, mencionando que este grau é obtido pela aprovação nas unidades curriculares do curso de segundo ciclo de estudos, concedido ao aluno a frequentar uma especialidade, que demonstre possuir um corpo de conhecimentos e capacidade de compreensão, aplicando-os na resolução de problemas novos e não familiares. Refere ainda que o Mestre deve integrar conhecimentos, lidar com situações e contextos complexos, encontrando soluções, comunicando as suas conclusões e o raciocínio a elas subjacentes, aprimorando deste modo competências que lhe facultam uma aprendizagem ao longo da vida. (p.4162).

Refletindo sobre o exposto, o 2º Ciclo de estudos do Ensino Superior, conducente ao grau de Mestre incita à formação de um perfil, pessoal e profissional, amadurecido, e a um conjunto de competências que vão mais longe do que apenas o saber fazer.

Inerente ao grau de Mestre está o saber ser e estar, mas também o ser modelo na área da investigação, compreendendo e resolvendo dilemas que surjam, emitindo juízos, com a plena noção das suas consequências e das responsabilidades éticas e sociais que daí possam advir, através da edificação de um corpo de novos conhecimentos baseado na evidência.

Assim, nesta etapa do meu relatório exponho de forma clara e inequívoca os conhecimentos técnico-científicos obtidos com a licenciatura, mestrado e aprofundados no decurso do meu trajeto profissional, realizando uma analogia com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e os requisitos para obter o grau de Mestre nesta área de especialização revelando a transferência para a minha prática de um corpo de conhecimentos científicos e válidos, que me habilitaram a encontrar as soluções para os vários problemas que surgiram nos diversos contextos.

A forma que encontrei para ir ao encontro da excelência, maximizando a segurança, a qualidade e o bem-estar no decurso destes 12 anos de exercício profissional sagrou-se através de um constante aprimoramento de conhecimentos, desenvolvendo competências, com o foco centrado no doente crítico, em situação urgente, emergente e de exceção. No decurso das minhas práticas clínicas, tive a oportunidade de vivenciar um conjunto de experiências que me permitiram aprofundar conhecimentos técnico-científicos, nomeadamente, na Triagem e Aconselhamento Telefónico, nas várias Vias Verdes e Triagem Manchester em urgência hospitalar, na abordagem inicial ao doente em estado crítico em contexto pré-hospitalar, e na abordagem e intervenção perante situações de catástrofe (com multi-vítimas), em que a mobilização de um vasto corpo de saberes orientada pelos princípios éticos e pelo CDE foi uma exigência constante, por forma a tomar a decisão mais assertiva e adequada às necessidades do doente.

Em consonância com o preconizado pela OE (2009), o Enfermeiro deve proteger e defender a pessoa que cuida das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, em busca da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio Enfermeiro, adotando um papel ativo na proteção dos seus direitos aquando da prestação de cuidados, em especial, aos doentes em situação crítica, visto que essa situação comporta vulnerabilidades que poderão influenciar as decisões do doente.

Neste sentido, autores como Johnson & Temple, (2010), afirmam que a tomada de decisão é uma competência multidimensional constituída por um processo mental ou cognitivo que deverá ser praticado de forma sistemática, pois implica o recurso a competências de habilidade na interpretação, análise, inferência e autorregulação, bem como o raciocínio lógico que se adquire com o tempo – através da experiência e da prática.

O Enfermeiro Especialista assume um papel relevante na tomada de decisão perante as situações de emergência, onde o limiar de vida/morte é muito ténue, onde a escassez de dados e o tempo disponível interferem na tomada de decisão clínica de tal forma que esta deverá ser baseada na evidência, em conhecimentos sólidos, e sempre sustentada em elevados níveis de julgamento clínico, a par de princípios éticos, pois só desta forma podemos falar em qualidade de cuidados (Nunes, 2007).

Nas situações clínicas em que o estado de falência orgânica do doente não permitiu a tomada de decisão do próprio, perante o risco de vida do mesmo, fiz prevalecer o consentimento presumido, tendo em conta a promoção da vida, pautada pelos princípios da beneficência e não maleficência. Refiro-me, por exemplo, a situações vivenciadas durante a minha vida profissional, de doentes vítimas politraumatizadas em que a sua situação de

choque hemorrágico exigia uma laparotomia exploradora “*live saving*” e em que a realização da mesma sobrepôs-se à observância do consentimento assinado para a realização da cirurgia. Nestes casos foi tido em conta o plasmado no número um do artigo 6º da Convenção Para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, (“Convenção de Oviedo”) que refere que “qualquer intervenção sobre a pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto”.

