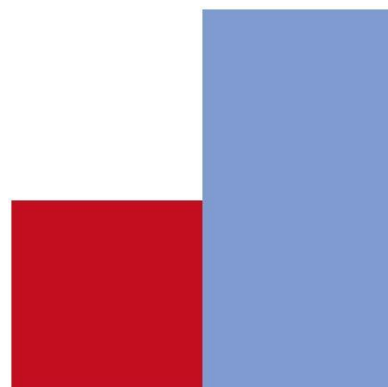


GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

José Sebastião Ramos Freitas

setembro-25



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica

José Sebastião Ramos Freitas

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

Orientador(es)

Professora Doutora Raquel Pereira

“Os dias prósperos não vêm por acaso. São granjeados, como as searas, com muita fadiga e com muitos intervalos de desalento.”

Camilo castelo Branco

BRANCO, C., Obras - Volume 31, Parceria A.M. Pereira., 1965

Resumo

Este relatório insere-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. O documento descreve o percurso de aquisição de competências do enfermeiro especialista nesta área, bem como a consolidação das competências de mestre, em conformidade com os Regulamentos nº 140/2019, nº 429/2018 e nº 65/2018.

Os estágios decorreram em diferentes contextos: pré-hospitalar, em ambulância de Suporte Imediato de Vida, numa Unidade de Cuidados Intensivos polivalente e no Serviço de Urgência de um hospital centro de trauma. O objetivo geral foi desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica, envolvendo também a família.

Foi dada especial atenção às práticas de enfermagem relacionadas com a gestão da dor em contexto crítico. Nesse sentido, foram desenvolvidos projetos para identificar o conhecimento e a perceção dos enfermeiros sobre esta problemática, promovendo o seu empoderamento através de formação e da implementação de projetos de melhoria contínua. O relatório salienta que o conhecimento e a perceção sobre a gestão da dor estão frequentemente baseados em crenças individuais e não em evidência científica, reforçando a necessidade de investimento institucional e liderança ativa neste domínio.

A estrutura do relatório organiza-se em dois capítulos: enquadramento teórico sobre a gestão da dor em contexto de situação crítica e a descrição do percurso de aquisição de competências de especialista e de mestre, sustentado por reflexão crítica e integração da prática baseada no conhecimento.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Perceção dos fatores que influenciam a gestão da dor; Enfermeiro especialista.

Abstract

This report is part of the Internship with Report Curricular Unit of the 2nd year of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialization in Nursing Care for the Person in Critical Situation, at the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisbon. The document describes the process of acquiring competencies as a specialist nurse in this field, as well as the consolidation of master's-level competencies, in accordance with Regulations no. 140/2019, no. 429/2018, and no. 65/2018.

The internships took place in different contexts: pre-hospital care in a Life Support ambulance, a polyvalent Intensive Care Unit, and the Emergency Department of a trauma center hospital. The general objective was to develop scientific, technical, ethical, and relational competencies in providing specialized care to the Person in Critical Situation, also involving the family.

Special attention was given to nursing practices related to pain management in critical care settings. In this regard, projects were developed to identify nurses' knowledge and perceptions about this issue, promoting their empowerment through training and the implementation of continuous improvement projects. The report highlights that knowledge and perceptions regarding pain management are often based on individual beliefs rather than scientific evidence, reinforcing the need for institutional investment and active leadership in this field.

The structure of the report is organized into two chapters: the theoretical framework on pain management in the context of critical situations, and the description of the process of acquiring specialist and master's-level competencies, supported by critical reflection and integration of knowledge-based practice.

Keywords: Critically Ill Person; Perception of Factors Influencing Pain Management; Specialist Nurse.

Lista de acrónimos

Acesso Venoso Periférico – AVP

Acidente Vascular Cerebral - AVC

Centro de Orientação de Doentes Urgentes -CODU

Dador de Coração Parado – DCP

Electro Cardiograma – ECG

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – EEEMC

Enfermagem Médico-Cirúrgica – (EMC)

Equipamentos de Proteção Individual - EPI

Helicóptero de Emergência Médica – HEM

Índice Bispectral – BIS

Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM

Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain – KASRP

Médico Regulador – MR

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – MEMC

Ordem dos Enfermeiros – OE

Paragem Cardiorrespiratória - PCR

Pré-Hospitalar – PH

Pessoa em Situação Crítica – PSC

Serviço de Urgência – SU

Supervisor Clínico – SC

Suporte Avançado de Vida – SAV

Suporte Imediato de Vida - SIV

Unidade de Cuidados Intensivos – UCI

Técnico de Emergência Pré-hospitalar – TEPH

Viatura Médica Emergência e Reanimação – VMER

Índice

II. Enquadramento teórico.....	16
II.1. A importância do conforto na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica	16
II.2. O conceito de dor e a sua importância na Pessoa em Situação Crítica.....	16
II.3. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Pré-hospitalar	17
II.4. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Serviço de Urgência	18
II.5. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos ..	18
II.6. A importância do conhecimento do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica.....	19
II.7. A importância do enfermeiro especialista na gestão da dor na pessoa em situação crítica	19
III. Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre	22
III.1. Diagnóstico de situação.....	22
III.2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	22
III.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)	23
III.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)	24
III.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C).....	25
III.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)	26
III.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem .	27
III.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	27
III.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	28
III.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	28
IV. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Pré-hospitalar	30
IV.1. Contextualização do local de estágio, Ambulância Suporte Imediato de Vida.....	30
IV.2. Diagnóstico de Situação, Ambulância Suporte Imediato de Vida	31
IV.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Ambulância de Suporte Imediato de Vida.....	32
IV.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)	32
IV.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)	34
IV.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)	36

IV.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).....	37
IV.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem .	38
IV.4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	38
IV.4.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	39
IV.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	41
V. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	43
V.1. Contextualização do campo de estágio, Unidade de Cuidados Intensivos	43
V.2. Diagnóstico de situação, Unidade de Cuidados Intensivos.....	45
V.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos	46
V.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A).....	46
V.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B).....	48
V.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C).....	49
V.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).....	49
V.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem .	50
V.4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	50
V.4.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	53
V.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	54
VI. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência	55
VI.1. Contextualização do campo de estágio, Serviço de Urgência.....	55
VI.2. Diagnóstico de Situação Serviço de Urgência	56
VI.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Serviço de Urgência	57
VI.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A).....	57
VI.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B).....	59
VI.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C).....	60
VI.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)	62

VI.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica	63
VI.4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	63
VI.4.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.....	64
VI.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	65
VII. Percurso de desenvolvimento das competências de mestre	67
VIII. Considerações finais.....	70
IX Referências Bibliográficas	72
X Apêndices	Erro! Marcador não definido.
Apêndice A: Plano projeto INEM	Erro! Marcador não definido.
Apêndice B: Cronograma de atividades INEM.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice C: Ciclo Reflexivo de Gibbs, Tomada de Decisão em contexto de pré-hospitalar	Erro! Marcador não definido.
Apêndice D: Intervenções do enfermeiro em contexto de ambulância SIV	Erro! Marcador não definido.
Apêndice F: Vídeo de sensibilização para o registo da dor.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice G: Cartaz de Sensibilização da gestão da dor na Vítima de Trauma..	Erro! Marcador não definido.
Apêndice H: Intervenções na gestão da dor mais realizadas pelo enfermeiro de Ambulância SIV	Erro! Marcador não definido.
Apêndice I: Análise de protocolos de analgesia Ambulância SIV	Erro! Marcador não definido.
Apêndice J: Plano projeto Unidade de Cuidados Intensivos.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice L: Cronograma atividades Unidade de Cuidados Intensivos	Erro! Marcador não definido.
Apêndice M: Postes científico “Intervenções não farmacológicas na dor na pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”	Erro! Marcador não definido.
Apêndice N: Formação “A Monitorização BIS e a sua importância na gestão do conforto da pessoa sob sedoanalgesia”	Erro! Marcador não definido.
Apêndice O: Análise SWOT serviço de urgência	Erro! Marcador não definido.
Apêndice P: Análise TOWS	Erro! Marcador não definido.
Apêndice Q: Plano projeto Serviço de Urgência.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice R: Cronograma de atividades Serviço de Urgência	Erro! Marcador não definido.
Apêndice S: Ação de formação Serviço de urgência.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice T: Projeto de melhoria Contínua	Erro! Marcador não definido.

Apêndice U: Reflexão crítica tomada de decisão em regime de Dador de Coração Parado – Instrumento de decisão clínica e ética.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice V: Aplicação da Escala de Dependência de Cuidados de Enfermagem de Jones Dependency Tool na Sala de Reanimação.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice X: Vídeo “Preservação de vestígios criminais”	Erro! Marcador não definido.
Apêndice Z: Artigo “Processos de tomada de decisão por parte do enfermeiro em contexto de pessoa em situação crítica: Uma revisão narrativa da literatura”	Erro! Marcador não definido.
Apêndice AA: Artigo “Distanásia em cuidados intensivos: perspetiva dos enfermeiros” .	Erro! Marcador não definido.
Apêndice BB: Artigo “Segurança na preparação da medicação endovenosa: uma revisão de literatura”.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice EE: Scooping Review	Erro! Marcador não definido.
Anexos.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo A: Autorizações para a aplicação da escala KASRP.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo B: Questionário a nível da dor.....	Erro! Marcador não definido.

Agradecimentos

À Alice, mulher de sofrimento e coragem.

À Filipa, Mulher, na verdadeira ascensão da palavra.

À Beatriz, pelas longas conversas.

Ao Pedro por ter sempre o sorriso no rosto.

Ao Vasco por ter aparecido, e acima de tudo, por ter ficado.

À D. Lurdes pela presença incondicional.

Ao Sr. Valdemar por apoiar.

À professora Raquel pela partilha do percurso de crescimento.

Aos supervisores pela reflexão e aprendizagem.

Aos colegas de turma pela caminhada em conjunto, pelos momentos de reflexão e de crescimento.

Aos professores pelo tempo e pelo investimento.

À Inês, à Beatriz, à Carolina e à Catarina, pelo excelente grupo de pessoas que formou um excelente grupo de trabalho.

À Beatriz Silva pela parceria improvável na conquista deste importante sucesso.

À Mariana e à Matias pela positividade nas fases do percurso.

Ao grande Miro por acreditar e valorizar sempre o que é positivo.

À equipa três que me viu crescer nestes 10 anos.

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório inserida no 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Ao longo deste relatório serão descritas as atividades desenvolvidas no percurso realizado no decorrer dos três estágios, com um total de 208 horas de contacto em cada um. Os estágios decorreram na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e no Serviço de Urgência (SU), e a sua finalidade foi proporcionar experiências que, aliadas à reflexão sobre a prática e ao estudo, possibilitassem a aquisição de competências¹ comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC)² e competências específicas na área de especialização em PSC³.

Os estágios tinham como objetivo transversal “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais de enfermeiro especialista no cuidado especializado à PSC.”, dando corpo a este objetivo geral foi elaborado o objetivo específico, “Integrar a prestação de cuidados à PSC e à sua família” em cada contexto específico. O percurso relatado neste documento visa, assim, demonstrar a aprendizagem dessas competências, com vista à obtenção do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização em PSC, cujo reconhecimento implica a validação das competências adquiridas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e pela comunidade, como referência no cuidado neste domínio de ação profissional.

A dor constituiu uma preocupação transversal nos diferentes campos de estágio. Foi, por isso, definido como objetivo específico da área de interesse desenvolvida: “Contribuir para a melhoria dos cuidados à PSC com dor”, com vista à implementação de práticas eficazes na gestão da dor por parte dos enfermeiros.

A dor constitui o 5º sinal vital, sendo um indicador de disfunção ou lesão que conduz frequentemente à procura de cuidados de saúde. Enquanto sinal vital, deve ser corretamente avaliada, de modo a garantir cuidados de enfermagem adequados. Em contexto de pré-hospitalar (PH), a gestão da dor deve ser uma prioridade logo após as intervenções life-saving, podendo a sua omissão ser considerada uma má prática⁵. No entanto, a literatura evidencia que, na PSC vítima de trauma, a dor tende a ser

subvalorizada e subtratada, apesar de ser uma das queixas mais frequentes neste tipo de casuística^{5, 6}. A nível nacional, a avaliação da dor apresenta ainda uma taxa de efetivação reduzida, estimada em 38%⁷. Neste sentido, o levantamento da perceção do conhecimento dos enfermeiros no domínio da dor, através da KASRP⁸, bem como a sensibilização para a sua avaliação e para a implementação de intervenções de conforto que minimizem as consequências da subavaliação e do subtratamento, justificam a pertinência do tema.

Em UCI, a dor deve igualmente ser entendida como parte integrante dos cuidados, sendo gerida através de intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. As intervenções autónomas não envolvem administração de fármacos, mas incluem medidas de fácil implementação que podem prevenir ou tratar a dor⁹. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume uma gestão diferenciada do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica². A continuidade do trabalho realizado na avaliação da perceção do conhecimento dos enfermeiros sobre dor, através da aplicação da escala KASRP⁸, que tem como objetivo avaliar esse conhecimento neste domínio de atuação, e a dinamização de ações de formação na área da analgesia, bem como a produção científica sobre esta temática, vêm reforçar a consolidação de competências na gestão da dor em UCI.

No SU, a dor constitui igualmente um fator crítico, associado a alterações da função respiratória, da resposta imunitária e ao aumento da atividade metabólica em pessoas com trauma grave, potenciando o stresse e agravando o ciclo de sofrimento¹⁰. Apesar de os enfermeiros privilegiarem sobretudo intervenções farmacológicas, as práticas não farmacológicas continuam a ser menos utilizadas, embora sejam de fácil aplicação e com impacto positivo no alívio da dor^{11, 12}. Contudo, a complexidade do circuito da PSC no SU, marcado pela diversidade de intervenções e pela ausência de protocolos específicos, dificulta a abordagem sistematizada da dor¹⁰. Ainda assim, a gestão da dor deve ser assumida como função do enfermeiro, implicando uma avaliação correta e a implementação de uma estratégia multimodal baseada em evidência, que integre intervenções farmacológicas e não farmacológicas¹³.

A intervenção do EEMC, na vertente PSC, é determinante na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando respostas clínicas através de práticas que promovem o alívio ou eliminação da dor, sendo, por isso, essencial investir em programas de formação contínua que melhorem a qualidade dos cuidados, aumentem a satisfação dos profissionais e tragam benefícios institucionais^{14, 15}.

O EEEMC, na vertente PSC, integra no seu domínio de atuação a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, articulando medidas farmacológicas e não farmacológicas que promovem o alívio da dor, fundamentando a sua prática em referenciais teóricos como a Teoria do Conforto de Kolcaba, que valoriza a reposição da homeostasia e a eliminação do desconforto^{2, 16, 17}.

Os trabalhos realizados nos contextos de estágio foram ao encontro das necessidades levantadas nas reuniões com a equipa de gestão, ou com os enfermeiros supervisores clínicos, e de acordo com as observações efetuadas, foi delineada uma estratégia de intervenção, sendo na área da dor, ou nos outros aspetos da melhoria de cuidados.

Este relatório é composto por cinco capítulos: Introdução; Enquadramento Teórico – onde contextualizo a temática com a evidência científica atual e o modelo teórico de Enfermagem que sustentou o desenvolvimento de competências. O terceiro capítulo refere-se ao percurso de Desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas, onde realizo a descrição de todas as atividades desenvolvidas, a reflexão sobre as mesmas e os indicadores de resultado obtidos, sejam as referentes ao projeto sejam as referentes à prestação de cuidados especializado. Segue-se um capítulo dedicado às competências de Mestre – onde contextualizo a aprendizagem no desenvolvimento de trabalhos na área de pesquisa, investigação e aplicação da prática baseada na evidência. Nas Considerações Finais apresento a reflexão sobre aprendizagens adquiridas, desafios encontrados e ganhos em saúde referente ao percurso de estágio. Termina o relatório com as Referências Bibliográficas utilizadas segundo a norma de Vancouver.

II. Enquadramento teórico

Neste capítulo serão apresentados os conceitos chave para a compreensão e o desenvolvimento do conhecimento na área dos domínios da gestão da dor, e da importância do EEEMC na melhoria da qualidade das intervenções a realizar.

II.1. A importância do conforto na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica

A dor acompanha a humanidade desde a sua origem, estando intimamente influenciada pela perspetiva de cada pessoa, pelo seu ambiente social e cultural, bem como pelas suas vivências¹⁸. Ao longo do tempo, manteve-se associada a fatores de alarme físico ou psicológico, refletindo sempre uma sensação de desconforto¹⁹.

Na prática de enfermagem, o conforto é um conceito central, frequentemente associado à dimensão física, mas que transcende esta perspetiva¹⁷. Diversos autores, como Watson, Leininger, Morse e Kolcaba, estudaram teoricamente o conforto, sendo que Morse e Kolcaba destacam o papel do enfermeiro na ação de confortar, considerando o conforto como resultado direto dessa intervenção¹⁷.

A Teoria do Conforto de Kolcaba fornece um modelo estruturante para a prática de enfermagem em contexto crítico, enfatizando que o conforto deve ser considerado um objetivo global nos cuidados de saúde^{16, 17}. Nesta abordagem, o enfermeiro assume um papel central ao implementar intervenções que promovem o bem-estar da Pessoa em Situação Crítica, restauram a homeostasia e reduzem o desconforto, nomeadamente a dor, integrando dimensões físicas, psicossociais e ambientais^{16, 17}.

Ao adotar a Teoria do Conforto como referência, a prática de enfermagem torna-se orientada para a humanização do cuidado, reforçando a centralidade do enfermeiro e a importância de intervenções estratégicas que visam aliviar a dor e promover conforto de forma sistemática e fundamentada²⁰.

II.2. O conceito de dor e a sua importância na Pessoa em Situação Crítica

A dor é definida pela Association for the Study of Pain como uma sensação e experiência emocional desagradável, associada a um dano tecidual atual ou potencial, ou descrito como tal²¹. No contexto nacional, a dor é reconhecida como o 5º sinal vital, sendo um indicador de disfunção ou lesão que motiva a procura de cuidados de saúde, que deve ser corretamente avaliada e registada para que a equipa possa planear e intervir de forma

adequada, gerindo eficazmente a dor e promovendo a melhoria da qualidade de vida da pessoa^{4, 22}.