A realidade que se apresenta em contexto de emergência é aquela em que o doente e seus familiares encontram-se numa fase em que tudo está assente na incerteza, o que pode provocar entendimentos deturpados da situação, distintos da realidade constatada, causando estados emocionais geradores de ansiedade, depressão e alterações de humor. Nesta linha de pensamento, Soares (2007) adianta que tais manifestações emocionais podem despoletar a necessidade de uma maior cooperação e proximidade para com o doente, de perceber a fisiopatologia da doença, que cuidados estão a ser implementados, e se os mesmos decorrem sem causar sofrimento. No decurso do meu exercício profissional procurei estar atento ao surgimento de manifestações emocionais de sofrimento e angústia perante a situação de doença crítica, implementando intervenções de enfermagem direcionadas ao diagnóstico de Crise Familiar Atual com o objetivo de facilitar o processo de adaptação do doente/família à sua nova realidade.

Saliento que é através do acolhimento e da comunicação com os familiares do doente, quando o visitam pela primeira vez no SMI que, recorrendo a um ambiente controlado calmo e sossegado, transmito informações acerca do estado de saúde do seu familiar, procurando, através das questões que me colocam, avaliar o estado emocional do familiar perante aquela situação, respondendo por forma a esclarecê-lo o mais adequadamente possível.

De acordo com Benner (2005), a capacidade de intuição que cada situação clínica exige é um requisito que deve fazer parte do domínio do Enfermeiro perito, pois compete ao mesmo reconhecer os verdadeiros problemas do doente, agindo a partir da compreensão da situação global, respeitando a autonomia e a vontade do doente, integrando-o no seu processo de saúde, mais concretamente na prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Assim, recorri à evidência científica como meio justificativo da minha práxis perante situações complexas, e os diferentes contextos, mobilizando saberes sólidos, antecipando focos de instabilidade de forma rápida e segura de acordo com os dados da

avaliação inicialmente efetuada. Esta minha maneira de proceder permite constatar o meu desenvolvimento de mestrias ao nível da tomada de decisão e pensamento crítico, da comunicação com o indivíduo e família/pessoa significativa, relação terapêutica e gestão de cuidados, indo ao encontro das competências de mestre, nomeadamente no que se refere “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas, (...) capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas...” (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, p.4162)”.

A formação realizada e a experiência adquirida durante o meu percurso profissional, aprofundada com a realização do Mestrado, contribuiu fortemente para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, permitindo-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, que me ajudaram a lidar com situações complexas do ponto de vista emocional, nomeadamente em doentes jovens com prognóstico reservado, prestando cuidados de forma antecipatória e eficaz baseados em conhecimentos sólidos e válidos, prevendo focos de instabilidade, garantindo cuidados especializados de qualidade, em tempo útil e de forma holística.

Segundo o Regulamento N.º 140/2019, de 06 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista –, é competência e dever deontológico do Enfermeiro Especialista manter a atualização contínua de conhecimentos com vista à excelência do exercício profissional constituindo-se, assim, um elemento facilitador da aprendizagem em contexto laboral, baseando a sua prática clínica na investigação. Em consonância com o supramencionado, ao longo da minha vida profissional, assumi um compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, recorrendo à autoformação, na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que presto e que me possibilitou oferecer um contributo mais sustentado quer aos alunos que acompanhei nos seus estágios, quer ao processo de integração de novos elementos ao serviço.

Das formações que realizei, essencialmente na área da emergência e doente crítico, destaco o Curso de Emergências Médico-Cirúrgicas ministrado pelo SEMER, que formou novos profissionais para integrar a equipa EMIR, o *Fundamental Critical Care Support* (FCCS), que visou melhorar a qualidade da abordagem inicial do doente crítico, o Curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), direcionado para a resposta à emergência em situação de catástrofe a nível internacional, o curso de formador SBV-DAE, certificado pelo INEM, o *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), assim como a participação em vários congressos, que me permitiram a progressiva atualização de conteúdos fundamentais

à planificação e gestão de situações de emergência, além da melhoria na organização da resposta a situações de catástrofe com multivítimas.