Enquanto sinal indicativo de lesão, a dor desempenha um papel central na identificação de possíveis disfunções orgânicas na PSC⁴. A sua subvalorização constitui uma falha ética e profissional e representa um desrespeito pelos direitos humanos, podendo desencadear complicações como ansiedade, agravamento da condição inicial, alterações da frequência cardíaca e da tensão arterial, hipotensão, hipoventilação ou, em casos graves, morte⁵.

A dor acompanha a PSC em diferentes contextos, desde o pré-hospitalar (PH) até à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), passando pelo Serviço de Urgência (SU), representando um desafio constante para os profissionais de saúde^{23, 24}. Durante o tratamento, a PSC pode experienciar níveis elevados de dor e, em algumas situações, a incapacidade de comunicação dificulta a obtenção de um autorrelato preciso^{23, 24}.

II.3. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Pré-hospitalar

Nos contextos de intervenção do enfermeiro especialista na PSC, abordando o contexto PH a vítimas de trauma, este tem evoluído significativamente, especialmente com a introdução de abordagens sistematizadas através de formações especializadas como o Advanced Trauma Life Support (ATLS), International Trauma Life Support (ITLS) e Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)^{25, 26}. Estas formações trouxeram uma padronização na abordagem e intervenção à PSC vítima de trauma, inclusive, na gestão da dor^{25, 26}.

Em contexto de PH nacional, particularmente nas ambulâncias SIV, as intervenções realizadas pelos enfermeiros demonstram eficácia na redução da dor²⁷. Tanto as estratégias farmacológicas (analgesia) e não farmacológicas (técnicas de conforto, como posicionamento, aplicação de calor ou frio), resultam numa redução significativa da intensidade de dor²⁷. De acordo com os dados do relatório do Processo Assistencial de Trauma de 2023 do INEM, a avaliação de dor teve uma taxa de efetivação de apenas 38% das PSC tiveram a dor avaliada, e 44% registaram uma melhoria significativa na escala numérica após intervenção⁷.

Comparando com abordagens à PSC vítima de trauma, onde a avaliação da dor é considerada um fator dessa avaliação, esses dados sugerem a necessidade de reforçar protocolos e formação específica para enfermeiros²⁸. Um aspeto positivo em contexto de

PH, no panorama nacional, é que o enfermeiro em contexto de Ambulância SIV é o profissional que mais documenta as intervenções no âmbito do alívio da dor e do desconforto através da administração de analgesia (42%), sendo que nos meios Viatura Médica Emergência e Reanimação (VMER) e Helicóptero de Emergência Médica (HEM) nunca foi registada esta intervenção²⁸. O enfermeiro dá cumprimento assim ao disposto na sua deontologia profissional, onde deve assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados²⁹, o mesmo não acontece nos outros meios, como VMER e HEM.

II.4. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Serviço de Urgência

No contexto do Serviço de Urgência (SU), a gestão da dor permanece uma função central do enfermeiro, exigindo conhecimentos científicos atualizados para garantir a melhoria dos cuidados prestados³⁰. Identificar, avaliar, monitorizar e gerir a dor constituem boas práticas de enfermagem³⁰.

A centralidade do enfermeiro neste processo sobressai, sobretudo na aplicação das intervenções não farmacológicas^{11, 12}. O maior tempo de contacto com a pessoa, relativamente a outros profissionais de saúde, possibilita a sua implementação, bem como a realização de ensino sobre os seus benefícios. Estas técnicas, são consideradas seguras, e têm como objetivo reduzir o uso de medicação analgésica e, conseqüentemente, os efeitos secundários associados^{11, 12}.

As intervenções não farmacológicas incluem: musicoterapia, aplicação de frio/quente, exercícios adaptados, posicionamento, massagem terapêutica, apoio social, apoio espiritual e religioso, exercício respiratório profundo e lento e terapia de distração e a comunicação terapêutica^{11, 12}, mostrando ser eficazes na gestão da dor aguda, melhoram a satisfação da PSC com os cuidados e reduzem o tempo de permanência no SU³¹.

II.5. A dor na Pessoa em Situação Crítica no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

A PSC internada em contexto de UCI, vai ter no seu processo de internamento dor, de diferentes níveis de intensidade, e associadas às suas características pessoais³². A gestão inadequada da dor contribui para que a dor aguda se transforme em dor crónica num regresso às suas Atividades de Vida Diária³².

A avaliação da dor no contexto clínico de UCI está adequada à situação da pessoa e à sua capacidade de autorrelato. Desta forma, a intervenção na gestão da dor deve ser global, com avaliações realizadas através de instrumentos padronizados, adequados à situação da pessoa, investir na prática de uma analgesia multimodal, a par das intervenções farmacológicas e não farmacológicas³³. As intervenções não farmacológicas mais documentadas são a musicoterapia, a massagem, hipnose, massagem, exercício passivo, apoio emocional, promoção de ambiente tranquilo, acupuntura e aromaterapia^{33, 34, 35, 36}.

II.6. A importância do conhecimento do enfermeiro na avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica

Em todos os contextos, a atuação transversal do enfermeiro faz com que seu lugar na equipa multidisciplinar, especialmente na avaliação e gestão da dor, seja crucial para o sucesso nesse domínio, por isso, é fundamental sensibilizar os enfermeiros para a sua importância e capacitá-los com o conhecimento necessário para assegurar intervenções eficazes³⁷.

A literatura sugere que o conhecimento dos enfermeiros sobre a gestão da dor ainda é insuficiente, podendo trazer um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, sendo a aplicação de programas de formação uma mais-valia nesta área^{38, 39, 40}, colmatando a lacuna entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática clínica³⁰

Nesta centralidade que o enfermeiro assume, o conhecimento pode não corresponder ao domínio necessário para a amplitude da sua ação, uma vez que pode estar condicionado pela formação prévia, tornando-se urgente investir neste campo⁴¹. Neste enquadramento, a aplicação da KASRP⁸ surge como um recurso fundamental para avaliar o conhecimento dos enfermeiros na gestão da dor da PSC, permitindo o empoderamento profissional direcionado para as lacunas apresentadas.

II.7. A importância do enfermeiro especialista na gestão da dor na pessoa em situação crítica

O enfermeiro especialista revela uma maior sensibilidade para a avaliação e gestão da dor, constituindo-se como um recurso fundamental para a formação dos pares e para o empoderamento da equipa de enfermagem neste domínio⁴².

De acordo com a OE, o título de enfermeiro especialista pressupõe um percurso académico que reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação

de cuidados especializados em áreas específicas da disciplina^{43, 44}. A atribuição deste título, acompanhada da emissão de Cédula Profissional, resulta da realização de formação avançada em cursos de pós-licenciatura de especialização ou em mestrados reconhecidos pela Ordem^{43, 44}.

Na prática clínica, é possível distinguir entre o enfermeiro especialista e o enfermeiro perito. O primeiro pode ainda encontrar-se numa fase inicial do seu desenvolvimento profissional, tendo uma menor experiência prática em situações complexas, enquanto o enfermeiro perito, apesar de não possuir formação académica avançada, acumula anos de experiência clínica⁴⁵. A excelência da prática de enfermagem resulta da combinação da experiência intuitiva com a formação científica, permitindo ao enfermeiro especialista fundamentar as suas decisões num conhecimento sólido⁴⁶. Este processo formativo prepara-o para prestar cuidados de elevada complexidade, integrando competências de diagnóstico, gestão de funções vitais e promoção da segurança e do conforto da PSC e seus familiares a viverem situações complexas⁴⁶.

Em Portugal, o enfermeiro especialista é considerado um agente de enfermagem avançada, desde que a sua prática se fundamente na ciência da enfermagem e não numa lógica de prescrição médica⁴⁷. Assume, assim, a prática especializada como espaço autónomo e científico da disciplina, contribuindo para o avanço da profissão⁴⁷. Neste sentido, mestrados e doutoramentos em enfermagem representam não apenas a consolidação do conhecimento, mas também o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados⁴⁷.

No atual contexto de saúde, marcado por novas e crescentes necessidades, exige da enfermagem respostas mais complexas, colocando aos profissionais desafios acrescidos no domínio do conhecimento, que devem garantir uma transição eficaz nas respostas humanas à situação crítica⁴⁸. A prática baseada na evidência emerge como requisito essencial, promovendo a integração dos resultados de investigação na prática clínica através do pensamento crítico e reflexivo, orientado para a melhoria contínua dos cuidados⁴⁹.

A evolução do enfermeiro, desde iniciado até especialista passando pela fase de perito, evidencia-se pela valorização da prática baseada na evidência, que consolida a enfermagem enquanto ciência aplicada^{45, 49}. Neste percurso, o EEEMC na área da PSC sustenta a sua tomada de decisão na evidência científica, promovendo a qualidade e

segurança dos cuidados. No domínio da gestão da dor, atua com base na reflexão crítica, na liderança de processos de mudança e na inovação organizacional, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem avançada.

III. Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre

No presente capítulo será realizada uma breve introdução sobre os conceitos referentes à metodologia utilizada para o diagnóstico de situação seguindo-se um breve enquadramento face às competências definidas pela OE^{2, 3}. Posteriormente, serão apresentados os contextos de estágio na sua globalidade de ação e aquisição de competências seguindo a ordem de contextualização do campo de estágio, diagnóstico de situação, aquisição de competências comuns EEEMC e as competências específicas na área da especialização PSC.

III.1. Diagnóstico de situação

O Modelo SafeCare tem como objetivo responder às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados⁵⁰. O seu principal contributo reside na produção de conhecimento para a disciplina de enfermagem, abrangendo os domínios dos cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão.

O diagnóstico de situação representa a primeira das quatro etapas que compõem este modelo. Nesta fase, foram identificadas as principais áreas problemáticas a intervir, bem como as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem no que concerne à prestação de cuidados, tendo sido esta metodologia de diagnóstico de situação sido transversal aos três contextos de estágio⁵⁰. O conhecimento aprofundado da realidade e das dinâmicas do contexto clínico é essencial para identificar necessidades de melhoria e implementar intervenções eficazes. Assim, esta etapa constitui uma oportunidade para otimizar os processos de diagnóstico e promover o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, permitindo um crescimento profissional, individual e coletivo⁵⁰.

III.2. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

As faculdades humanas, como o conhecimento e a competência, coexistem numa sinergia de potenciação mútua, cuja finalidade é a maximização de ambas ou a sua aproximação ao limite⁵¹. Esta maximização ocorre através de um fluxo contínuo de informação entre elas, no qual novos conhecimentos são incorporados e passam a integrar essa dinâmica interdependente⁵¹.

Entende-se como competência a capacidade de encontrar, reunir, reconstruir e reaprender para além dos conhecimentos que ela própria mobiliza, produzindo hipóteses

que podem ser construídas a partir de representações prévias, aplicando-as no seu desempenho prático, pois estão orientadas para a ação⁵².

No seguimento deste percurso de exigência social face aos cuidados de saúde, os cuidados de enfermagem assumem nos dias de hoje uma exigência técnica e científica, sendo a especialização uma realidade cada vez mais presente². As competências comuns são as competências que todos os enfermeiros especialistas partilham, independentemente da sua área de especialidade, que são demonstradas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, à qual se une um suporte efetivo ao exercício profissional especializado nos domínios da investigação, assessoria e formação². No caso do EEEMC, na dimensão das competências comuns abrangem a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais².

III.2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

- *A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;*
- *A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

Neste domínio, importa realçar que o Enfermeiro Especialista se rege pela Deontologia Profissional dos Enfermeiros Portugueses, cumprindo as normas legais que regulam a profissão⁵³. Entre os documentos fundamentais que sustentam essa regulamentação destacam-se o Regulamento do Exercício Profissional e o Estatuto da OE⁵³.

No âmbito da sua atuação, o enfermeiro especialista desenvolve uma prática ética e legal, garantindo um exercício seguro e profissional². As suas decisões devem ser fundamentadas em princípios éticos e deontológicos, assentando no conhecimento científico, nas melhores práticas e nas preferências da PSC².

O enfermeiro neste domínio de tomada de decisão poderá deparar-se com um problema ético se tiver dificuldade em escolher qual a ação a realizar, quando um acontecimento inesperado afetar a dignidade da pessoa, gerando incerteza na relação de cuidados estabelecida, ligando à sua ação onde este procura defender a dignidade da pessoa ao seu cuidado. Para esta tomada de decisão, existem várias fases, onde se envolve

a PSC, os seus familiares, a equipa multidisciplinar e a ponderação dos fundamentos que conduzem à decisão final. Assim sendo, o enfermeiro constrói a sua tomada de decisão no sentido de escolher a intervenção que proteja a dignidade da PSC ao seu cuidado⁵⁴.

Como fundamentos éticos para a decisão ética em enfermagem, é possível identificar: O respeito pela pessoa e pela dignidade humana; O respeito pela vontade do Próprio; O respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa; O bem para a pessoa; O princípio da não maleficência; O respeito pela vida e pela qualidade de vida; Promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento; A proteção da Saúde; O princípio da justiça e a confiança⁵⁴.

III.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

- *B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- *B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;*
- *B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

O segundo domínio das competências gerais, referente à melhoria contínua dos cuidados, remete-nos para a importância do ambiente terapêutico, que do ponto de vista físico, psicossocial, cultural e espiritual seja gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo². O enfermeiro no respeito da individualidade da pessoa cuidada, envolve a família de forma a assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais².

A qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem aparecem muitas vezes associados, constituindo uma exigência de todas as instituições, sendo dimensões fundamentais para a prática de enfermagem, estando incluídos um complexo conjunto de conceitos e componentes, tais como a melhoria contínua, materializada em projetos, os indicadores de cuidados de enfermagem, e a promoção de uma cultura de segurança⁵⁵.

Os enfermeiros como maior grupo profissional na área da saúde, sendo os que estão na linha da frente do contacto direto com a pessoa cuidada, devem assumir a responsabilidade da implementação de processos de melhoria contínua, pois serão eles também os que irão vivenciar os resultados obtidos⁵⁵. É importante fomentar uma cultura de inovação nos cuidados para que os enfermeiros tomem consciência do seu potencial de ação, dando notoriedade a um trabalho que se quer de qualidade e de excelência⁵⁵.

Estas ações enquadram-se nas competências do enfermeiro especialista, sendo um dinamizador de estratégias de desenvolvimento, agindo como suporte da equipa e apoio à governação clínica².

No domínio da segurança, a Organização Mundial de Saúde, refere-se a esta como um modelo que tem no seu interior comportamentos organizacionais e individuais, que têm por base convicções, valores que são partilhados, que têm como objetivo minimizar o dano na pessoa cuidada que possa ser resultado da prestação de cuidados⁵⁶.

A promoção e desenvolvimento de uma cultura de segurança, assente na educação de todos os envolvidos, organizações, profissionais, pessoas alvo dos cuidados e famílias, criando ferramentas e protocolos que orientem a atuação, promovendo a comunicação, são fundamentais para a efetivação de um cuidado seguro⁵⁵.

III.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

- *C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;*
- *C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

Numa organização, o capital ativo, com vida e dinamismo, são as pessoas, sendo elas o centro da ação, formando uma comunidade heterogénea, com capacidade de mudança e de desenvolvimento, sendo necessária uma visão, não de um custo, mas de um capital estratégico e basilar numa organização⁵⁷.

Na realização de cuidados, o enfermeiro especialista, realiza a sua gestão, procura a otimização das respostas de enfermagem e da sua equipa, adequando os recursos na gestão dos cuidados face às necessidades identificadas, adotando o estilo de liderança mais adequado para garantir a qualidade dos cuidados². A liderança que o enfermeiro especialista terá de adotar na gestão das equipas, terá de ter como base novos modelos de pensamento e de ação, tendo no seu processo de tomada de decisão conciliar as perspetivas organizacionais, da equipa e da pessoa, de modo a garantir os padrões de eficiência e eficácia, melhorando a competitividade e a sustentabilidade, e em simultâneo, determina e reajusta os processos operacionais e de suporte de modo a garantir um envolvimento e compromisso do grupo⁵⁷.

Nos contextos de estágios, as equipas tinham na sua constituição enfermeiros especialistas, estando na gestão do serviço, das equipas, ou nos cuidados diretos. Nos ensinamentos clínicos, os enfermeiros que desempenhavam funções de gestor da equipa eram todos enfermeiros especialistas. Muitas vezes, os enfermeiros que assumem a gestão da equipa, assumem também a gestão do turno, o que vai de encontro ao emanado pela OE que refere que estes enfermeiros devem possuir um conjunto de competências, que estão integradas nas competências comuns e específicas na área de especialização, tendo no desenvolvimento do enfermeiro especialista competências de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço⁵⁸.

III.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

- *D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*
- *D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica*

A aprendizagem é resultante de uma construção pessoal, que se desenvolve através de um processo experimental, interior à pessoa, traduzindo-se numa modificação do comportamento relativamente estável⁵⁹. A ligação da aprendizagem e do desenvolvimento, considerando o desenvolvimento humano como um refinar progressivo da estrutura da pessoa que se materializa em transformações que se efetuam e autorregulam dentro da estrutura da pessoa⁵⁹. O Enfermeiro Especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade como dimensões centrais da prática profissional, reconhecendo a influência que exerce no estabelecer de relações terapêuticas e multiprofissionais². Na sua aprendizagem, vivenciado como um processo de construção interna, conduz a pessoa a uma aptidão, sendo cada vez mais capaz, mais humano, mais igual a si mesmo².

No domínio da assertividade, atitudes pró-ativas, com dinamismo e conscientes, fortalecem o enfermeiro, dando a possibilidade de desenvolver a sua assertividade e da resiliência, capaz de gerar bem-estar emocional, importante para a sua qualidade de vida a todos os níveis: pessoal, profissional e social⁵⁹. Neste domínio, o enfermeiro especialista evidencia uma elevada capacidade de autoconhecimento, sendo esta uma competência fulcral para o exercício da enfermagem².

Reconhecendo que a sua influência é determinante no estabelecimento na qualidade e manutenção das relações terapêuticas e com a equipa multidisciplinar, o enfermeiro especialista valoriza a dimensão do “Eu” e a forma como esta se relaciona com o “Outro”,

considerando a singularidade dos contextos profissionais e organizacionais em que se insere². Sustenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento científico válido, atualizado e relevante, posicionando-se como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo na produção e aplicação da investigação em enfermagem².

III.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Na área de especialização da enfermagem à PSC, as competências específicas incluem o cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos com plexos de doença crítica e/ou falência orgânica; a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação; e maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos³. É exigido ao enfermeiro que centre o seu cuidado à pessoa cuja vida se encontre ameaçada por falência ou risco eminente de falência das suas funções vitais³. Este cuidado exige monitorização, vigilância e administração de terapêutica, sendo cuidados diferenciados e realizados de forma contínua, tendo como objetivo manter as funções vitais ou prevenir ou limitar complicações³. Estes cuidados podem ter de ser realizados em situação de exceção ou catástrofe, ou num contexto de preservação de provas forenses. Em todos os contextos, a prevenção e o controlo de infeção está presente, sendo também esta uma forma de mitigar possíveis complicações ou expor a pessoa a um agente infeccioso que não possuía³.

III.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O cuidado à PSC e seus familiares, a vivenciar processos complexos de doença, revestem-se de uma complexidade das situações de saúde no domínio da doença ou falência orgânica³. O EEEMC, na área de especialização de PSC, mobiliza múltiplos conhecimentos e competências para que a resposta seja em tempo útil, individualizadas e holísticas, abrangendo a pessoa e a sua família/pessoa significativa^{3, 60}. As intervenções de aplicação de protocolos terapêuticos instituídos, respeitando as prescrições médicas, a sugestão de ajustes ou propostas de prescrições de medicação em SOS, ou a implementação de intervenções autónomas do enfermeiro, materializam-se na melhoria dos cuidados prestados, com impacto na redução de complicações, tempo de

internamento e custos para as organizações, reforçando o papel do especialista como consultor e agente de mudança nos sistemas de saúde⁶⁰.

III.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A Lei das Bases da Proteção Civil define 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 sócio económico em áreas ou na totalidade do território nacional*”⁶¹. Num cenário de exceção, a resposta que as instituições do Sistema Nacional de Saúde são o garante da população do seu socorro, devendo ser estudadas e adaptadas face aos possíveis cenários de que sejam necessários recursos superiores aos existentes e que requeiram uma adaptação por parte da instituição para este aumento de procura⁶². Antevendo estes acontecimentos, o enfermeiro especialista atua na prevenção, concebendo e implementando estes planos de resposta, e no acontecimento, gere uma resposta eficaz, sem descuidar a preservação de indícios da prática de crime³.

III.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Os enfermeiros são essenciais na prevenção e controlo de infeção, promovendo a segurança da pessoa cuidada e envolvem a restante equipa nos processos de melhoria neste domínio⁶³. De salientar as competências de prática clínica diferenciadas, uma liderança apoiada num estilo adequado face à situação, e uma comunicação eficaz com a restante equipa^{3, 63}. O enfermeiro age também como influenciador de uma melhoria dos cuidados, dá formação e implementa programas de melhoria nos cuidados^{3, 63}.

Os contextos de estágio são uma fonte de aprendizagem, onde o trabalho realizado deve apostar numa formação reflexiva, que valorize a experiência, a crítica e a construção de conhecimento, em vez de se limitar a competências instrumentais, tornando-se numa experiência de construção dum pensamento reflexivo, tendo este um lugar de realce na profissão do enfermeiro¹. No decorrer dos estágios, ao ser confrontado com situações-limite na vida da pessoa cuidada, desenvolvi um maior conhecimento de mim próprio e da forma como me relaciono com o outro em contextos que exigem tomadas de decisão rápidas, sempre sustentadas nas últimas evidências científicas. Este percurso permitiu a

aquisição de competências de forma sustentada, com base na evidência científica, sendo um processo, aliado ao reconhecimento dos pares, constituindo-se assim como um marco fundamental na consolidação das minhas competências enquanto enfermeiro especialista, reforçando a minha capacidade de contribuir para a melhoria contínua e segura dos cuidados de enfermagem.

IV. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Pré-hospitalar

IV.1. Contextualização do local de estágio, Ambulância Suporte Imediato de Vida

O primeiro estágio foi desenvolvido no contexto da Ambulância de SIV, um meio de socorro sob a responsabilidade do INEM⁶⁵. Esta instituição tem como principal missão a melhoria contínua na prestação de cuidados de emergência médica, assegurando uma resposta rápida e eficaz à população⁶⁴.

A Ambulância SIV surge como uma resposta estratégica para garantir assistência diferenciada a populações geograficamente mais afastadas dos grandes centros urbanos, proporcionando cuidados de maior complexidade no âmbito da emergência PH⁶⁵. É tripulada por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e um Enfermeiro que, apoiados por equipamentos diferenciados, fármacos e sistemas de transmissão de dados, garantem uma assistência avançada no contexto PH⁶⁵. A atuação do enfermeiro segue protocolos específicos, nos quais, após a sua avaliação, transmite as informações clínicas por meio do registo via *iTeams* e do contacto por baixa frequência com o Médico Regulador (MR) do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). A principal diferença desse meio de socorro está na presença do enfermeiro, cujo conhecimento científico e técnico qualifica a assistência realizada como diferenciada, indo ao encontro do que está definido pela OE nas suas orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no PH²⁹.

No local onde realizei o Estágio, a equipa da Ambulância SIV é composta por 18 enfermeiros e 5 TEPH que realizam turnos de 12 horas. Um dos enfermeiros possui a especialidade em EMC variante PSC. Durante cada turno, a equipa operacional é formada por um enfermeiro e um TEPH, garantindo um funcionamento contínuo e uma resposta célere às situações de emergência que possam surgir. A ativação é feita via INEM via rádio, telemóvel e *iTams*.

A minha adaptação à atuação neste contexto foi desafiadora e extremamente exigente. O ambiente PH é distinto de todos os outros, pois o cenário não é controlado e apresenta limitações significativas em termos de recursos e apoios disponíveis em

situações de emergência. Além disso, a atuação do enfermeiro na Ambulância SIV é altamente específica, uma vez que representa um elemento diferenciador pelas suas competências e conhecimentos. Embora seja esperada uma resposta ativa perante cada situação, a atuação interdependente está condicionada à comunicação com o MR.

A falta de experiência recente na área do PH e de SU representou um desafio adicional, sobretudo no que diz respeito às dinâmicas das equipas especializadas neste contexto, às competências não técnicas e ao desenvolvimento do chamado “olho clínico”, essencial para esse tipo de atuação. No entanto, toda a equipa multidisciplinar demonstrou grande empenho no meu processo de aprendizagem. O Supervisor Clínico (SC) destacou as competências não técnicas e a avaliação sistematizada da PSC como pilares fundamentais para o meu crescimento, essenciais para a prática futura como enfermeiro especialista. Para aprimorar a minha atuação, recorri a momentos de reflexão com o SC, onde essas questões foram reforçadas, e aprofundei o estudo de literatura especializada. Consultei livros sobre emergências médicas, como *Advanced Medical Life Support* (AMLS), *International Trauma Life Support* (ITLS) e *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), bem como normas emitidas pelo INEM, incluindo: “Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular” e “Abordagem do adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico”

Além dos protocolos existentes, o INEM desenvolve a sua própria formação para os profissionais, ajustada ao contexto nacional, tornando essencial a adaptação do estudo às diretrizes e práticas vigentes.

IV.2. Diagnóstico de Situação, Ambulância Suporte Imediato de Vida

O primeiro contexto de estágio, a Ambulância de SIV, realizou-se um levantamento das necessidades de intervenção em articulação com o enfermeiro coordenador das Ambulâncias SIV desta localização geográfica, tendo sido identificada a dor como uma área prioritária na atuação dos enfermeiros do INEM. Durante a reunião, foram apresentados o plano projeto e o cronograma de atividades presentes (Apêndice A e B), do qual se destaca a proposta de aplicação da escala KASRP⁹ como ferramenta para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação e as intervenções na gestão da dor, dando cumprimento ao objetivo de avaliação do conhecimento dos enfermeiros neste domínio. Essa necessidade foi reforçada em reunião com o SC, onde se destacou a importância da sensibilização para a avaliação da dor como um aspeto crucial no PH.

A literatura científica disponível corrobora esta preocupação do INEM, apontando que, nos diferentes contextos de prestação de cuidados à PSC, o conhecimento dos enfermeiros sobre avaliação e gestão da dor revela-se, muitas vezes, insuficiente. Estudos indicam que programas de formação contínua podem constituir uma estratégia eficaz para colmatar estas lacunas, o que reforça a necessidade de investimento nesta área^{38, 39}.

IV.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Ambulância de Suporte Imediato de Vida

IV.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

A atuação do enfermeiro na Ambulância de SIV está regulamentada por protocolos de atuação que orientam a sua prática. Como profissional dotado de elevada competência científica e ética, o enfermeiro possui uma formação que fundamenta a sua autonomia, sendo esta a base da sua responsabilidade, tanto na sua ação quanto na sua omissão⁵³.

Segundo o Código Deontológico da OE, “*os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional*”⁶⁷. Esta premissa reflete-se na atuação do enfermeiro na Ambulância SIV, onde a sua autonomia decorre da informação recolhida pelo processo de enfermagem, permitindo-lhe a tomada de decisão clínica dentro do seu campo de atuação. Estas intervenções visam responder às necessidades específicas da PSC, sendo conduzidas a partir da avaliação inicial do enfermeiro, que determinará a realização de ações independentes ou interdependentes, materializadas na execução de protocolos de atuação^{53, 67}.

Quando um acontecimento inesperado afeta a dignidade da pessoa, poderá deparar-se com um problema ético na tomada de decisão⁶⁸. Como fundamentos éticos para a decisão ética em enfermagem, é possível identificar: O respeito pela pessoa e pela dignidade humana; O respeito pela vontade do Próprio; O respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa; O bem para a pessoa; O princípio da não maleficência; O respeito pela vida e pela qualidade de vida; Promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento; A proteção da Saúde; O princípio da justiça e a confiança⁶⁸. No contexto de Ambulância SIV, o enfermeiro assume o papel de *team leader*, agindo de forma diferenciada no cuidado e na defesa dos direitos da PSC. Nas ativações, a dignidade humana, o respeito pela vontade do próprio e dos seus valores são aspetos que foram sempre respeitados pelo cuidar do enfermeiro.

As estratégias para a resolução dos problemas foram tomadas em conta com a PSC e na informação que os familiares ou cuidadores referiram à equipa. Dessa forma, a tomada de decisão foi orientada pelo princípio do consentimento livre e esclarecido, garantindo que todas as ações fossem conduzidas de acordo com a vontade da pessoa assistida. Para além do conhecimento científico, a vontade da PSC foi um fator central na definição do processo assistencial.

Durante as ativações da ambulância SIV, o enfermeiro encontra-se sozinho na sua categoria profissional, mas desempenha um papel central na tomada de decisão da equipa. Em conjunto com o TEPH, coordena as intervenções e, em articulação com o MR, transmite os aspetos primordiais da avaliação clínica. Assim, a decisão final é construída em equipa multidisciplinar, garantindo a validação dos protocolos necessários para uma resposta eficiente e respeitadora da dignidade humana.

Uma das ativações neste contexto, foi para uma PSC de idade pediátrica, que após episódio de vômito terá tido alteração do estado de consciência. No local, a criança já estava desperta, prostrada, mas reativa à nossa chegada. Estava deitada no colo da mãe. Nesta situação, foi decisivo o estabelecimento de uma relação de confiança com a mãe, que tranquilizou e orientou a criança para a nossa ação. Na sua tomada de decisão, em conversa com o MR, este desejava a obtenção de um valor de glicémia capilar, ao que o enfermeiro referiu que seria uma quebra na relação criada, e que se perderia a parceria de cuidados estabelecida e quando fosse necessário mais alguma intervenção poderia ser difícil a aceitação da criança, ao que o médico compreendeu e respeitou a decisão do enfermeiro no local.

Ao longo das várias ativações neste contexto, o processo reflexivo desenvolvido com o Enfermeiro SC, tinha como fundamento uma melhor abordagem na toma de decisão. Esta foi uma temática com onde me empenhei ao longo de todo o ensino clínico, mas onde senti algumas dificuldades pela dinâmica de cuidados que se vive neste contexto, do enfermeiro sozinho na tomada de decisão. A equipa tem uma dinâmica muito própria de trabalhar, e os profissionais presentes têm muita experiência, onde nem é necessário comunicar pois cada um sabe o que tem a realizar. Nem sempre consegui ser mais rápido que os restantes membros da equipa nesta tomada de decisão, mas houve situações em que o consegui fazer, e outras com o apoio do SC consegui construir o pensamento para chegar a esse resultado.

Tendo consciência que este é um tema importante, foi elaborada uma reflexão segundo o ciclo de *Gibbs* sobre esta temática (Apêndice C), tendo em vista o desenvolvimento desta minha competência, tornando consciente o pensamento e os seus processos para uma posterior aplicação na situação. Este processo reflexivo foi determinante para o meu desenvolvimento neste e nos estágios que se seguiram.

IV.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

O cuidado em enfermagem no contexto PH está direcionado para um processo contínuo de cura, onde, por meio de cuidados seguros, gestão de risco e investigação na área dos cuidados emergentes, procura-se uma constante melhoria da qualidade nos processos assistenciais⁶⁹.

O enfermeiro em contexto de PH na Ambulância de SIV, tem a responsabilidade de ser o garante da otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas garantindo a segurança e a qualidade, assumindo um papel de relevo nas situações onde a sua liderança é crucial para o desenvolvimento do cenário de atuação de forma a proporcionar o melhor cuidado à pessoa³.

Nos primeiros dias pude observar que o enfermeiro no seu domínio de responsabilidade, verifica sempre a carga da ambulância e a sua operacionalidade, testando equipamentos e vendo níveis de O2 e restantes fármacos. Essa verificação era realizada no início de cada turno. No decorrer do estágio, esta verificação passou a ser realizada por mim. Existe uma lista com toda a carga da ambulância, os seus níveis de stock e locais de armazenamento. Esta parte é importante para que no momento da ocorrência não existam falhas por não existir material ou este não estar acondicionado no sítio correto.

Sendo o INEM o regulador da assistência PH, tendo como missão a garantia e o desenvolvimento do Sistema Integrado de Emergência Médica, onde através da inovação seja uma referência na prestação de cuidados de emergência médica no PH⁶⁴, possui um conjunto de oferta formativa muito alargado, com *webinars*, livros e protocolos. A atuação do enfermeiro na Ambulância de SIV está regulada por protocolos de atuação, que pude consultar e estudar para que o desempenho da minha prática clínica fosse de acordo com as normas que regem este meio de socorro. Os protocolos vão desde a abordagem à vítima, a emergências médicas, como a dispneia, síndrome coronário agudo, crise convulsiva, *sépsis*, a hemorragia em trauma.

Na análise da prática realizada como ponto de partida para processos de melhoria dos cuidados, foi realizado um registo referente às intervenções realizadas nas saídas no decorrer do estágio, (Apêndice D). As intervenções do enfermeiro, na sua maioria uma avaliação inicial, com a avaliação dos sinais vitais, uma monitorização e realização de Eletrocardiograma (ECG), a colocação de Acesso Venoso Periférico (AVP) e a Administração de terapêutica, sendo estas as competências técnicas, sendo que, a tomada de decisão, no decorrer da observação, o enfermeiro baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica, garantindo que os cuidados respeitam os direitos humanos e a responsabilidade profissional, gerindo um ambiente de cuidados seguros. No gráfico em (Apêndice E), é possível ver como a intervenção do enfermeiro é determinante nestes aspetos, pois tendo por base a avaliação *National Early Warning Score (NEWS)*, escala utilizada pelo INEM para monitorizar a evolução clínica da PSC, é visível uma melhoria muito significativa entre o ponto de vista inicial e a quando da chegada à unidade hospitalar⁷⁰.

Essas intervenções seguem uma abordagem sistematizada, aplicada a todas as situações, conforme os protocolos instituídos, como "*Abordagem Inicial*" e "*Abordagem da Vítima*". É a partir dessas avaliações iniciais que se obtêm informações essenciais para a tomada de decisão sobre os principais focos de instabilidade da PSC que necessitam de intervenção, e que foram por mim realizadas ao longo do estágio.

A alteração do estado de consciência foi a condição que motivou o maior número de ativações. No local, a prioridade inicial consistiu em identificar ou não uma PCR e, em seguida, investigar possíveis causas, como alterações da glicemia, sinais de choque, intoxicações, AVC, trauma, entre outras.

Numa ativação, à nossa chegada, a PSC já se encontrava na ambulância dos bombeiros. Realizei a avaliação inicial e recolhi informações junto do Técnico de Ambulância de Socorro, que referiu que a família encontrou a pessoa prostrada por volta das 14h. No exame físico, a PSC vestia um pijama polar e um robe, apesar do tempo quente. Optou-se pelo transporte ao hospital, acompanhado pela equipa da ambulância SIV. Durante a análise do processo clínico, verifiquei que a PSC havia tido um internamento recente por lesão renal associada à desidratação. Em diálogo com o SC, decidiu-se pela administração de soro endovenoso, o que resultou numa resposta positiva na reversão do estado de consciência, que inicialmente se limitava a estímulos verbais. Todas as ativações tiveram como objetivo a melhoria do quando inicial ou impedir a sua

degradação, o que se verificou, o que se verificou na avaliação do *NEWS* inicial e no da chegada ao hospital (Apêndice E).

IV.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

A presença do enfermeiro num contexto de PH de Ambulância de SIV é determinante para a identificação dos focos de instabilidade e garantir uma resposta antecipada impedindo uma deterioração do estado da PSC. No contexto de Ambulância SIV, as funções do enfermeiro distinguem-se dos outros meios de socorro pelo facto de ser o enfermeiro a assumir o papel de team leader, sendo que, nos outros meios de socorro diferenciado, é assumida pelo médico⁶⁹. Os limites do seu cuidado no que respeita à recuperação da estabilidade hemodinâmica, suportando a assistência no que é essencial para a Enfermagem: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro é capaz de proporcionar à PSC a sua melhoria e consequente sobrevivência, bem como, a salvaguarda do respeito, dignidade, fragilidades e necessidades de resposta humana face à sua situação atual, que para o enfermeiro, vai para além das funções vitais⁶⁹.