No decorrer deste curso de Mestrado, participei em vários congressos, asseverando assim competências de aprendizagem de modo autónomo e auto-orientado.

Em Outubro de 2018, participei nas Jornadas de Enfermagem “Cuidar o Doente Crítico... dos cuidados emergentes à reintegração”, no Funchal, onde foram abordadas temáticas sobre o doente crítico na ótica do pré-hospitalar, SU, SMI e BO. No mês seguinte do mesmo ano, participei no primeiro Congresso Nacional de Emergência Médica Pré-Hospitalar que decorreu na Madeira, numa parceria entre a Secretaria Regional da Saúde, SRPC, IP-RAM, e INEM, o qual ostentou um leque de oradores de elevadíssima e dignificante qualidade, onde se abordaram diversas temáticas, das quais destaco: o panorama atual da emergência pré-hospitalar da RAM, as PCR, as Vias Verdes, o trauma, o resgate em montanha, o apoio psicológico e a intervenção em crise, o trauma rodoviário e os sistemas de informação em emergência. A aquisição de conhecimentos na área do doente crítico permitiram-me, em contexto de exercício profissional (seja no SMI, seja nos serviços onde estagiei) o debate com os meus pares, orientadores e tutores sobre os diversos temas e contextos relacionados com o cuidar da pessoa e família em situação crítica, de forma fundamentada na evidência científica mais atual.

No contexto dos estágios realizados ao longo do curso de Mestrado, encarei com grande responsabilidade todos os desafios, certo de que seriam fulcrais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que selecionei campos de estágio considerados de referência a nível nacional e internacional. Estas escolhas foram fundamentais para a minha motivação e empenho, que se revelaram decisivos para o cumprimento dos objetivos a que me propus e conseqüente desenvolvimento de competências do domínio do EEMC.

O sucesso obtido nas práticas clínicas resultou do contributo imprescindível da investigação e pesquisas bibliográficas que realizei, permitindo-me consolidar uma prática baseada na evidência científica, uma vez que procurei manter-me atualizado com os conteúdos mais recentes nas áreas da emergência pré-hospitalar, da triagem e aconselhamento telefónico, da urgência e da catástrofe, nomeadamente das *guidelines* mais atuais.

Face às oportunidades que surgiram ao longo das práticas clínicas pude demonstrar, perante os meus congéneres, a capacidade de mobilização de conhecimentos e o raciocínio implícito nas reflexões críticas que efetuei, além de ter promovido a minha participação ativa nas soluções apresentadas perante situações novas e não familiares. Refiro-me, por exemplo,

a uma situação que aconteceu no estágio na EMIR, perante uma vítima de PCR, em ritmo desfibrável. Nessa altura procedemos à realização de Suporte Avançado de Vida (SAV), administrando dezenas de choques de forma a obter retorno da circulação espontânea. Conseguimos obter retorno da circulação espontânea cerca de uma hora e vinte minutos após o colapso. Esta situação permitiu-me evidenciar capacidade de adaptação ao espaço onde ocorreu a PCR, e proatividade na aprendizagem, demonstrada através do diálogo que fomos estabelecendo no seio da equipa multidisciplinar acerca das possíveis causas daquele quadro clínico, considerando os antecedentes que conseguimos obter através de informações colhidas no local a pessoas que conheciam a vítima e que se revelaram fundamentais para a definição da estratégia utilizada na reanimação, nomeadamente a administração de antagonista de opióides.

Cuidar da pessoa em situação crítica de forma a obter a melhor resposta perante a situação e o contexto apresentados requer uma intervenção organizada do ponto de vista da equipa multidisciplinar. No decorrer do meu estágio de Opção tive a oportunidade de ir ao encontro do plasmado no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, capítulo III, artigo 15º, ponto 1, alínea b), “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4162), integrando várias equipas multidisciplinares, nomeadamente na LEM do SRPCBA, e na EMIR, onde procurei, de forma proativa, enquanto parceiro integrado na equipa, fomentar o trabalho em colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, refletindo sobre as experiências vivenciadas, fazendo breves análises SWOT no sentido de melhorar a nossa intervenção.