Uma situação de gestão da equipa e de garantia dos cuidados otimizando a equipa, foi a ativação para um quadro de dispneia no domicílio. À nossa chegada, a PSC encontrava-se sentada na cama, com um tom de pele que apontava para baixa oxigenação, ausência de abertura ocular, polipneia e ingurgitamento jugular. A oximetria de pulso (SpO₂) indicava 50%, pelo que se iniciou oxigenoterapia com máscara de alto débito de imediato. O enfermeiro delineou o plano terapêutico e delegou tarefas no THEP e intervenções de enfermagem para serem realizadas por mim. Preparei a administração de broncodilatadores e, em seguida, estabeleci um AVP para a administração de furosemida, morfina e dinitrato de isossorbida (DNI) de acordo com o protocolo dispneia no adulto. O enfermeiro contactou o MR para validar a medicação e solicitar apoio diferenciado, considerando a gravidade do quadro clínico e a possibilidade de deterioração. Adicionalmente, foram administrados sulfato de magnésio e hidrocortisona. À chegada da VMER, a condição da PSC já havia revertido, permitindo-lhe articular frases. O transporte ao hospital foi realizado com maior estabilidade clínica

Numa atuação em situações limite, na gestão da sua equipa, o enfermeiro tem o dever de dominar as questões relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal⁵³. Este conhecimento garante um exercício seguro e profissional, onde as suas decisões devem ser fundamentadas em princípios éticos e deontológicos, assentando no conhecimento científico, nas melhores práticas e nas preferências da PSC².

IV.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

No contexto de Ambulância de SIV, sendo a equipa composta por um enfermeiro e um TEPH, a dinamização de processos de aquisição de novos conhecimentos tendo como objetivo a melhoria dos cuidados para obter ganhos em saúde nas pessoas cuidadas, é necessário aproveitar todas as oportunidades e tirar o máximo partido das novas tecnologias para passar a mensagem.

Tendo por base a importância da gestão da dor e a influência que o enfermeiro especialista faz na melhoria deste cuidado em particular, realizou-se um Vídeo (Apêndice F) com o objetivo de ser divulgado internamente pelo INEM onde sensibiliza os enfermeiros para a avaliação e gestão da dor nas vítimas de trauma, bem como o seu correto registo, pois no vídeo está colocado como realizar. Foi elaborado um cartaz (Apêndice G) com o objetivo de ser colocado nas bases INEM com os mesmos objetivos do vídeo, mas recorrendo a outro meio de divulgação da mensagem.

A melhoria desta prática, teve por base as ativações realizadas, onde foram observadas as intervenções realizadas relativamente à dor (Apêndice H). Nas ativações que estive presente, a dor foi sempre avaliada, e a par das medidas farmacológicas, as medidas não farmacológicas foram sempre implementadas, sendo o posicionamento a que teve um impacto mais positivo após a sua implementação, indo ao encontro dos dados existentes referentes ao contexto nacional, onde as intervenções realizadas pelo enfermeiro em Ambulância SIV são eficazes na redução da dor⁶⁸. A necessidade de melhoria vem do registo da avaliação da dor, que não é realizado em muitos meios INEM, sendo na SIV onde o seu registo é mais efetivado²⁸.

A realização da reflexão sobre a tomada de decisão (Apêndice C) também contribuiu para uma melhor consciencialização e conhecimento da minha maneira de ser e de pensar, podendo aprimorar a minha relação com o “Eu” e com o “Outro” em momentos de cuidados à PSC.

IV.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

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

Nas competências específicas dos enfermeiros especialistas de enfermagem médico-cirúrgica, vertente PSC, contribuir para a melhoria dos cuidados à PSC com dor, fazendo a sua gestão diferenciada, e contribuir para o desenvolvimento de práticas eficazes na área da gestão da dor por parte dos enfermeiros, garantindo a administração de protocolos complexos³.

Em contexto de Ambulância SIV, existem três protocolos específicos para o controlo da dor (Apêndice I), que após a análise, e comparando com outros protocolos existentes noutros países, uma possível melhoria nos protocolos seria a introdução do *Cetorolac*, que já é utilizado em outras realidades, como alternativa para alívio da dor mais intensa que o Paracetamol, mas ainda sem recorrer aos opioides, refere ser uma intervenção mais eficaz⁷². Como enfermeiro, as competências específicas do EEEMC PSC, no domínio da garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos e de fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, foi o colocar em prática do estudo dos protocolos anteriormente abordados³.

Uma das ativações que tivemos foi um pedido de ajuda diferenciado para administração de analgesia numa PSC vítima de trauma do membro inferior. À nossa chegada, a PSC já estava imobilizada em maca de vácuo dentro da ambulância dos Bombeiros locais. A colocação em maca de vácuo, mesmo não sendo um trauma vertebral medular, está relacionado com as longas distâncias até à unidade hospitalar, e tal como preconizado nas normas de transporte das vítimas de trauma do INEM, garante uma correta moldagem à vítima e à área da lesão, garantindo um transporte com uma correta imobilização e um maior conforto⁷². Avaliei a vítima, recolhi informação e concluí que o *Fentanil* seria a melhor opção dado a idade, a viagem e o tipo de dor. Na passagem de dados ao MR foi essa a indicação que obtivemos. Coloquei AVP, administrei medicação e acompanhamos o transporte à unidade hospitalar, onde a dor à chegada foi de 1-2 na escala numérica.

Os cuidados foram realizados com o objetivo de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica. As intervenções realizadas, cumpriram este objetivo, onde o *News*⁷⁰ final das pessoas em situação crítica após as intervenções foi na sua maioria 0 ou entre 1-4 (Apêndice E).

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

Outro aspeto importante da atuação em contexto PH, é numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, o que implica da parte do enfermeiro um conhecimento especializado do sistema de socorro, na segurança das equipas e das Pessoas em Situação Crítica, e uma garantia que os padrões de qualidade são garantidos. Assim, o enfermeiro concebe, planeia e gere a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime³.

No contexto de ambulância SIV, pude vivenciar duas situações de multivítimas, sendo uma em contexto de simulação e outra em contexto real.

No primeiro contexto, aconteceu no dia de formação para os enfermeiros de ambulância SIV, no qual pude participar, onde através da simulação, os enfermeiros em equipa puderam intervir junto da PSC, aferir tomadas de decisão em equipa e no final identificar aspetos diferenciadores do cuidado prestado. A simulação permite uma aprendizagem em situações que seriam idênticas à realidade com um risco controlado, possibilitando posteriormente a transferência da aprendizagem para o contexto real⁵⁴.

O último cenário foi um cenário multivítimas. A equipa da Ambulância SIV tinha sido ativada para uma dor precordial num prédio. À chegada, a vítima estava sentada no vão da escada, apresentava-se polipneica, com pulso arritmico e coma pele pálida. Tinha dor retrosternal tipo pressão. Referia Antecedentes Pessoais de Fibrilhação Auricular, mas não cumpria medicação. O prédio encontrava-se a ser evacuado por uma situação de incendiado no último andar. No avançar do cenário, ouviu-se uma explosão que feriu com gravidade um bombeiro e vitimou outro. A equipa da Ambulância SIV no local, como meio diferenciado de socorro foi solicitada uma triagem *START*, “*Simple Triage And Rapid Treatment*” e primeira intervenção junto das Vítimas⁷³.

Pude observar os enfermeiros a realizarem esta avaliação, hierarquizando as vítimas que consideravam críticas e com os recursos adequados naquele momento para fazerem

face à situação, e em articulação com o Comandante de Operações de Socorro, a necessidade de mais meios e a elaboração do plano de retirada das vítimas. Este nível de planejar e gerir os cuidados necessários face à situação de emergência, exceção e catástrofe é uma competência do enfermeiro especialista que tem de ter uma base de tomada de decisão ancorada num forte conhecimento.

Neste contexto simulado, seguiu-se o *debriefing* com toda a equipa. O *debriefing* é um fator facilitador na aprendizagem através da reflexão na ação ocorrida, permitindo uma organização do conhecimento para uma futura aplicação⁵⁴. Aliada à experiência da simulação, o *debriefing* pode proporcionar aquisição de competências ao nível do trabalho em equipa, para além do envolvimento dos diversos saberes que se querem integrados na resolução do cenário⁷⁴. Neste momento foi possível discutir a estratificação das Pessoas em Situação Crítica, a triagem realizada e o tratamento para cada uma delas. A vítima número 1, a que inicialmente estava a ser assistida, não apresentava critérios de gravidade face a outra vítima, de foro respiratório, que rapidamente poderia deteriorar esta sua função, e nessa urgência intervir. A vítima que não apresentava sinais de vida, face aos meios e recursos existentes, não era uma prioridade.

Um segundo momento, foi uma ativação para um acidente de viação. A informação dada via CODU era a existência de 6 vítimas numa colisão na saída da A2. As condições climáticas estavam propícias a acidentes de viação, pois estava chuva intensa na hora da ocorrência. À chegada ao local a primeira impressão foi um impacto de elevada cinética pela deformação das viaturas. Dada a distância da ocorrência da base da Ambulância SIV, à nossa chegada já existiam outros meios de socorro no local. Em equipa, o enfermeiro SC organizou um plano de intervenção de forma a Avaliar todas as vítimas. Pela indicação do Comandante De Operações e Socorro no local, fomos para uma PSC que se encontrava mais afastada.

Num primeiro contacto, foi feita uma avaliação rápida da PSC que havia sofrido de trauma. Esta encontrava-se acompanhada por um bombeiro que transmitiu a avaliação que havia realizado. “Vítima condutora do veículo que embatera na traseira do outro veículo. Realizou auto-extração. Refere dor na cervical e no Membro Superior Esquerdo e Membro Superior Direito.” Organizou-se a imobilização em maca de vácuo com controlo cervical. Colocada no interior da ambulância previamente aquecida e realizei uma avaliação rápida de trauma onde não se verificou nenhuma lesão que exigisse uma

intervenção imediata²⁶. Passou-se então para uma avaliação mais detalhada e posteriormente para o controlo da dor e da temperatura.

Foi também realizada uma rápida avaliação das outras vítimas pelo enfermeiro SIV para perceber se os meios no local eram suficientes e adequados. Realizada uma triagem das vítimas, 4 delas necessitavam de ser encaminhadas à unidade hospitalar. Após a passagem de dados ao MR, tendo em atenção que a deslocação de mais meios ao local iria causar um tempo mais prolongado no local da ocorrência, e os meios no local eram suficientes, decidiu-se iniciar o transporte para o hospital da área.

Neste cenário o enfermeiro deu continuidade à resposta da emergência em situação multivítimas. Como elemento diferenciado, a sua avaliação permitiu uma visão sobre as vítimas e a sua situação para que em conjunto com o MR presente no CODU pudessem tomar decisões.

Através desta experiência, ficou evidente que a atuação do enfermeiro especialista, baseada em um forte raciocínio clínico e conhecimento técnico, é fundamental para o sucesso da resposta em cenários de emergência, exceção e catástrofe.

IV.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Na ação do enfermeiro, seja em que contexto for, existem várias regras relativas à prevenção e ao controlo de infeção. No INEM existem produtos para descontaminação de superfícies e as malas de abordagem estão equipadas com Equipamentos de Proteção Individual (EPI), contendo por exemplo, mascaras de diferentes tipos, como FFP2, ou com Viseira, aventais, luvas e luvas cirúrgicas.

A prevenção e o controlo de infeção são um desafio no PH. A redução deste risco de infeção passa precisamente pela sua prevenção, onde a utilização dos EPI sempre que se aborda a PSC, a desinfecção das mãos, a desinfecção do material reutilizável que foi utilizado na assistência antes da próxima utilização, a utilização de desinfetantes cutâneos e de garrotes descartáveis e pensos estéreis na colocação do AVP, são tudo intervenções que têm como objetivo reduzir o risco de infeção. Existe ainda um mapa de descontaminação obrigatória dos equipamentos, como malas de abordagem, ou célula sanitária, que são realizados periodicamente e com os produtos indicados.

Sendo uma temática desafiante pelo ambiente onde se realiza a prática dos cuidados, assisti ao *Webinar “Da análise de risco à prevenção de infecção: estratégias no extra hospitalar”* promovido pela Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM no dia 11 de agosto, mas que está disponível para assistir posteriormente⁷⁵. Neste contexto, foi possível entender o funcionamento da ferramenta de registo *iTeams* no apoio ao profissional para a identificação de uma infecção presente, ou possível infecção, ou de uma suspeita de Via Verde Sepsis, onde pude ainda aprofundar através do *Webinar “Via Verde Sepsis”* cujo objetivo foi abordar a importância desta patologia, a sua correta identificação, e a diferença que a atuação rápida em ambiente PH melhora o resultado no correto tratamento⁷⁵.

V. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

V.1. Contextualização do campo de estágio, Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio decorreu numa UCI de uma unidade hospitalar na Área Metropolitana da grande Lisboa. Esta área da medicina caracteriza-se pela abordagem específica na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversíveis, em pessoas que apresentam uma falência de uma ou mais funções vitais, eminente ou já estabelecidas, salvando pessoas em risco, tendo, por vezes, de recorrer a tratamentos agressivos e ou de suporte de órgão⁴³.

A UCI em questão, encontra-se inserida numa Unidade Local de Saúde, que conta com uma resposta em saúde diversificada. A população abrangida por esta unidade de saúde está inserida em dois conselhos e parte de outro. Trata-se de uma UCI Polivalente, de nível III, dando uma resposta do foro médico e cirúrgico 24/24 à PSC.

A equipa do serviço é composta por 31 enfermeiros, incluindo 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro coordenador, 3 enfermeiros especialistas em EEMC e 7 Enfermeiros Especialistas de Reabilitação. A unidade dispõe, para além dos espaços inerentes ao seu funcionamento, de um espaço físico composto por duas salas *open space*, com capacidade para 4 pessoas em simultâneo. A dotação de enfermeiros está definida como sendo de um para dois, sendo esta gestão realizada pela existência de uma escala em articulação entre os chefes de equipa. Esta UCI, face à sua tipologia, dispõe ainda 12h diárias de cuidados de Reabilitação prestados por um enfermeiro de reabilitação em exclusivo para esta função.

A equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar tem um enfermeiro numa quinzena do mês, que alterna com outro enfermeiro da outra unidade existente neste hospital na outra quinzena, que dão resposta à Emergência Interna que possa surgir. A equipa é composta por um médico e um enfermeiro com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV). Existe um fluxograma de ativação nos serviços, que quando necessário ativam via telefónica esta equipa. Assim sendo, a UCI na qual está sediada a equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, tem de assegurar um enfermeiro extra por turno para o efeito.

A resposta dada pela equipe médica, que se encontra em permanência no serviço, e é constituída por um diretor do Serviço de Medicina Intensiva, os respetivos médicos Assistentes e sendo um serviço com Idoneidade Formativa, conta ainda com estudantes do Curso de Medicina. As especialidades médicas e cirúrgicas que sejam necessárias para complementar a prestação de cuidados estão disponíveis nas Unidades Hospitalares pertencentes à Unidade Local de Saúde.

Os cuidados de enfermagem à PSC num contexto de UCI, estão intimamente ligados com a regulamentação existente, sendo estes altamente qualificados, realizados de forma contínua à pessoa cujas funções vitais colocam em risco a sua vida, centrando-se na resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida e prevenindo possíveis complicações, limitando incapacidades, cujo o objetivo desejável é a recuperação total⁴. O enfermeiro de cuidados intensivos é o profissional responsável por assegurar que a pessoa recebe este nível de cuidado, bem como as famílias sejam nele envolvidas, sendo este capaz de através da informação que recolhe implementar uma tomada de decisão com vista a globalidade do cuidado materializada numa intervenção personalizada^{77, 78}.

Realizar este estágio constituiu para mim como uma oportunidade de grande relevância para o desenvolvimento profissional, pela ação determinante que o enfermeiro assume no processo de recuperação da pessoa que se encontra ao seu cuidado, pois apesar da constante evolução científica neste contexto, é na prestação autónoma de cuidados de enfermagem que o processo de recuperação se materializa através de um processo humano e holístico. Este contexto exige do enfermeiro um olhar crítico permanente, sustentado pela recolha contínua de estímulos que orientam a tomada de decisão. Estas decisões visam a implementação de um plano de cuidados de qualidade, onde a prevenção do agravamento da condição da pessoa e a promoção do conforto estão sempre implícitos.

O domínio do saber-fazer técnico revela-se indispensável, mas encontra o seu verdadeiro sentido quando articulado com o saber ser, fundamental na gestão da PSC de forma continuada no tempo. Neste sentido, tive presente como objetivos aprofundar os conhecimentos sobre o domínio da ventilação mecânica invasiva; os processos de substituição renal; o desenvolvimento de competências de comunicação eficaz e a gestão da dor da PSC.

Este foi um contexto que de forma decisiva iria influenciar, e influenciou, a aquisição de competências técnicas, relacionais e reflexivas, que considero indispensáveis ao exercício profissional da enfermagem na PSC.

V.2. Diagnóstico de situação, Unidade de Cuidados Intensivos

Um dos objetivos pessoais enquanto estudante prendia-se com o facto de saber gerir uma PSC e família em contexto de UCI. Para o desenvolvimento deste objetivo, houve a necessidade de conhecer a UCI, identificar as suas dinâmicas próprias na prestação de cuidados. O SC foi essencial, pois, por meio de um processo reflexivo baseado nas experiências que íamos vivenciando fomos integrando as especificidades do cuidado e aprofundando o conhecimento da UCI.

Este objetivo foi exposto logo no primeiro dia de estágio junto do SC numa reunião formal de apresentação, onde me foi solicitada a apresentação da minha área de interesse e do que havia previsto realizar neste contexto. Foram também apontadas as necessidades do serviço na área da dor, e qual a resposta que poderia ser dada em contexto formativo à equipa de enfermagem.

Durante a reunião, propus o projeto de atividades e o seu cronograma, presentes em Apêndice, (J e L) do qual a aplicação da escala *Knowledge and Attitudes Survey Regarding⁸ Pain* como ferramenta para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação e as intervenções na gestão da dor. Foi proposto por parte do SC a formação na área da gestão da sedoanalgesia através da monitorização de *Índice Bispectral* (BIS). Ao longo do percurso, identifiquei através da observação direta que os enfermeiros não estariam conscientes na sua prática da utilização de algumas técnicas não farmacológicas para o controlo da dor. Reunindo com o SC, foi desenvolvido um trabalho tendo por base as intervenções não farmacológicas na gestão da dor, do qual resultou um poster científico para ficar no serviço, (Apêndice M), dando conhecimento e suporte científico aos enfermeiros da importância da sua atuação autónoma. Entende-se por intervenções autónomas na gestão da dor a aplicação por parte do enfermeiro de métodos ou técnicas que não envolvam a administração de fármacos na prevenção e / ou tratamento da dor²². Estas intervenções são de fácil implementação por parte do enfermeiro, pois ele é o prescritor e quem aplica, potenciam a eficácia das intervenções farmacológicas⁷⁹, estando no escopo da ação do enfermeiro especialista, uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica³.

V.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

V.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

Do ponto de vista ético, a prestação de cuidados em UCI é um contexto desafiante pela vulnerabilidade da PSC, e os desafios que se interpõem para a manutenção das suas funções vitais, podendo, por vezes, estar incapazes de manifestar a sua vontade. O consentimento livre e esclarecido, poderá não trazer na essência da expressão a sua representatividade de uma escolha informada por parte da pessoa, onde o sim e o não estão presentes face ao cuidado que se quer proporcionar⁸⁰. Para que exista esta livre escolha, a competência, a capacidade para decidir, tenha a correta informação e a compreensão da mesma, resulte numa escolha em liberdade⁸⁰.

Em contexto de UCI, a incapacidade de tomada de decisão por parte da PSC requer da equipa multidisciplinar, e no caso específico dos enfermeiros, uma intervenção de enfermagem preocupada na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana⁶⁶, sendo nesta que se diz respeito à autonomia, respeito pelas escolhas, e a tolerância face às diferenças⁹. Uma das finalidades da profissão é proporcionar o bem-estar do ser humano, e prestar cuidados é uma atitude intencional que respeita a singularidade da pessoa, sabendo que, as decisões do enfermeiro afetam a vida desta, que na impossibilidade da ação, o enfermeiro deve agir em benefício de quem é cuidado, com pretensão do alívio do sofrimento, restaurar e promover a saúde, prevenir a doença, respeitando os valores e as crenças e convicções, respeitando a autonomia da pessoa ao seu cuidado⁸¹.

Nas competências comuns do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a prática profissional é desenvolvida agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, onde existe uma garantia de uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais².

No desenvolvimento da minha prática clínica em contexto de UCI, teve sempre o princípio da defesa da liberdade e da dignidade humana tal como expressa a deontologia dos enfermeiros portugueses, promovendo a proteção dos direitos humanos na relação com os destinatários do cuidado⁶⁶. A confidencialidade da informação foi sempre mantida, e a PSC quando capaz de decidir, prestou-se a informação para que a escolha que realizou mantivesse a sua autodeterminação. Quando a pessoa dava entrada na UCI, e se esta estava consciente e orientada, era sempre questionado qual o familiar de

referência ao qual gostaria que fosse dada informação. Se existisse alguém a quem se pudesse contactar e que a pessoa consentia que fosse dada informação sobre o seu estado clínico. Existiu uma situação de uma pessoa que entrou num quadro de dificuldade respiratória grave, resultado de uma Insuficiência Cardíaca agudizada, num quadro de doença com baixa adesão terapêutica, onde foi realizada esta questão, visto a falência respiratória se estar a agravar, e a necessidade de proteção da ventilação ser urgente proceder-se a uma entubação orotraqueal, mesmo já em exaustão a pessoa refere a irmã como contacto e refere o contracto telefónico.

Os costumes foram respeitados, e fomentados, principalmente na pessoa incapaz de verbalizar, onde junto dos familiares eram incentivados a referir os gostos da pessoa, e a trazer alguns objetos pessoais, sendo esta uma prática autorizada na UCI. Este momento foi vivenciado por mim, na realização de cuidados a uma pessoa em falência multiorgânica, na qual o seu estado estava em rápida deterioração. As medidas de suporte de órgão não estavam a ser suficientes para fazer face à gravidade da condição clínica da pessoa. No momento dos cuidados, a esposa e os filhos vinham realizar a visita. Perante este agravamento, a esposa retirou-se. Os filhos estavam à entrada da unidade. Junto do médico foi explicada a gravidade da situação. Quando regressaram, acompanhei a visita, mostrei disponibilidade, e esclareci dúvidas ainda existentes, dei espaço para se despedirem do seu familiar. Com a morte inicia-se a vivência de um processo de luto por parte dos familiares. O choque, a descrença, o entorpecimento, são sentimentos num primeiro momento, seguindo-se a dor da separação, o desespero, a aceitação e uma reorganização dos padrões anteriores que foram abandonados⁸².

Nesse momento de perda aguda, o enfermeiro especialista assume um papel de destaque no apoio imediato à família, tendo tido uma comunicação empática, manteve a minha presença, e permiti que os familiares expressassem a sua dor neste momento de despedida, respeitando as suas crenças. sendo por isso importante uma comunicação por parte do enfermeiro na desconstrução destes sentimentos^{83, 84}.

A privacidade a quando da realização dos cuidados foi sempre garantida, correndo as cortinas, adequando o tom de voz e questionado o sentimento que existia para esta percepção por parte da pessoa.

V.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

Na UCI existe uma diversidade de procedimentos e protocolos existentes, com revisões periódicas, trazendo suporte científico atualizado à atuação do enfermeiro. Tive a oportunidade de contactar com alguns deles, como sendo o da transmissão da informação para uma transmissão eficaz de informação na transição dos cuidados, pela metodologia ISBAR, tal como definido na norma da Direção Geral de Saúde⁸⁵. As normas relativas ao controlo de infeção associadas a dispositivos médicos, como sendo “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação⁸⁶, o controlo de infeção associado ao Cateter Venoso Central, e a troca dos vários sistemas de perfusão de acordo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, PPCIRA, da unidade hospitalar. Ainda de acordo com este organismo, e de acordo com a orientação clínica da Direção Geral de Saúde relacionadas com as infeções do trato urinário associada à utilização de cateter vesical⁸⁷. Na minimização da introdução destes dispositivos existem *KITS*, esterilizados, minimizando o risco de infeção pela abertura e manipulação de diversos materiais para a realização da técnica. De referir que à chegada ao serviço, a PSC realiza pesquisa para possíveis vírus ou bactérias, como sendo o MRSA, *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*, para que se possam instituir medidas de isolamento e o respetivo tratamento. Tive a oportunidade na admissão aos doentes internados de realizar estas pesquisas, bem como a manutenção da assepsia na colocação destes dispositivos. No plano de cuidados de todas as pessoas internadas da UCI tem estabelecido, de acordo com as normas, a vigilância e otimização dos dispositivos médicos para que exista um menor risco de infeção associado.

Todas estas normas reforçam a ação do enfermeiro no agir de acordo com as boas práticas relacionadas com a prevenção e controlo de infeção no contexto de UCI, tendo como suporte um conhecimento científico.

Como enfermeiro especialista, a prática baseada na evidência científica pode potenciar uma melhoria da qualidade dos cuidados. Como tal, ao longo do EC, foi-me dada a oportunidade de contactar e aprofundar cuidados à pessoa sobre várias formas de ventilação e a utilização de técnicas de substituição renal. Aprofundei o meu conhecimento em suportes teóricos como o estudo nos manuais do *BASIC* e do *FCCI*, ambos com o avale da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, a pesquisa em bases de dados pelas últimas evidências científicas nestes domínios.

V.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

A otimização dos recursos humanos e matérias para uma melhor resposta à PSC é uma prioridade do enfermeiro especialista. O SC assumia também funções de coordenação de equipa, onde a organização da equipa para fazer face à receção de alguma PSC na UCI, a gestão de recursos materiais, como a esterilização, garantir que os ventiladores estão prontos a serem alocados às unidades, a articulação com os outros serviços era um trabalho constante.

O estilo de liderança assentava numa gestão participativa com os outros elementos da equipa, onde se auscultava a opinião de todos face a uma situação, analisando a situação e pensando criativamente para a solução dum problema, conciliando a perspectiva organizacional, o impacto na equipa de enfermagem na tomada de decisão⁵⁸. Uma situação foi, uma pessoa que iria iniciar uma técnica dialítica, onde era necessário puncionar uma Fistula Arterio Venosa, e o enfermeiro SC tinha competência para o fazer. Este ouviu todas as pessoas da equipa pois implicava uma reorganização do trabalho em equipa. Após auscultar todos os elementos, reorganizou os cuidados a serem realizados aquela pessoa e às outras pessoas na unidade e articulou com a equipa médica a realização da técnica. A vivência de perto destas dinâmicas, onde a negociação dos recursos adequados à prestação de cuidados sem descorar a sua qualidade, foi um contributo para a aquisição de competências na gestão da equipa e a sua motivação.

V.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

A qualidade da intervenção do enfermeiro observa-se nos cuidados prestados, mas advém de um processo de reflexão dos próprios cuidados aplicados no contexto por parte do enfermeiro, sendo este um imperativo ético na procura da excelência do cuidar⁶⁶.

O processo reflexivo esteve muito presente, através da leitura do processo clínico, a reflexão do porquê daquela intervenção, as explicações para as prescrições adotadas e o estudo autónomo, trouxeram um capital de conhecimento, fazendo de todo este processo uma melhoria muito significativa nos cuidados que prestei e nos futuros cuidados que irei prestar.

Esta reflexão proporcionou ir de encontro ao objetivo na melhoria dos cuidados no domínio da gestão da dor. Para além do poster científico já referido, (Apêndice M), realizei duas ações de formação sobre o tema, “*A Monitorização BIS e a sua importância na gestão do conforto da pessoa sob sedoanalgesia*”, (Apêndice N), tendo como objetivos

a personalização do cuidado no domínio da sedoanalgesia utilizando este tipo de monitorização. Estes aspetos trarão também um processo reflexivo à equipa que irá como consequência trazer uma melhoria acrescida das intervenções neste domínio, como revela a avaliação da ação de formação (Apêndice N), que foi considerada por 72% dos participantes como extremamente útil para a sua prática clínica sendo um conteúdo com interesse de 90%, classificando-a de muito boa na sua globalidade (91%).

V.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

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

No decorrer deste estágio a comunicação foi uma área de grande investimento para um desenvolvimento de uma melhor prática profissional futura. No meu contexto prático diário a comunicação com familiares é praticamente inexistente, estando reservada para situações de contacto com a população pediátrica. Outro processo de crescimento pessoal e profissional foi a gestão de processos de fim de vida. Os momentos de comunicação tornaram-se mais complexos com a junção destes dois aspetos, a comunicação com os familiares na PSC a vivenciar um processo de morte na UCI, um local onde os cuidados se querem curativos. Realizei a gestão da comunicação interpessoal assente numa relação terapêutica com a pessoa e com a família, apoiando-as nesta fase de transição e de apoio ao luto decorrente da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica³.

O internamento em UCI é muitas vezes inesperado, acontecendo numa fase aguda da doença, sendo uma situação angustiante para a pessoa e os seus familiares⁸⁷. Nos momentos em que não é possível a reversão da situação que originou o internamento, o objetivo deve abandonar a cura e iniciar o paliar, proporcionando conforto e trazendo dignidade a um momento de fim de vida^{89,90}. O envolvimento da família e do enfermeiro nesta tomada de decisão pode potenciar uma direção de cuidado promotora de uma morte digna minimizando o prolongamento de uma futilidade terapêutica⁹¹. De forma concreta, no que respeita à família, o seu envolvimento e empoderamento, tal como previsto na *Budle* A-F, tem como objetivo identificar mecanismos para envolver a família no cuidado, diminuindo a ansiedade, a confusão e a agitação na PSC⁹².

A família detém preocupações sobre a dor, uma necessidade de ajuste de expectativas face à situação e a supressão de necessidades físicas, ou espirituais do seu familiar⁸⁹. Ao enfermeiro cabe uma comunicação eficaz para que a família esteja segura de que os cuidados estão a ser realizados e deve ser proporcionada outras medidas, como a flexibilização do horário das visitas, reuniões com a equipa multidisciplinar para apoio emocional e o esclarecimento de dúvidas, para que o cuidado centrado na família traga o alívio do sofrimento e um suporte à família no processo de luto^{89, 90, 92}.

Nesta unidade, o horário de visita é diário e alargado, um enfermeiro acompanha a visita e mostra-se disponível para esclarecer todas as dúvidas referentes ao cuidado. São também dadas informações sobre recursos na comunidade que possa utilizar. Na passagem de ocorrências é transmitida a presença de familiares que visitaram a pessoa, bem como, as situações especiais que necessitem de apoio por parte de enfermagem.

Destaco uma situação de uma doente politraumatizada, com um diagnóstico grave do pondo de vista neurológico, onde acompanhei a visita de todos os familiares. Mostrei-me disponível para esclarecer todas as questões. Os familiares demonstravam uma esperança muito grande na total recuperação do seu entrequerido, não possuindo uma consciência, ou não aceitação, face à condição de saúde atual. Na visita, procurei saber o que sabiam sobre a condição clínica. Após esse conhecimento, estabeleci uma relação empática, onde utilizei o toque, a disponibilidade e a proximidade para a comunicação, e criei um ambiente propício para a partilha de necessidades, angustias, medos e insegurança. Ouvi algumas histórias sobre o familiar. Incentivei a que falassem com ele e tocassem, ao que a familiar, demonstrou alguma reatividade. Fiz uma comunicação com alguns indicadores de aviso para a situação, que seria prolongada, lenta e longa recuperação que, não seria possível determinar o quanto seria. A família mostrou uma crença religiosa, que incentivei como sendo uma estratégia para a obtenção de força para esta fase. Os familiares choraram. Mantive-me perto, mas respeitando aquele momento de intimidade. No final da visita, utilizei novamente o toque e abordamos um possível regresso a uma instituição mais perto de casa e com vista a uma intervenção promotora de reabilitação. Acompanhei-os até ao gabinete médico, pois estes queriam falar com a família.

Tive também a oportunidade de assistir a consultas de *follow up*, onde médico e enfermeiro recolhe informação para melhorar a prática de forma a mitigar o Síndrome Pós Cuidados Intensivos que a pessoa pode apresentar pós internamento em UCI⁹³. Esta síndrome, do qual resulta uma incapacidade ou o agravamento de uma incapacidade já

existente, que surge após o internamento, podendo ter também um impacto no cuidador⁹³,⁹⁴. O serviço dispõe de informação tipo poster para leitura das visitas, de consulta, que é realizada 90 dias após a alta. O agendamento é realizado pelas secretárias da unidade. Neste aspeto, o agendamento poderia ser realizado por um enfermeiro, que posteriormente estaria na consulta, onde explicaria a importância da mesma, e a importância da presença do cuidador. No dia da consulta, o enfermeiro especialista, dirige-se à sala de espera, apresenta-se e acompanha a pessoa à sala designada para o efeito. No caminho questiona se a pessoa tem recordação daquele lugar, onde umas têm do local onde ficaram, outras do dia da saída e outras não possuem recordação. Na sala, o enfermeiro e médico realizam algumas questões sobre as recordações relativas a procedimentos invasivos. A dor e o desconforto associado a algumas intervenções são as recordações que associam a mais dolorosas. Relativamente à equipa não existe uma lembrança em específico. A consulta divide-se, onde o médico fica com a pessoa que esteve internada e o enfermeiro e o cuidador dirigem-se a uma outra sala. Neste espaço, o enfermeiro avalia através das escalas CAMI (Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades), CADI (Índice para a avaliação das dificuldades dos prestadores de cuidado), e EADS-21 (O stress do cuidador)^{95, 96}. A comunicação estabelecida não se limita ao questionamento e preenchimento das escalas. Em relação terapêutica, o enfermeiro cria um espaço para que o cuidador verbalize os seus medos, receios, frustrações e cansaço. O enfermeiro empodera o familiar para a realização de um cuidado, orienta para recursos na comunidade e desmistifica o sentimento de culpa que possa existir, ou para o cansaço que se possa ter apoderado do cuidador. Uma forma de tornar a consulta mais eficaz seria o encaminhamento do enfermeiro diretamente para os cuidados na comunidade, criando um ciclo fechado de acompanhamento ao cuidador. Da parte médica, existe um encaminhamento para exames complementares de diagnóstico, prescrição de terapêutica e algumas consultas. Este momento de aprendizagem foi importante para poder adequar um melhor acompanhamento dos familiares na visita, e a utilização de estratégias que minimizem a dor e o desconforto a quando da realização de intervenções à PSC.

A par destas aprendizagens, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos no domínio da ventilação mecânica invasiva, os processos de substituição renal, a comunicação e a gestão da dor, aprendizagens que tinha como objetivo adquirir e que foram desafiadoras no decorrer deste ensino clínico. Esta aprendizagem foi uma

constante, pois tive a oportunidade de cuidar de pessoas com TCE grave (Traumatismo crânio encefálico), ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*), Choque Sético, Insuficiência Cardíaca, entre outras patologias. Destaco o contacto coma pessoa, obesa, com um quadro de insuficiência respiratória grave, com necessidade de ser entubada orotraquealmente e adaptada ao ventilador, que por um quadro de hipoxemia, foi decidido utilizar *Heliox*⁹⁸. Esta utilização, embora não tenha demonstrada uma eficácia de forma consistente, é um gás que realiza o transporte de Oxigénio diminuindo a resistência do fluxo de ar nas vias aéreas, melhorando a ventilação alveolar⁹⁷.

Esta vertente direta da prestação de cuidados, um processo ao qual eu tinha também como objetivo de aprendizagem, foi sendo construído para uma autonomia no conhecimento e processo de tomada de decisão. Podemos sempre melhorar, assim obriga a nossa prática profissional, mas considero que cheguei a um bom nível do meu desenvolvimento.

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

Não foi possível vivenciar nenhuma situação de emergência e catástrofe, no entanto, foi proporcionada a consulta do plano de emergência do hospital e do serviço, e o debate que se iniciou, potenciou um pensamento abrangente sobre o que é uma situação crítica, e o tipo de resposta que deva ser dado nestas situações e quais os perigos com maior probabilidade de acontecerem.

Foram exploradas as várias hipóteses de extração de pessoas, os tempos necessários, e a questão das pessoas ventiladas. A UCI fica um piso acima da saída mais próxima, com escadaria. Tem uma saída que dá acesso direto ao SU, sendo necessário descer escadas. Nas traseiras da UCI é um edifício de 4 andares. Todos estes aspetos condicionam uma extração rápida das pessoas, assim como os meios para o fazer visto as pessoas estarem muitas vezes totalmente dependentes. Perante estas condicionantes, o EEEMC na área de especialização da PSC, no seu processo de liderança é essencial para a definição das prioridades e gerir os cuidados necessários, atribuindo papéis aos membros da equipa, realizando uma avaliação e articulação de forma contínua da eficiência da equipa, reajustando a resposta face à evolução da situação de emergência ou catástrofe³.