Atendendo à minha determinação em adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica no decurso do Mestrado, evidenciei a construção de conhecimentos de um modo auto-orientado e autónomo, com a realização de diversos trabalhos, delineando um conjunto de objetivos na elaboração de planos de estágio para cada prática clínica, percurso imprescindível para o meu sucesso e desempenho das mesmas.

Dos trabalhos realizados ao longo do Mestrado destaco o projeto de autoformação, pois a metodologia inerente permitiu-me desenvolver a capacidade de raciocínio, de forma autónoma, colocando-me no centro de decisão relativamente à seleção da área de interesse, dos objetivos pretendidos e do caminho a percorrer para a aquisição de conhecimentos que me levariam ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A realização do projeto de autoformação revelou-se

proficiente ao acolher uma aprendizagem auto-orientada e autónoma, impulsionadora do desenvolvimento de competências fomentadas pela realização das práticas clínicas em serviços de referência na área escolhida.

Atendendo ao processo formativo realizado sinto que sou, hoje, um elemento considerado pelos seus pares (no SRPC, IP-RAM, enquanto elemento da equipa STAT-CIC, e no SMI do HNM) na consulta em situações de emergência mais complexas, momentos em que procuro auxilia-los na tomada de decisão, através do pensamento crítico e da evidência científica, demonstrando o meu conhecimento e raciocínio subjacente, fundamentados nos princípios éticos, no CDE e na Carta dos Direitos dos Doentes.

O trajeto que realizei durante o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica evidencia a aquisição das competências que o grau de Mestre impõe, aprofundando conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos, reagindo perante situações inesperadas, em consonância com os elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e legais que regulam a profissão de Enfermagem.

O percurso narrado ao longo deste relatório demonstra a capacidade de aprender, construindo conhecimentos específicos e sólidos que se coadunam com o grau de Mestre em Enfermagem, evidenciando o apuramento dos saberes subjacentes ao desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica refletidas no domínio das várias competências de uma intervenção profissional avançada.

CONCLUSÃO

O percurso realizado durante este curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, proporcionou-me um conjunto de vivências de vital importância para o meu crescimento pessoal e profissional. Esta evolução repercutiu-se na dinâmica que imprimi em contexto de trabalho através da adoção de boas práticas, demonstrando competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação na área da enfermagem médico-cirúrgica.

As unidades curriculares, frequentadas ao longo do curso, em particular os ensinamentos clínicos em contextos altamente diferenciados permitiram-me o aprendizado na prevenção e controlo da infeção, na abordagem a situações de catástrofe com multivítimas, e a habilitação de competências de liderança, investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem, que capacitaram-me pessoal e profissionalmente, com um vasto corpo de saberes especializados, direcionados ao cuidar holístico da pessoa em situação crítica.

A elaboração deste relatório gerou vários momentos de análise e reflexão acerca do meu percurso académico e profissional, essenciais para a aplicação diferenciada do conhecimento científico especializado, contribuindo para a aquisição de competências de especialista e de mestre.

Este relatório, intitulado “Pelo trilho das competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: Da triagem telefónica e aconselhamento pré-hospitalar aos Cuidados Intensivos” mostra um caminho entrançado em momentos de aprendizagem no decorrer dos ensinamentos clínicos realizados em contextos específicos e diversificados e do meu percurso experiência profissional.

A experiência na LEM e na SIV Terceira, na RAA, assim como na EMIR na Região Autónoma da Madeira, permitiu-me o exercício de uma prática experimentada, tendo com repercussão o meu aperfeiçoamento de capacidades, e conhecimentos na abordagem ao doente emergente do Pré-Hospitalar aos Cuidados intensivos, e possibilitou-me obter uma visão integral do Sistema Integrado de Emergência Médica das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

As várias experiências vivenciadas no estágio realizado no SU dos HNM estágios, contribuíram para o meu desenvolvimento reflexivo, permitindo-me melhorar significativamente a minha capacidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos

científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, baseados na evidência científica, de forma célere e sistematizada perante as situações de doença crítica em contexto de urgência

Os objetivos delineados nos diferentes campos de estágio foram direcionados para a prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciados de maneira a responder aos problemas identificados, antecipando focos de instabilidade, efetuando a administração de protocolos terapêuticos complexos, gerindo de forma diferenciada a dor e o bem-estar, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica através de uma comunicação adequada e do estabelecimento da relação terapêutica.