V.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A prevenção e controlo de infeção na UCI é uma prática muito enraizada. Neste sentido, utilizamos os EPI sempre na abordagem a Pessoa, a desinfeção das mãos e do material reutilizável que foi utilizado, a utilização de desinfetantes cutâneos e a lavagem das mãos nos momentos preconizados, foram tudo práticas que foram respeitadas ao longo dos turnos. A iatrogenia nos cuidados de saúde relacionados com a infeção é uma realidade, mas neste contexto a assepsia é respeitada em todos os pormenores⁹⁸. Estima-se que em 2023, cerca de 8,9% das pessoas internadas por ano, que corresponde a 94 mil pessoas, contraíram pelo menos uma infeção hospitalar⁹⁸. À entrada a pessoa é submetida a um painel de pesquisa de infeção, onde se pretende perceber se há ou não colonização, como por exemplo por MRSA, e se houver, fica documentada a infeção e tomam-se medidas de tratamento e de isolamento para se prevenir a infeção cruzada. Na manipulação de sistemas de risco de infeção, como o Cateter Venoso Central, são desinfetados previamente, realizada técnica *num tuoch*. Estes são alguns dos pormenores que fazem a diferença no cuidado e no controlo de infeção que estão enraizados na prática desta UCI. Esta vivência foi importante, pois permitiu mostrar que há tempo para estes aspetos do cuidado e que são fundamentais para a não maleficência da pessoa. A par destas intervenções, existiu, como já referido anteriormente, a consulta de protocolos relativos à prevenção e controlo de infeção e a atuação como está preconizado.

VI. Percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência

VI.1. Contextualização do campo de estágio, Serviço de Urgência

O último estágio decorreu no SU de uma unidade hospitalar na Área Metropolitana de Lisboa, inserida numa Unidade Local de Saúde, com uma resposta em saúde diversificada a 345 mil habitantes classificada como centro de trauma. A classificação enquadrada na legislação, onde tem como competência uma abordagem e tratamento sistematizado e definitivo a uma PSC politraumatizada grave, assegurando os cuidados nas mais diversas especialidades médicas e cirúrgicas, acumulando também como sendo um centro específico, neste caso em concreto no domínio da Oxigenação por Membrana Extracorporal (Centros de ECMO), e por fim, ainda assume a receção da população pediátrica politraumatizada¹⁵.

A equipa do serviço é composta por 129 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor e uma equipa de apoio à gestão com mais três enfermeiros. A equipa onde me encontro inserido conta ainda na sua constituição com um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, existindo pelo menos um enfermeiro desta especialidade em cada equipa. Este serviço dispõe, de três zonas de reanimação e de setores que têm as pessoas alocadas consoante o seu grau de prioridade perante a triagem de *Manchesrer*. Os rácios estão definidos para os setores, no entanto este pode não ter em conta outros aspetos como o grau de dependência e o tempo necessário para o atendimento dessas pessoas.

A equipa de enfermagem age como um elo importante de ligação entre as várias equipas multidisciplinares, gerindo todos os aspetos funcionais da pessoa que tem ao seu cuidado. As equipas de especialidades estão de chamada, tendo em permanência uma equipa de medicina interna.

Este que foi o último contexto de estágio, realizado maioritariamente na sala de reanimação, representou uma oportunidade determinante para o desenvolvimento de competências na abordagem à PSC. Este ambiente clínico destacou-se pela complexidade dos cuidados prestados e pela necessidade de uma atuação rápida e fundamentada por parte da equipa de enfermagem, sendo esta muitas das vezes determinante na diferença entre a vida e a morte.

A observação e integração na equipa permitiram compreender a importância da primeira abordagem que o enfermeiro realiza neste contexto, bem como a relevância do conhecimento especializado e da rápida tomada de decisão face a situações de elevada gravidade, tais como vítimas em choque hemorrágico ou politraumatizados graves.

Durante este período de estágio, foi possível consolidar e aprofundar aprendizagens em áreas mais específicas da PSC, como sendo a eletrocardiografia, vias verdes (trauma, coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC)), protocolos complexos como o Dador de Coração Parado (DCP); estratégias de comunicação com a pessoa internada e a problemática da gestão da dor, cujas dificuldades se encontram amplamente descritas na literatura.

Foi um estágio que contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e reflexivas em contexto de urgência e emergência, reforçando a compreensão do domínio da ação do enfermeiro na intervenção à PSC e a necessidade de constante atualização de conhecimentos nesta área de modo a fazer face à complexidade de situações presentes nas pessoas que ficam internadas neste espaço.

VI.2. Diagnóstico de Situação Serviço de Urgência

Um primeiro momento antes da realização do estágio foi realizado uma reunião com o enfermeiro gestor do SU, na qual foi transmitido que existia uma abertura por parte de toda a equipa de enfermagem para a sensibilização e melhoria nos processos de avaliação, monitorização e implementação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. Após a reunião, e observando a preocupação para uma melhoria da gestão da dor no SU, realizei uma análise *SWOT*⁹⁹ de forma a analisar e posteriormente delinear as melhores estratégias para a implementação do projeto, (Apêndice O). Esta ferramenta permite identificar, de forma clara, os pontos fortes e fracos de uma organização (fatores internos) e as oportunidades e ameaças do ambiente externo⁹⁹. Os pontos fortes devem ser potenciados, e as fraquezas corrigidas para evitar impactos negativos⁹⁹. As oportunidades representam possibilidades de crescimento e adaptação, enquanto as ameaças são riscos externos que podem comprometer o desenvolvimento⁹⁹. A construção desta análise e a sua aplicação deve ser complementada com outras ferramentas de análise para que esta seja mais completa⁹⁹.

Posteriormente realizei a análise *SWOT* cruzada (ou análise *TOWS*), onde através do cruzamento dos elementos internos, forças e fraquezas, que são aqueles que estão no domínio do contexto e podem ser alterados, com o contexto externo, oportunidades e ameaças, que são os que não estão no controlo do contexto, mas podem ser aproveitados para melhorar o contexto interno. Esta análise foi então realizada com o objetivo de identificar estratégias com uma aplicabilidade na prática clínica, (Apêndice P).

Após esta análise foi elaborado um plano um projeto de atividades e um cronograma (Apêndice Q e R) que foi apresentado no início do estágio. No decurso do estágio foi elaborada uma ação de formação sobre as intervenções não farmacológicas no domínio da gestão da dor no SU, que partiu da necessidade por parte dos enfermeiros pela nesta área de cuidados (Apêndice S), com uma questão referente a sugestões para a melhoria da gestão da dor neste contexto e posteriormente foi elaborado um projeto de melhoria contínua, (Apêndice T).

VI.3. Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto de Serviço de Urgência

VI.3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

O estágio no SU foi desafiador no domínio da prática ética legal. O enfermeiro tem de ter dentro de si enraizados os princípios da profissão e da sua deontologia profissional para que possa realizar uma prática pensada, questionada e refletida sobre questões do domínio ético-legal. São constantes as solicitações no domínio da ação relativas a protocolos avançados, que exigem do enfermeiro especialista tomadas de decisão que respeitassem os direitos humanos e a dignidade da pessoa cuidada num momento de grande vulnerabilidade. A deontologia dos enfermeiros portugueses tem explanado que o enfermeiro realiza as suas intervenções preocupado com a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana⁶⁶. Recordo um momento em que na sala de reanimação se tomava uma decisão em equipa multidisciplinar sobre um protocolo para a inclusão em DCP de um jovem que se encontrava em Paragem Cardiorrespiratória (PCR). A decisão da entrada para DCP está protocolada e é segundo o protocolo de Maastricht e encontra-se regulamentada no Despacho n.º 9063/2017 de 13 de outubro do Secretário de Estado Adjunto da Saúde, relativo à preservação e colheita de órgãos em dadores de coração parado, as disposições do Despacho n.º 14341/2013 de 6 de novembro (Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde). A questão colocada foi o conhecimento que os enfermeiros teriam para tomar esta decisão. Com base nesta situação, foi elaborada uma

reflexão (Apêndice U), onde se concluiu com recurso à literatura consultada, que perante esta situação, o enfermeiro pode verificar a morte em conjunto com os outros membros da equipa multidisciplinar face aos dispositivos de monitorização e à sua observação clínica, no entanto, do ponto de vista legal, esta verificação e certificação apenas é válida quando efetuada pelo médico.

A oportunidade de poder refletir com a Enfermeira SC nos temas como a tomada de decisão, consentimento informado, e de decisões que foram tomadas em cenários de reanimação foi uma constante no meu estágio em SU, onde fui construindo o meu processo de tomada de decisão neste contexto, e que em situações limite, os princípios, normas e a deontologia profissional tem de estar presente para que se possa nortear um processo de decisão e refletir e aprender sobre o que dele resultou.

Outro momento em situação limite, foi a receção de um homem, estrangeiro, em PCR, que recuperou circulação espontânea, no entanto, o seu estado neurológico permanecia desfavorável, tendo sido proposto para inclusão no protocolo de neuroprognosticação e foi transferido para a UCI. Face a evidência atual, este protocolo mais que a hipotermia, foca-se em manter a normotermia e prevenir a febre, reavaliando a lesão cerebral após 24h¹⁰⁰. À chegada, a família, mantinha a esperança de que a situação tivesse uma evolução favorável. A primeira barreira a ultrapassar foi a da língua. O Inglês era de comum entendimento de ambas as partes, mas a fala e a compreensão dos familiares num nível baixo. Para a comunicação de que a evolução tinha um prognóstico muito reservado, foi seguido o protocolo SPIKES¹⁰¹, proporcionando um espaço mais tranquilo para se conversar, questionei o que a pessoa sabia, a informação que desejava saber, sendo que as pessoas desejavam saber se era uma questão demorada, pois uma das preocupações era onde ficar no decorrer do internamento. Transmiti informação de forma clara, gradual, sucinta, e no final da comunicação, ao observar a angústia na esposa, dei-lhe um abraço, porque onde as palavras pudessem falhar, senti que ambos necessitávamos daquele encontro, (futuro) enfermeiro especialista, familiar em sofrimento.

O desenvolvimento da prática profissional ética e legal na área da especialidade é a base de toda a ação do enfermeiro. O enfermeiro e o enfermeiro especialista agem de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais no decorrer da sua tomada de decisão que precede a ação, sendo esta uma responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista no domínio da sua ação e da transmissão de conhecimento para uma tomada de decisão fundamentada.

VI.3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

A definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela OE, é considerado um desafio na melhoria proporcionada nos cuidados às pessoas e também pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional¹⁰². A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício de enfermagem, é um dever das instituições de saúde e dos enfermeiros especialistas no domínio das suas competências¹⁰². A procura incessante pelo exercício profissional de excelência, o enfermeiro é central na eficácia da organização dos seus cuidados, dependendo de um quadro de referências que oriente a sua prática, de sistemas de melhoria contínua da qualidade e de registos de enfermagem que integrem de forma sistemática as necessidades das pessoas cuidadas, as intervenções realizadas e os resultados obtidos¹⁰². Acresce ainda a importância da satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício profissional, da adequação do número de profissionais às necessidades de cuidados, da implementação de políticas de formação contínua que promovam o desenvolvimento profissional e da utilização de metodologias de organização que favoreçam a qualidade dos cuidados prestados¹⁰².

No SU, a avaliação da dor é dificultada pela sua subjetividade, sendo essa avaliação mais objetiva se existir o auto-relato³⁰. A preocupação dos enfermeiros no SU é constante, e uma intervenção atempada na gestão da dor. Todas as pessoas por mim cuidadas em contexto de urgência com capacidade de verbalizar, foi avaliada a dor e em caso de estar presente, foram realizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Por vezes, a analgesia não estava prescrita, sendo necessário contactar o médico para que com base na avaliação realizada por mim fosse prescrita. Destaco nas intervenções não farmacológicas a comunicação eficaz e a partilha de informação respeitante ao cuidado, sendo este um fator que permitia diminuir a ansiedade e a dor. De modo a fomentar estas intervenções, foram realizadas pesquisas e foi elaborado um projeto de melhoria contínua para implementação no serviço (Apêndice T).

A sala de reanimação possui três vagas, com a possibilidade de criação de uma quarta vaga face a uma resposta de exceção. Esta reanimação assumia a receção da PSC politraumatizada pediátrica. Embora não fosse o foco do estágio, estas situações revelam que o EEEMC, na área de especialização da PSC, tem de estar preparado para lidar com todo o género de PSC. Prestava cuidados a um politraumatizado pediátrico, na sua receção, quando entrou para a outra vaga uma vítima de enfarte que desenvolveu um

quadro de fibrilação ventricular, tendo sido prontamente desfibrilhado e recuperado o ritmo. Esta situação fez-me refletir sobre as dotações que são calculadas por número de vagas e não por tipologia de pessoa a ser cuidada. Existem poucos estudos relacionados com a dotação dos enfermeiros na sala de reanimação, mas a literatura consultada refere que por vezes, para a realização de cuidados de enfermagem de qualidade, pode ser necessário um número maior de enfermeiros nas horas de maior afluência¹⁰³.

Apliquei uma escala, *Jones dependency tool*¹⁰⁴, cuja finalidade era estimar a carga da assistência à PSC real pelos enfermeiros, e a partir da análise de resultados verificar, de forma fundamentada, a necessidade ou não da existência de mais enfermeiros na prestação de cuidados neste espaço da urgência, promovendo um ambiente seguro com uma dotação adequada para os momentos de cuidados mais exigentes. Os resultados foram que a dotação no momento da receção da PSC, muitas vezes não é suficiente para as intervenções que são necessárias que foram observadas, agravando-se quando existem situações emergentes em simultâneo. Adicionalmente, há situações em que ambos os profissionais são exigidos simultaneamente para uma única pessoa, deixando as restantes vagas sem um profissional alocado (Apêndice V).

VI.3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

No SU, onde se encontra uma variedade de profissionais cujo objetivo é dar resposta à pessoa que procura os cuidados de saúde, o enfermeiro na sala de reanimação é um elemento central em toda a gestão e articulação das várias equipas e do circuito que a pessoa irá seguir neste contexto.

Tive a oportunidade de aprofundar as minhas competências de gestão dos cuidados e da equipa de enfermagem no contexto de estágio no SU, onde realizei turno com o chefe de equipa. O SU é complexo, quer na sua estrutura física, quer na gestão das pessoas que a ele se dirigem à procura de cuidados.

No início do turno, o chefe da equipa que vai iniciar o turno, ajusta a distribuição dos enfermeiros pelos setores, passa alguma mensagem importante que possa existir. O enfermeiro que acompanhei, mostrou a organização que utiliza para realizar a distribuição. Numa folha de cálculo, tem toda a informação sobre os profissionais a realizar aquele turno relativas às funções que desempenharam e necessidades manifestadas. Este registo permite mapear os enfermeiros, equilibrar as suas funções no

SU tendo em conta a especificidade dos postos, e potenciar as aprendizagens a desenvolver.

Após esta passagem, reúne-se com o chefe de turno do turno que cessa para passar as ocorrências, que consiste no número de pessoas em cada posto, alguma especificidade de alguma pessoa em particular relacionada com o cuidado, ou alguma situação a decorrer ou que irá acontecer e as pessoas que necessitam ou têm pedido transporte para o domicílio ou lar. Esta passagem é feita enquanto circulam pelo SU.

Após esta passagem, o chefe de equipa de urgência do turno realiza a distribuição dos Técnicos Assistentes Operacionais.

No decorrer do turno, o chefe de urgência gere tudo o que é necessário para o SU funcionar. Questões de material, chegada de pessoas emergentes, articulação com outros serviços, organização e reorganização dos enfermeiros. Também dá assessoria aos enfermeiros na realização de procedimentos, e está sempre presente mantendo um ambiente positivo entre a equipa.

Recordo uma situação, onde foi informado a chegada de uma pessoa helitransportada. Não se sabia mais informação, apenas a hora de chegada. O papel do enfermeiro chefe de equipa foi crucial para o correto encaminhamento da criança, pois contactou as diversas especialidades, conseguiu saber ao cuidado de que especialidade era o transporte. A especialidade em questão nunca havia estado nesta situação, por isso desconhecia os procedimentos. O enfermeiro organizou a receção da pessoa, o seu acolhimento no SU, alocando enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde e equipamentos para esse cuidado. Articulou com a equipa médica a receção e a transferência para o serviço destino. A coordenação da equipa multidisciplinar foi feita inteiramente pelo enfermeiro chefe de equipa, e melhorou o fluxo da informação para que fossem tomadas as melhores decisões no cuidar.

Estas experiências de contacto com a liderança e a gestão das equipas de enfermagem e a articulação com os outros profissionais, permitiu-me observar e adquirir conhecimentos, tendo em mente a importância de ser respeitador, influente, comunicativo, respeitar os princípios éticos de forma que possa construir confiança na equipa que possa liderar e através de um ambiente positivo e de respeito possa gerar uma influência que se quer de participação na tomada de decisão tendo como objetivo a constante melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC.

VI.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

Mediante a representação e interpretação crítica do contexto prático vivenciado, a formação clínica assume-se como um momento estruturante no processo de aprendizagem, sustentando a transformação social da profissão e, sob a perspectiva do futuro enfermeiro, promovendo a construção da cultura profissional e da identidade coletiva¹⁰⁵, proporcionando cuidados seguros e de qualidade.

O desenvolvimento da minha prática clínica no SU, uma das maiores dificuldades foi o facto de ser uma equipa de enfermagem com muitos elementos, que atuam num contexto de interdisciplinaridade, sendo um fator que eleva a importância da formação, mas esta tem de ser uma constante para que os profissionais continuem a desempenhar as suas intervenções com qualidade. Os profissionais conheciam as pessoas, tinham em atenção o seu contexto e valorizavam todos os segundos de relação. Tendo por base a observação, e valorizando as intervenções autónomas por parte dos enfermeiros, mantendo a minha área de interesse, realizou-se uma pesquisa sobre as intervenções não farmacológicas no SU. A pesquisa foi a base da construção de uma ação de formação (Apêndice S). No questionário de avaliação da ação de formação, (Apêndice S), os enfermeiros consideraram que a formação foi muito ou extremamente útil para a sua prática clínica, (28,6% e 71,4%, respetivamente). Foi também realizada uma questão aos enfermeiros no final da sessão de formação sobre a dor, à questão “Na sua opinião, qual o principal fator que poderá influenciar a gestão da dor no SU?”, as respostas variaram entre o conhecimento e as estratégias para essa gestão, o volume de trabalho, o tempo e os recursos, a comunicação, a necessidade da criação de protocolos de administração de analgesia, sendo estas importantes para a implementação de melhorias na gestão da dor, que deram corpo ao projeto de melhoria contínua (Apêndice T), anteriormente referido.

No processo de conhecimento de como agir ao longo dos estágios, tal como está plasmado na deontologia profissional, onde em diálogo com os supervisores pedagógicos, analisei o decurso da ação e nas limitações identificadas, agindo de forma a ultrapassá-las⁶⁶.

VI.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica

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

O contexto do SU foi desenvolvido na maior parte do tempo na sala de reanimação. Este contexto requer por parte dos enfermeiros uma rápida resposta face ao clima de imprevisibilidade e incerteza, requerendo conhecimento e concentração, rapidez no pensamento e na tomada de decisão, concretizando a intervenção de forma eficaz¹⁰³. As admissões, por vezes simultâneas, exigem um apoio de outros enfermeiros, pois os que estão escalados podem não ser suficientes em momentos de elevada afluência¹⁰³. Estes momentos exigiram um rápido pensamento e a mobilização dos conhecimentos adquiridos anteriormente de forma a fazer face às situações vivenciadas. Uma dessas situações foi a entrada de uma pessoa diretamente da zona de prioridade urgente, por uma crise convulsiva após ingestão voluntária de medicamentos. As restantes vagas careciam de uma vigilância e intervenção por parte dos enfermeiros já alocados. A enfermeira que trouxe a pessoa iniciou uma rápida administração de Oxigénio enquanto eu aspirei a via aérea. Monitorizei, e coloquei um acesso venoso periférico, enquanto a enfermeira entubou nasogástricamente para uma drenagem do conteúdo. A mãe assistiu a todos estes cuidados e determinada altura iniciou um quadro de choro. Foi encaminhada à sala de espera por um outro enfermeiro que chegou. Iniciou-se uma lavagem gástrica a administração de carvão ativado. A pessoa recuperou o estado de consciência. A abordagem centrou-se na manutenção da permeabilidade da via aérea, assegurar a ventilação e a oxigenação, manter a circulação adequada e diminuir a absorção¹⁰⁶. Após a estabilização da pessoa, saí e falei com a mãe que havia presenciado os cuidados. Dei continuidade aos primeiros socorros psicológicos que já haviam realizado, tendo sido retirada da zona da prestação de cuidados¹⁰⁷. Toquei no ombro, mostrei-me disponível, e expliquei de forma clara e simples os cuidados que haviam sido realizados, o porquê e a recuperação do estado de consciência¹⁰⁷. A mãe ficou mais tranquila. Pediu-me se a podia acompanhar a ver a filha, ao que respondi que seria possível e acompanhei-a à sala de reanimação, onde ficaram as duas. Senti que queriam estar sós, retirei-me indicando o local onde estava caso fosse necessário.

Prestei ainda cuidados a pessoas que necessitavam de SAV, DCP, Politraumatizados, tanto adultos como pediátricos, choque séptico e hemorrágico, tudo situações que

presenciei, e vivenciei como parte integrante da equipa de cuidados. Foram ainda prestados cuidados foram em pessoas em situação emergente, de grande instabilidade hemodinâmica, onde em alguns casos pude fazer parte dos protocolos como o da via verde AVC¹⁰⁰, DCP¹⁰⁹, ou via verde coronária¹¹⁰. As vias verdes têm como objetivo uma efetivação do tratamento médico em tempo útil, com um correto encaminhamento logo no PH, identificando os sintomas, avisando a unidade de destino para que esta esteja pronta para receber a pessoa. Em algumas destas situações, o enfermeiro é o responsável pelo transporte intra-hospitalar destas pessoas, nos quais pude participar, como a ida à sala de hemodinâmica, TAC e transferência para os cuidados intensivos.

Também desenvolvi a prática na gestão da dor, onde pude aplicar os conhecimentos pesquisados, mas acima de tudo, vivenciar as experiências que já tinha pesquisado na percepção dos enfermeiros sobre a dificuldade na gestão da dor. Os enfermeiros deparam-se com tomadas de decisão na gestão do serviço num ambiente de triagem, e os desafios que encontram na gestão da dor, como sendo um número insuficiente de profissionais, arquitetura do serviço, ausência de protocolos, foram experienciados por mim^{111, 112, 113}. Esta vivência foi importante, pois pude identificar-me em alguns momentos com a pesquisa realizada e se encontrava referido na literatura e compreender dando corpo à razão daquela situação. Esta situação foi também o motor para potenciar a utilização das intervenções autónomas do enfermeiro, como sendo as intervenções não farmacológicas, que não sendo eficazes na eliminação de uma dor severa, quando centradas na pessoa e integradas numa estratégia multimodal otimizam as intervenções farmacológicas^{79, 114, 115}.

A comunicação como ferramenta de cuidados por parte do enfermeiro, e tal como referi, tentei sempre estabelecer uma relação de confiança, onde o propósito de envolver a pessoa ou os familiares nos cuidados penso ter sido alcançado.

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

O SU deve estar preparado para fazer face a uma situação de exceção externa ou interna. Este SU central, encontra-se na capital do país, e para além da resposta que casuística diária, tem de estar preparado para fazer face a uma situação de exceção. A pertinência da existência de um plano de emergência é um documento organizador da ação para a instituição que terá de lidar com a chegada de doentes emergentes num momento de crise, num serviço que já está no máximo da capacidade de atendimento¹¹⁶. Sendo a instituição um centro de trauma, a pertinência de um plano que tipifique as

catástrofes, articule os diferentes níveis de cuidado, e regule a atuação nestas situações, têm como objetivo garantir uma eficaz resposta e uma redução da morbilidade^{117, 118}.

No dia que passei com o enfermeiro chefe de equipa pudemos observar do ponto de vista teórico a ativação do plano, os materiais para o fazer, o seu condicionamento e os aspetos a ter em atenção. Foi de suma importância este momento para saber a resposta do hospital num primeiro momento a uma catástrofe. Perante situações de emergência/catástrofe, exige-se uma resposta rápida e eficiente, sustentada no conhecimento dos profissionais e na realização de simulacros que reforcem a capacidade de atuação, sendo os enfermeiros profissionais chave nestas situações¹¹⁹. O plano possui os três níveis de atuação definidos pela Direção Geral de Saúde, assim como a tipificação dos níveis de ativação e respetivas mensagens. Os circuitos de materiais, profissionais e pessoas encontram-se definidos, estando também prevista a comunicação com famílias e órgãos de comunicação social em espaços designados para o efeito.

No decorrer do estágio, perante uma situação de PCR, onde pela história recolhida no local, poderíamos, alegadamente, estar na presença de um crime. Esta situação, gerou algumas incertezas na preservação de vestígios criminais. Fui um elemento diferenciador, pois na componente académica tinha abordado esta temática. Como forma de divulgar a atuação dos enfermeiros nestas situações, elaborei um vídeo para ser divulgado pelos enfermeiros do serviço de como identificar e atuar na preservação de possíveis vestígios criminais¹²⁰ (Apêndice X).

VI.4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O enfermeiro é fundamental para a prevenção e controlo de infeção, bem como, nos cuidados que realiza à pessoa com suspeita de infeção, como sendo a Sepsis¹²¹. A ação do enfermeiro visa impedir a propagação da infeção a terceiros, e a evolução da mesma na pessoa contaminada¹²¹. A implementação de ações que tenham como objetivo a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde são essenciais no contexto do SU¹²¹.

No decorrer da minha ação, a prevenção e controlo de infeção foi mantida, mesmo sendo este um contexto emergente. Foram colocados os EPI sempre na abordagem a Pessoa, a desinfeção das mãos e do material reutilizável que foi utilizado, a utilização de

desinfetantes cutâneos e a lavagem das mãos nos momentos preconizados, foram tudo práticas que foram respeitadas ao longo dos turnos. No SU, a Via Verde Sépsis¹²² havia sido desativada na última pandemia e desde então não fora reativada. Fora prestado cuidados a pessoas em situação crítica identificadas com critérios de ativação da via verde sépsis no PH, ou na reanimação, após a avaliação da pessoa, preencher esses critérios¹²². Questionei sobre esta importante ferramenta de atuação, tendo sido informado que se encontrava em fase de reativação. No entanto, para as pessoas em choque séptico realizei intervenções com base na detecção atempada de uma possível Sépsis, monitorizar e intervir nos focos de instabilidade hemodinâmica, e em articulação com a equipa médica intervir do ponto de vista farmacológico, como a antibioterapia, o controlo de temperatura, medicação vasopressora, administrar oxigenoterapia, colher amostras para identificação do agente infeccioso e avaliação do lactatos séricos, oxigenação e equilíbrio ácido base, colaborar na colocação de dispositivos médicos como sendo linha artéria, e cateter venoso central^{123, 124}. As intervenções do enfermeiro são fundamentais para impedir a evolução da deterioração clínica, e com a sua vigilância identificar possíveis focos que possam existir, intervindo na estabilização hemodinâmica e na identificação do agente, realizando cuidados de proximidade de qualidade.

Este percurso de aquisição de competências, com base numa prática clínica baseada na evidência e a reflexão na ação, bem como a variedade de contextos e de experiências vivenciadas, foram determinantes para o atingir das competências específicas de enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização da PSC. Um percurso que foi um desafio, sair da zona de conforto e confrontar-me com um circuito da PSC, que reconheço ser uma mais valia para a compreensão da globalidade da intervenção do enfermeiro nesta população e a diferença que uma vigilância com conhecimento e a rápida tomada de decisão que conduz à intervenção, poderá, em muitos momentos, ser a diferença entre a vida e a morte.

VII. Percurso de desenvolvimento das competências de mestre

Não se nascendo enfermeiro, e sendo uma profissão que requer uma habituação ao contacto com o humano, cada pessoa é indissociável do seu ser quando está na prestação de cuidados, devendo por isso, ser capaz de se interrogar o modo como vê as situações, retirar os juízos já concebidos, e interrogar-se sobre o acontecimento, dando espaço para uma modificação do fazer, estando assim o profissional em constante desenvolvimento⁸¹. Esta autoconsciência de si pessoal e profissional, colocam a necessidade de percorrer um caminho cognitivo de pensamento, de se focar e perceber o movimento⁸¹.

O grau de mestre¹²³ é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto--orientado ou autónomo.

Uma das maiores dificuldades é a aplicação dos resultados da investigação para a prática clínica, beneficiando as populações no cuidado recebido e as organizações nos seus processos de gestão dos cuidados oferecidos¹²⁴. Esta transferência de resultados foi sendo colocada em prática na disseminação de conhecimento ao longo dos estágios, bem

como na realização de trabalhos do foro académico que permitiram dar resposta a questões relacionadas com o cuidado. Questões como a tomada de decisão no contexto PH (Apêndice Z), a distanásia em cuidados intensivos (Apêndice AA), Segurança na preparação de medicação endovenosa (Apêndice BB), resultaram de processos de investigação entre pares de forma a dar uma resposta de cuidados de acordo com a mais atual evidência científica.

Outro meio de divulgação do conhecimento foram as jornadas de enfermagem, nas quais pude participar com um Poster Científico no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!", com o tema Intervenções não farmacológicas na PSC em contexto de UCI (Apêndice M). Ainda neste contexto da divulgação, participei no "ArticleBinar", promovido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, intitulado Gestão da Dor na UCI - Perceção dos Profissionais de Saúde (Apêndice CC). Estes dois trabalhos visaram em concreto a minha área de interesse, a dor na PSC.

Ainda na área de interesse da gestão da dor da PSC, encontra-se em fase de aplicação a escala KASRP⁸, de forma a identificar o conhecimento dos enfermeiros na avaliação e gestão da dor, sendo um diagnóstico de situação que permita a elaboração e aplicação de programas de formação que são uma mais-valia nesta área^{38, 39}. Esta escala está em processo de aplicação nos três contextos, PH, UCI e SU (Anexo A).

Outro processo de investigação é a revisão de literatura, que é realizada através da pesquisa de livros, artigos, bases de dados eletrónicas ou outra fonte considerada relevante, sobre um determinado tema ou área de investigação, que visa fornecer um resumo de uma avaliação crítica dos trabalhos selecionados face a um problema que inicialmente se colocou em forma de questão de investigação¹²⁵. Os objetivos da revisão são contribuir para uma compreensão do problema, descrever as várias relações entre as várias obras, identificando novas maneiras de resolver o problema ou revelar lacunas existentes, podendo ser o início de um novo caminho de investigação¹²⁶. Foi realizada uma *scoping review* sintetizando o conhecimento existente sobre a perceção dos enfermeiros sobre os factores que influenciam a gestão da dor no SU, "*Nurses' Perceptions of Factors Influencing Pain Management in Emergency Departments: A Scoping Review*" (Apêndice EE), tendo sido submetida à revista "*Pain Research and Management*".

Com base nesta revisão, foi criado um questionário para ser aplicado a nível nacional, que está em fase de apreciação pela OE, intitulado “Avaliação dos fatores que influenciam a gestão da dor por parte dos enfermeiros em serviços de urgência” (Anexo B).

Esta materialização de investigação surgiu a partir de problemáticas do dia a dia de cuidados e tiveram como objetivo um aprofundamento de uma prática especializada, e a melhoria dos cuidados nas pessoas através da comunicação dos conhecimentos aprendidos. Foram os momentos mais formais, mas ao longo de todo o percurso o enfermeiro especialista é uma referência no cuidar e um percursor do desenvolvimento dos cuidados através de uma prática baseada na evidência científica.

VIII. Considerações finais

A transposição para a escrita de uma componente de estágio prático revelou-se um desafio pela multiplicidade de atividades realizadas, de cuidados prestados, aprendizagens adquiridas e competências desenvolvidas.

O percurso está interligado como uma rede que compõem o pensamento, que analisa o momento, integra o que está para trás e antevê o futuro. A tomada de decisão do EEEMC, na área de especialização da PSC, reveste-se de especial importância nos momentos em que a vida depende da pronta intervenção. O percurso nos vários campos de estágio, PH, UCI e SU, foi ao encontro das competências que são necessárias atingir nesta área de especialização da enfermagem competências essas que considero ter atingido, tal como demonstrado ao longo do relatório.

Na área da dor e do conhecimento do enfermeiro sobre as suas intervenções, foi possível observar o conhecimento e o foco colocado nas intervenções farmacológicas. Este objetivo foi atingido, na medida em que realizei um percurso onde realcei que as intervenções de enfermagem não farmacológicas devem ser integradas numa estratégia multimodal para aumentar a sua eficácia na gestão da dor. Esta abordagem, centrada na pessoa, destaca a importância da relação terapêutica baseada em confiança e comunicação eficaz. A sua implementação, de baixo custo e relativamente simples, depende do apoio da organização, da formação contínua dos profissionais e da valorização dos cuidados de enfermagem. Procurei também junto das lideranças dos serviços que, de forma sólida, fossem reconhecidos esses cuidados como sendo uma prioridade para que no futuro contribuíssem para melhorar a prática clínica e promover uma cultura de cuidado mais humanizada. Estes cuidados, bem como as outras áreas de intervenção e sensibilização junto dos pares ao longo do estágio, contribuíram de forma positiva para a prática de uma enfermagem mais próxima do cuidado de qualidade, aumentando a satisfação da pessoa e a pronta intervenção no momento crítico, mitigando a sua deterioração e conduzindo a uma estabilização e posterior recuperação.

Deparei-me com serviços recetivos à mudança para uma prática clínica com base na evidência científica, que como finalidade tem a melhoria dos cuidados à PSC, no entanto, a limitação do tempo concedido ao estágio e a multiplicidade de áreas de intervenção, não permitiu desenvolver um trabalho profundo na implementação dos projetos de melhoria, ficando a continuidade dos mesmos assegurada por elementos designados pela equipa de gestão.

Os projetos iniciados neste percurso têm uma continuidade no tempo, como sendo a aplicação da escala KASRP, a aplicação do questionário a nível nacional sobre Avaliação dos fatores que influenciam a gestão da dor por parte dos enfermeiros em serviços de urgência e o caminho de publicação e divulgação da revisão de literatura.

A conclusão deste relatório é apenas o encerramento de uma fase do percurso profissional de constante aprimoramento rumo à excelência do cuidado, que transportarei agora para o meu contexto de prática clínica, agindo como influenciador da melhoria dos cuidados realizados e na continua dignificação e reconhecimento da importância do enfermeiro e da profissão de enfermagem.

IX Referências Bibliográficas

1. Espiney LMCA. Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros [tese de doutoramento]. 1999.
2. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.^a série. 2019 fev 6;(26):4744–50. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.^a série, n.º 135, p. 19359–70, 16 jul 2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
4. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
5. Ferri P, Gambaretto C, Alberti S, Parogni P, Rovesti S, Di Lorenzo R, et al. Pain management in a prehospital emergency setting: a retrospective observational study. J Pain Res [Internet]. 2022 Oct;15:3433–45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9621014/>
6. Saranteas T, Kostroglou A, Anagnostopoulos D, Giannoulis D, Vasiliou P, Mavrogenis A. Pain is vital in resuscitation in trauma. SICOT-J. 2019;5(28):1–5. doi: <https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028>
7. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Processo assistencial às vítimas de trauma. Lisboa: INEM; 2023.
8. Manuel Batalha L, Cristina Ferreira A, Leonor Ribeiro A, Raposo C, Dias D, Santos J, et al. Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do instrumento “knowledge and attitudes survey regarding pain” (KASRP). OncoNews. 2022 Sep 23;(38):30–9.
9. Nunes L. Fundamentos éticos da deontologia profissional. Rev Ordem Enfermeiros [Internet]. 2008 Dez;(31):35–47. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf
10. Fabbri A, Voza A, Riccardi A, Serra S, De Iaco F. The pain management of trauma patients in the emergency department. J Clin Med [Internet]. 2023 May 5;12(9):3289. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/9/3289>

11. António C, Santos E, Cunha M, Duarte J. Psychometric study of the Nursing Care Scale for Pain Management. *Rev Enferm Refer*. 2019 Sep 30;IV Série(No 22):51–62.
12. Silva Alves SP, Romão da Veiga-Branco MA. Intervenções não farmacológicas de enfermagem na gestão da dor em doentes em urgência básica. *Servir*. 2023;2(06):e30277. doi:10.48492/servir0206.30277
13. Machado H. Organização e gestão no serviço de urgência. In: Coimbra N, editor. *Enfermagem de urgência e emergência*. Lisboa: Lidel; 2021. p. 3–12.
14. Ministério da Saúde (PT). Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março. Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*. 2002 Mar 6;Série I-B(55):1865–6. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
15. Ministério da Saúde (PT). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*: 2.ª série. 2014 Aug 11;153:20673–8. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
16. Kolcaba K. The art of comfort care. *Image J Nurs Scholarsh*. 1995;27(4):287–9. doi:10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x
17. Apóstolo J. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Rev Referência*. 2009;2.ª série(9):61–7.
18. David Le Breton citado por Figueiredo Lima J. Introdução à história da dor. In: Tavares I, editor. *DOR*. 2016 Apr 1;4:4–10.
19. Figueiredo Lima J. Introdução à história da dor. In: Tavares I, editor. *DOR*. 2016 Apr 1;4:4–10.
20. Sousa PP, Marques R. Conforto e o confortar. In: Henriques EM, coordenadora. *O cuidado centrado no cliente: da apreciação à intervenção de enfermagem*. Porto: AABooks; Braga: Lusodidata; 2021. p. 727–40.
21. Merskey H, Bogduk N, Bonica JJ, Carmon A, et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979;6(3):249.
22. Ordem dos Enfermeiros. *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe_dor.pdf
23. Circular Normativa n.º 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS; 2003.