Assim atingi com as práticas clínicas realizadas, e a experiência profissional demonstrada, o desígnio de adquirir e desenvolver competências comuns e específicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica em contexto de urgência, cuidados intensivos e pré-hospitalar. Evidenciei o desenvolvimento da análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, na minha área de especialização, e suas implicações para essência do cuidado, demonstrando a aquisição de competências de Mestre.

Respondi adequadamente à competência “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (...)”, através de um exercício profissional pautado pelo respeito das normas emanadas pela DGS interlaçando-as com os planos de cuidados que defini para responder aos problemas dos doentes que cuidei.

Destaco, neste relatório, o desenvolvimento do domínio de competência “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, pois perante uma situação de catástrofe vivenciada durante o meu estágio no pré-hospitalar colaborei ativamente na organização e resposta à situação de emergência/ multivítimas. Participei na liderança do processo de tomada de decisão *in loco*, realizando a triagem primária de 57 vítimas de um acidente com autocarro onde alicersei a minha intervenção na evidência científica e nos valores da profissão.

O meu percurso académico caracterizou-se pela superação de enormes desafios, dos quais saliento a gestão de tempo (complexa e exigente) que o curso implica. A conciliação entre a vida pessoal, profissional e académica foi indiscutivelmente complexa, em especial na fase final de elaboração deste relatório. As diretrizes de orientação sugeridas pela Orientadora deste relatório, contribuíram para a concretização dos objetivos autopropostos e desenvolvimento de um relatório, na minha perspetiva, claro, fundamentado e refletido.

Demonstrei, ao longo deste trajeto, ter amadurecido a minha capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão fundamentados na evidência científica, revelando a maestria na área da conceção e gestão dos cuidados de enfermagem baseados no juízo argumentativo lógico, viabilizando a minha autonomia para a aprendizagem.

Apesar de complexa, termino esta jornada de capacitação pessoal e profissional com o sentimento de dever cumprido, na certeza de que o esforço e a determinação que incuti neste processo permitiram-me alcançar com sucesso os objetivos inicialmente propostos e a aquisição de competências especializadas que se coadunam com as competências de 2º nível na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Concluo esta jornada com motivação para a realização da Pós-Graduação em “Emergência e Cuidados Intensivos: Do Extra-Hospitalar... às Unidades de Cuidados Intensivos”, à qual darei início este ano, dando continuidade à missão de formação contínua pela qual sempre pautei.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. S. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 33(4), 181-190, doi: 10.1590/S1983-14472012000400023
- Alderson, S. & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113, doi: 10.4236/ojn.2013.31014.
- Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e do acidente vascular cerebral (AVC)*. Retrived from <http://esel-bibliobase.esel.pt/BiblioNET/Upload/4234-recomendacoes-ciinicas-eam-e-avc.pdf>
- Amaral, A. F., Cruz, A., & Oliveira, L. M. (2010). Nota editorial. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Amaral, P. M. F. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Retrieved from: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=46543&code=973>
- Barreira, M. M. I. E. (2018). *Via verde do acidente vascular cerebral no serviço de urgência* (Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem). Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Retrieved from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19107/1/pauta-relatorio-8.pdf>
- Becker, T. K., Gausche-Hill, M., Aswegan, A. L., Backer, E. F., Bookman, K. J., Bradley, R. N., ... Schoenwetter, D. J. (2013). Ethical Challenges in Emergency Medical Services: Controversies and Recommendations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(5), 488-497, doi:10.1017/S1049023X13008728.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In P. Benner. *De Iniciado a Perito: A excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.^a ed.) (pp. 39-59). Coimbra: Quarteto
- Bomfim, R. A. (2012). Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*, 1(1). Retrieved from <https://www.uninter.com/revistaorganizacaoSistemica/index.php/organizacaoSistemica/article/view/62>
- Cabral, L. M. (2015). Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores: Uma Tarefa de Todos para Todos... *Revista Nação e Defesa*, (141), 29-43. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23922/1/CABRALLuisMendes_p29_43.pdf
- Camelo, S., & Angerami, E. (2013). Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560. Retrived From: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200034
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. Retrieved from <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2005). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Retrieved from http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2018). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. Funchal: Author.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual de acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.) Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Guia de implementação da estratégia multimodal da organização mundial da saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde. Retrieved from https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx.
- Dutra, J. S., Fleury, M. T. L., & Ruas, R. (2008). *Competências: Conceitos, métodos e experiências*. São Paulo: Atlas.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, J. (2015). *Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem*. In Mesa do Colégio da Especialidade EMC, Livro de Resumos do 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (27-30). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Gómez-Rojas, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 49-55. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2014). *Triagem telefónica e aconselhamento*. Retrieved from http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=119
- Hospital Dr. Nélio Mendonça. (2011). *Política nº 1: Manual do serviço de urgência*. Acessível no Serviço de Urgência do SESARAM, Funchal, Portugal.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situações de exceção: Manual TAS*. Portugal: Author.