24. Gélinas C. Pain management challenges in acute and critically ill patients. *AACN Adv Crit Care*. 2019 Dec 15;30(4):318–9.
25. American College of Surgeons Committee on Trauma. *ATLS® Student Course Manual*. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
26. Alson RL, Han K, Campbell JE, eds. *ITLS for Emergency Care Providers*. 9th ed. Burlington: Pearson; 2020.
27. Mota M, Santos MR, Santos E, Henriques C, Matos A, Cunha M. Tratamento pré-hospitalar da dor traumática aguda: um estudo observacional. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2022 Jun 6;35:eAPE039001834. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/YBhHMdJz9b6NcVky8LSvJ8t/?lang=pt>
28. Rito S, Ferreira RJO, Marques N, Frutuoso A, Baptista R. Tempos de resposta e intervenções extra-hospitalar à vítima de trauma maior na Região Centro de Portugal: um estudo retrospectivo. *Acta Med Port*. 2024 Jul 1;37(7–8):526–34.
29. Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar. *Enfermagem no Pré-Hospitalar*. EP01/07. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2007.
30. Mota M, Cunha M, Santos MR, Duarte J, Rocha AR, Rodrigues A, et al. Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*. 2020;2(ed espec nº5):269–79. doi: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257A>
31. Sakamoto JT, Ward HB, Vissoci JRN, Eucker SA. Are nonpharmacologic pain interventions effective at reducing pain in adult patients visiting the emergency department? A systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2018 Apr 23;25(8):940–57.
32. Pota V, Coppolino F, Barbarisi A, Passavanti MB, Aurilio C, Sansone P, et al. Pain in intensive care: a narrative review. *Pain Ther*. 2022 Feb 27;11(2).
33. Habib Zakeri, Pantea Mahtosh, Radmehr M, Roohollah Rahbani, Leala Montazeri, Saba Moalemi, et al. Pain management strategies in intensive care unit: challenges and best practice. *PubMed* [Internet]. 2024 Jan 1;13:1–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11368475/>
34. Sandvik RK, Olsen BF, Rygh L, Moi AL. Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2020 Feb 7;29(9–10):1488–98.
35. Allahbakhshian M, Ilkhani M, Nasiri M, Allahbakhshian A. Nurses' use of non pharmacological pain management methods in intensive care units: a descriptive

- cross-sectional study. *Complement Ther Med* [Internet]. 2021;58:102705. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229921000467>
36. Cazita BS, Souza L, Almeida CG, Polaz DCN, Tavares SS, Contini ICP. Benefícios das terapias complementares no cuidado a pacientes críticos na unidade de terapia intensiva adulto: revisão de escopo. *Scire Salutis*. 2023;13(3).
 37. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência Cuid Saúde* [Internet]. 2007;6:481–7. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5361/3397>
 38. Alotni M, Guilhermino M, Duff J, Sim J. Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: an integrative review. *Aust Crit Care* [Internet]. 2022 Nov;36(5). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S103673142200193X>
 39. Ahmadi S, Vojdani P, MortezaBagi HR. The study of nurses' knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency departments. *BMC Emerg Med*. 2023 Mar 13;23(1).
 40. Mascarenhas JAF, Nascimento CAF do. A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: uma revisão integrativa da literatura. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2022 Jan 13;5(1):617–26. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42610>
 41. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, de Jesús Navarrete-Hernández J, González-Montiel CA. Nurses knowledge and attitude regarding pain: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022 Jun;63:103390.
 42. Wilson B. Nurses' knowledge of pain. *J Clin Nurs*. 2007;16(6):1012–20.
 43. Despacho n.º 9715/2020, de 8 de outubro. *Diário da República* [Internet]. 2020 out [citado 2025 mar 4];196(II):21–25. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9715-2020-144730266>
 44. Ordem dos Enfermeiros. Títulos profissionais [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; [citado 2025 Mar 4]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/t%C3%ADtulos-profissionais/>
 45. Benner P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto; 2001.
 46. Lobão C, Pereira Sousa J, Gonçalves R. Dos dados à tomada de decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. In: Marques R, Néné

- M, Sequeira C, coordenadores. Enfermagem avançada. Lisboa: LIDEL; 2024. Cap. 9.5, p. 418–27.
47. Cardoso A, Brito A. Enfermagem avançada vs prática avançada de enfermagem: uma distinção necessária. *Pensar Enferm.* 2024;28(1):33–42.
48. Amendoeira J. Desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica. In: *Enfermagem avançada*. Lisboa: LIDEL; 2024. p. 21–25.
49. Teixeira AC. Enfermagem baseada na evidência. In: Amendoeira J, editor. *Enfermagem avançada*. Lisboa: LIDEL; 2024. p. 19–24.
50. Teixeira LOH, Carvalho AL, Barroso C. Diagnóstico de situação. In: Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F, Osório M, editores. *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – manual prático* [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [citado 2024 jul 4]. p. 20–27. Disponível em: <https://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>
51. Costa J, Ciuvaneiro J. Conhecimentos vs competências: uma dicotomia disparatada na educação. Lisboa: Guerra e Paz; 2019. p. 38.
52. Perrenoud P. *Pedagogia diferenciada: das intenções à ação*. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 69.
53. Deodato S. Pressupostos jurídicos do exercício da enfermagem em Portugal. In: Ribeiro MJ, Silva LC, eds. *Enfermagem avançada*. Lisboa: LIDEL; 2024. p. 109–16.
54. Billings D, Halstead JA. *Teaching in nursing: a guide for faculty*. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2024.
55. Nunes JR, Moreira J, Pereira E, Moreira C. Qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. In: Ribeiro O, coordenadora, Nené M, Sequeira C, diretores. *Ambientes de práticas de enfermagem positivos: um roteiro para a qualidade e segurança*. Lisboa: LIDEL; 2023. p. 111–23.
56. Organização Mundial da Saúde. *Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Paciente: relatório técnico final*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011.
57. Chora JM, Chora AC. Gestão de pessoas e liderança nos serviços. In: Ribeiro O, coordenadora, Nené M, Sequeira C, diretores. *Ambientes de práticas de enfermagem positivos: um roteiro para a qualidade e segurança*. Lisboa: LIDEL; 2023. p. 52–60.

58. Ordem dos Enfermeiros. Parecer conjunto n.º 01/2017: atribuição de responsável de turno. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
59. Alarcão IT. Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. 2ª ed. Lisboa: Leya; 2015.
60. Malta A, Braga C, Oliveira R, Santos J, Fernandes F, Pereira A, Sequeira C. Enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica: uma scoping review. Rev Investig Inov Saúde. 2025;8(1):1–11. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335>
61. Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. Diário da República: I Série, n.º 126; 2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006>
62. Capacidade de resposta dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde em situações de emergência. Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. 1ª Revisão. Lisboa; 2021. Disponível em: https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/AUD_Memo_Capacidade_resposta_situacoes_emergencia_20220202.pdf
63. Aziz A. Infection prevention and control practitioners: improving engagement. Br J Nurs. 2016;25(6):297–302.
64. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). INEM atualiza missão, visão e valores [Internet]. Lisboa: INEM; 2021 Apr 1 [citado 2024 Nov 23]. Disponível em: <https://www.inem.pt/2021/04/01/inem-atualiza-missao-visao-e-valores/#:~:text=Miss%C3%A3o%3A%20Garantir%20o%20funcionamento%20eficaz%20e%20o%20desenvolvimento,uma%20marca%20de%20excel%C3%Aancia%20no%20setor%20da%20sa%C3%BAde>
65. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Projeto de Suporte Imediato de Vida faz 10 anos [Internet]. Lisboa: INEM; 2017 Oct 16 [citado 2024 Nov 23]. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/10/16/projeto-de-suporte-imediato-de-vida-faz-10->
66. Ordem dos Enfermeiros. Código deontológico dos enfermeiros [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 abr 29]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

67. Petronilho F. Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. 2009 Jan 1.
68. Deodato S. Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Almedina; 2014. p. 290–91.
69. Mota M, Cunha M, Santos MR. O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*. 2020;2(5e):147–52. doi: 10.29352/mill0205e.14.00333. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/19955/15259>
70. Luís L. Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce "ViEWS" e "NEWS" em Portugal [dissertação de mestrado]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3713>
71. Yousefifard M, Mirzazadeh A, Rezai-Mohammad A, Jalili M, Akbari H, Yousefifard H. Pre-hospital pain management: a systematic review of proposed guidelines. *Arch Acad Emerg Med*. 2019;7(1):e55.
72. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). OT.028-01.DEM Orientação Técnica: Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular. Lisboa: INEM; 2023.
73. Montagner G, de Sousa KKI, dos Santos MVF. Acurácia do algoritmo Simple Triage and Rapid Treatment (START) na triagem de acidentes e desastres: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [citado 2025 jan 29];11(15):e314111537234. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/37234/31040/409990>
74. Bortolato-Major C, Mantovani MF, Felix JVC, Boostel R, Silva ÂTM da, Caravaca-Morera JA. Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jun;72(3):788–94.
75. Webinar: Da análise de risco à prevenção de infeção: estratégias no extra hospitalar [Internet]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pPfBBdoDOXI>
76. Webinar: Via Verde Sepsis [Internet]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=yGdL2_PWBBI
77. Teixeira AC, Barbiéri-Figueiredo MC. Qualificação para uma prática de sucesso: investigação e prática baseada na evidência. In: Pinho JA, coordenador. *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lisboa: LIDEL; 2020. p. 7–20.

78. Teixeira AC, Vieira F. Qualificação para uma prática de sucesso: o perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In: Pinho JA, coordenador. Enfermagem em cuidados intensivos. Lisboa: LIDEL; 2020. p. 21–24.
79. Henriques EM, coordenadora. O cuidado centrado no cliente: da apreciação à intervenção de enfermagem. 1ª ed. Lisboa: Lusodidata; 2021. Capítulo 39, Dor; Mela M, Guerreiro D, Nogueira T, Piza F, Vasconcelos H. p. 699–721.
80. Nunes L. Ética no fim de vida: e quando eu não puder decidir. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2016.
81. Nunes L. Ética de enfermagem: fundamentos e horizontes. Loures: Lusociência; 2011. Cap. 3: Valores profissionais.
82. Twycross R. Cuidados paliativos. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
83. Hough CL, Hudson LD, Curtis JR. Long-term impact of critical illness on patients and their families. J Intensive Care Med. 2016;31(1):3–11.
84. Kentish-Barnes N, McAdam JL, Koutroumanidis M, Azoulay E. Research priorities for family-centered critical care. Crit Care Med. 2017;45(4):775–82.
85. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: norma n.º 004/2016. Lisboa: DGS; 2016. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
86. Direção-Geral da Saúde. Feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação: norma n.º 029/2015. Lisboa: DGS; 2015. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
87. Direção-Geral da Saúde. Norma clínica 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Lisboa: DGS; 2022. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
88. Pinho JA. O doente e a família na unidade de cuidados intensivos. In: Pinho JA, coordenador. Enfermagem em cuidados intensivos. Lisboa: LIDEL; 2020. p. 311–26.
89. Freixo P, Pereira R, Costa N. O doente em fim de vida. In: Pinho JA, coordenador. Enfermagem em cuidados intensivos. Lisboa: LIDEL; 2020. p. 301–9.
90. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and

- palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2024 Nov;50(11):1740–66. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
91. Freitas J, Cachaço I, Romão C, Ferreira B, Duran C, Nunes AP, Velez M. Distanásia em cuidados intensivos: perspetiva dos enfermeiros. *Salutis Scientia.* 2025 Mar;17. Disponível em: <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32681>
 92. Society of Critical Care Medicine (SCCM). ICU Liberation Bundle (A-F) [Internet]. Disponível em: <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/ICULiberation-Home/ABCDEF-Bundles>
 93. Recomendações para o seguimento da Síndrome pós-internamento em cuidados intensivos e família [Internet]. Disponível em: https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPI_CI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
 94. Lobo-Valbuena B, Molina R, Vidal FG. Post-Intensive Care Syndrome - Patients and Families Need to Know They are Not Alone. *ICU Manag Pract.* 2020;20(4).
 95. Guimarães AC, Freitas L, Costa SO, Brandão V. Cuidar de quem cuida: ferramentas de avaliação dos cuidadores = Caring for carers: caregiver assessment tools. *Gaz Med.* 2020;7(1):50–63. doi:10.29315/gm.v7i1.281
 96. Silva A, Pereira J, Rodrigues M. Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente. *Rev Investig Inov Saude.* 2021;4(2):45–56. doi:10.37914/riis.v4i2.123
 97. Carvalho I, Querido S, Silvestre J, Póvoa P. Heliox no tratamento do mal asmático: relato de casos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(1):87–91.
 98. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023. Stockholm: ECDC; 2024. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/PPS-HAI-AMR-acute-care-europe-2022-2023>
 99. Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral. Análise SWOT e identificação das necessidades [Internet]. Lisboa: Gabinete de Planeamento, Políticas e Administração Geral; [data desconhecida] [citado 2025 Mai 15]. Disponível em: <https://www.infolivros.org/pdfview/10562-analise-swot-e-identificacao-das-necessidades-gabinete-de-planeamento-politicas-e-administracao-geral/>

100. Latsios G, Sanidas E, Velliou M, Nikitas G, Bounas P, Parisis C, et al. Neuroprotection after cardiac arrest: reevaluating the role of therapeutic hypothermia - a narrative review. Heart Mind. 2025 Aug 1;
101. Corey VR, Gwyn PG. Experiences of nurse practitioners in communicating bad news to cancer patients. J Adv Pract Oncol [Internet]. 2016;7(5):485–94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5737397/>
102. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2002 [citado 2025 set 3]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgarpadrees-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
103. Ferreira MT, Fernandes JF, Jesus RA, Araújo IM. Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. Rev Enferm Refer. 2020;5(1):e19086. doi:10.12707/RIV19086
104. Santos A, Peixoto C, Tomás A. Tradução, adaptação e validação da escala Jones dependency tool. 2013 Jan;22–8.
105. Abreu WC. Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Forma Saúde; 2007.
106. Cardoso CM, Carvalho R. Capítulo 28. Sobredosagem, intoxicações e envenenamento. In: Coimbra N, coordenador. Enfermagem de urgência e emergência. Lisboa: LIDEL; 2021. p. 206–12.
107. Serra CM, Pires D, Faria J, Pereira M, Ângelo RP, Guerreiro VO. Intervenção psicológica em crise e catástrofe [Internet]. 1ª ed. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2015 ago [citado 2024 jul 13]. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf
108. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
109. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 14341/2013, de 6 de novembro. Requisitos para colheita de órgãos em dadores falecidos em paragem cardiocirculatória. Diário da República, 2.ª série, n.º 214; 2013 nov 6.

110. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Via Verde Coronária [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2021 set 29 [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/09/29/dia-mundial-do-coracao-6/>
111. Pretorius A, Searle J, Marshall B. Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):372–9. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.002
112. Vuille M, Foerster M, Foucault E, Hugli O. Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;27(3–4):669–76. doi:10.1111/jocn.14041
113. Varndell W, Fry M, Elliott D. Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: a national survey. *J Clin Nurs*. 2020;29(13–14):2381–90. doi:10.1111/jocn.15247
114. Avallin T, Muntlin Athlin Å, Kitson A, Jangland E. Testing a model for person-centred pain management: a systematic review and synthesis guided by the fundamentals of care framework. *J Clin Nurs*. 2023 May 27;32(19–20).
115. Mota M, Santos E, Cunha M, Abrantes T, Caldes P, Santos MR. Non-pharmacological interventions for acute pain management in adult victims of trauma. *JB I Evid Synth*. 2021 Feb 16;19(7).
116. Direção-Geral da Saúde (Portugal). Orientação n.º 007/2010, de 6 de outubro. Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde [Internet]. Lisboa: DGS; 2010 [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
117. Diário da República, 2.ª série, n.º 153-11 ago 2014. Despacho n.º 10319/2014. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
118. Ferreira A. Capítulo 45. Plano de emergência externa. In: Coimbra N, coordenador. *Enfermagem de urgência e emergência*. Lisboa: LIDEL; 2021. p. 358–62.
119. Santos PA, Rabiais IM. 9th Internacional Seminar on Nursing Research Proceedings. *Enfermagem de Catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências*. 2015 Maio. ISBN: 978-989-97041-3-8. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21279/1/e2015012.pdf>

120. Gomes C. Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Coimbra: Faculdade de Medicina; 2017. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/81407>
121. Silveira AMV, Do Nascimento CAF. A intervenção do enfermeiro na prevenção e deteção precoce da sépsis na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura / Nurse intervention in the prevention and early detection of sepsis in critically ill persons: an integrative literature review. Braz J Health Rev. 2021 Sep 27;4(5):20274–90.
122. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 010/2016: Via Verde Sépsis no Adulto. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
123. Decreto-Lei nº 65/2018 do Presidente do Conselho de Ministros. Diário da República: I Série, n.º 157; 2018. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?_ts=1720192606084
124. Oscar F, Luís S, Rogério F, Cristina B. Translação dos resultados de investigação para a prática. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, coordenadores. Enfermagem avançada. Lisboa: LIDEL; 2024. Cap. 8.7, p. 365–72.
125. José V. Contributos dos estudos de revisão. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, coordenadores. Enfermagem avançada. Lisboa: LIDEL; 2024. Cap. 8.2, p. 331–37.
126. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Chapter 10: Scoping reviews. Adelaide: JBI; 2024. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/10.%2BScoping%2Breviews>