International Council of Nurses. (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2011* (Ordem dos Enfermeiros, Trans.) Genebra: Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses. (2015). *CIPE ® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trans.) Lusodidacta. Edição portuguesa.

Jesus, É. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. (Tese para obtenção do Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Johnson, J. Y., & Temple, J. S. (2010). Critical Thinking, Ethical Decision Making, and the Nursing Process. In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12.th ed.) (pp. 22-40). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins

Kool, D., & Blickman, J. (2007). American College of Surgeons: Advanced Trauma Life Support®. ABCDE from a radiological point of view. *American Society Emergency Radiology*, 14(3), 135-141. Doi: 10.1007/s10140-007-0633-x.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

Lenquist, S. (Ed). (2012). *Medical response to major incidents and desastres: A practical guide for all medical staff*. Sweden: Springer.

Lopes, A. et al. (s.d.). *Catástrofes e atendimento a múltiplas vítimas: Métodos de triagem*. Retrieved from <http://www.eb-ah.pt/content/ABAAAEv7AAF/87ssistência87-atendimento-a-multiplas-vitimas-aula>

Louzada, K. R., Domenico, E. B., Baiocchi, O., Brevidelli, M. M. (2018). Aconselhamento telefónico: Identificação de sintomas em pacientes com linfoma em quimioterapia

antineoplásica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 616-26, doi: 10.1590/1982-0194201800085

Madigan, M. L. (2018). *Handbook of emergency Management concepts: A step-by-step approach*. United States of America: CRC Press.

Marek, A. (2000). *Quality on the Line: Perspectives on Infrastructure, Performance, and Value*. New York: Faulkner & Gray.

Martínez, P., Calixto, A., & Socarrás, E. (2015). Identificación y normalización de las competencias profesionales específicas del especialista en Medicina Intensiva e Emergência. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29(2), 304-323. Retrieved from <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60844>

Martins, D., & Benito, L. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2(14), 153-166. Retrieved from: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810/3274>

Martins, L. S. A. (2016). Perceção do stress do enfermeiro de ambulância SIV integrada num SU (Dissertação para obtenção do grau de mestre). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Retrived from: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1540/1/Ana_Lima_Martins.pdf

Mendonça, E. (2013). *EMIR: Dedicção sem limites ao serviço da população. Entrevista apresentada pela Farmácia do Caniço*. Retrieved from <http://www.farmaciadocanico.pt/gca/index.php?id=610>.

Nunes, F.. 2007. Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Revista Nursing*, (219). Retrieved from <http://www.forumenfermagem.org/dossiertecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-dedecisao-de-enfermagem-em-emergencia#.XZYkxEZKg2w>

- Oliveira, M. (2010). Dor nos cuidados intensivos: monitorização e tratamento. In A. Silva & M. Lage (Coords). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 121-137). Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados Especializados em de enfermagem Médico-cirúrgica*. Leiria: Author
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INESC TEC.
- Pereira, M. S. M. (2014). O sistema de triagem de manchester e a pessoa com acidente vascular cerebral. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pimenta, C., Pastana, L., Sichieri, K., Gonçalves, M., Gomes, P., Sollha, R., & Souza, W. (2017). *Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. Retrieved from <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
- Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e a sua capacidade prognóstica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(2), 11-15.
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Taylor, B. (2014). Emergency resuscitation team roles: What Constitutes a team and who's looking after the family? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 124-132, doi: 10.5430/jnep.v4n3p124.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (03 jan 2001). Resolução da Assembleia da República n.º 2/2001: Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. *Diário da República*, n.º 01, Série I-A

- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (10 de novembro de 2014). Regulamento n.º 506/2014: Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da República n.º 217, 2.ª Série.*
- PORTUGAL. Governo dos Açores. (2017). *Açores vencem prémio europeu do sistema 112 na categoria centros de operações de emergência.* Retrieved from <http://azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgragacs/noticias/A%C3%A7ores+vencem+pr%C3%A9mio+europeu+do+sistema+112+na+categoria+Centros+de+Operação+C3%A7%C3%B5s+de+Emerg%C3%Aancia.htm>
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (13 de jul. 2016). Regulamento n.º 658/2016: Regulamento geral dos ciclos de estudo conducentes ao grau de Mestre. *Diário da República n.º 133, II Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (10 fev 2006). Lei 27/2006: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República n.º 126, I série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fevereiro de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015, *Diário da República n.º 28, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, n.º 153, II série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (23 mar 2015) Portaria n.º 87/2015: Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. *Diário da República n.º 57, I série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (24 de jun de 2009). Despacho n.º 14223/2009. *Diário da República, n.º 120, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 de novembro de 2013). Despacho n.º 15423/ 2013. *Diário da República, n.º 229, 2.ª série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 de maio de 2015). Despacho n.º 5613/2015, *Diário da República n.º 102, 2.ª série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 13/DQS/DSD. 14/06/2010. Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa 029/2012. 2012-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde – Norma nº 002/2018. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Carta dos direitos do doente internado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 021/2015. 16-122015 atualizada a 30/05/2017. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (02 Dez. 2014). Regulamento 533/2014: Normas para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, n.º 233, 2.ª Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 de Julho de 2019). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República, nº135, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 de Junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº361/2015. *Diário da República. 2ª Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 de Setembro de 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei nº156/ 2015. *Diário da República. 1ª Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (6 Fevereiro 2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 26, 2ª série.*

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer n.º 14/2018. 02/07/2018. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/ Emergência. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. (16 de Ago. 2018). Decreto-Lei n.º 65/2018: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157, I Série.
- PORTUGAL. Região Autónoma da Madeira - Assembleia Legislativa. (20 Março 2009). Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M: Cria o Serviço Regional de Protecção Civil, IP-RAM e aprova a respectiva orgânica. Diário da República, n.º 124/2009, Série I
- Região Autónoma da Madeira Jornal Oficial - Vice-Presidência Do Governo Regional e Secretaria Regional da Saúde (5 de junho 2019). Portaria n.º 343/2019: Aprova os Estatutos do Serviço Regional de Protecção Civil, IP-RAM, designado por SRPC, IP-RAM. Jorna Oficial, n.º 89, Série I
- Rodrigues, F. (2014). O Cuidado de Enfermagem Culturalmente Competente: uma narrativa de enfermagem em serviço de infeciologia. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto). Consultado a 20 de Janeiro de 19. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77902/2/33934.pdf>
- Santos-Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusodidacta.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (2019). *Política do Serviço de Medicina Intensiva: Manual de Acreditação ACSA, Gestão Clínica, MS 1.02*. Funchal: Serviço de Medicina Intensiva
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*. Funchal: Autor
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (n.d.). *Plano estratégico 2010-2011*. Retrieved from

https://https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=238:plano-estrategico-do-sesaram&catid=24

Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (n.d.). *Linha de emergência médica*. Retrieved from <https://www.prociv.azores.gov.pt/emergencia-medica/lem/>

Serviço Regional de Proteção Civil Madeira. (2019). *Norma Operacional Permanente (NOP): Sistema de Regulação de Funcionamento do CIC-CROS, NOP 1601 2019 de 14 de Junho de 2019*. Funchal: Author

Serviço Regional de Proteção Civil Madeira. (2019). Norma operacional permanente (NOP): Sistema de regulação de funcionamento do CIC-CROS, NOP 1601 2019 de 14 de Junho de 2019

Serviço Regional de Proteção Civil Madeira. (n.d.). *Emergência médica*. Retrieved from <https://www.procivmadeira.pt/pt/emergencia-medica.html>.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing activities score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, (16), 3-13. Retrieved from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percursos%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20%20c3%8dndice%20de%20avalia%20c3%a7%20c3%a3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdfPORTUGAL.

Soares, E. (2013). *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Retrieved from https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=610436.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: CELOM.

Soler, W., Munoz, M. G., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 55-68.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical care nursing* (7th ed.). Canada: Elsevier.