

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ACOMETIDA
DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO:
do pré-hospitalar à Unidade de Cuidados Intensivos
Coronários**

Sandra Vasconcelos do Vale

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Funchal,

2022

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ACOMETIDA
DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO:
do pré-hospitalar à Unidade de Cuidados Intensivos
Coronários**

Sandra Vasconcelos do Vale

Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Funchal,

2022

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry, 1946.

AGRADECIMENTOS

Concretizar esta etapa jamais teria sido possível sozinha. Necessitei sempre do apoio, carinho e dedicação de todas as pessoas que habitualmente me acompanham ao longo da vida. Desta forma, não podia deixar passar este momento sem lhes agradecer. Só assim consegui percorrer esta longa caminhada, através da motivação que me transmitiram diariamente para que desse o meu melhor e assim atingisse a realização pessoal e profissional.

Assim sendo, agradeço em primeiro lugar à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pelos anos de formação em conhecimentos e valores, pois desde que iniciei esta caminhada profissional, sempre foi a minha referência;

À Professora Doutora Cristina Pestana que esteve sempre perto, orientando este percurso, sempre preocupada e sempre com uma palavra de alento e motivação!

Aos contextos da prática por mim selecionados, por me abrirem as portas e acolherem como se eu fosse um elemento pertencente à equipa multidisciplinar se tratasse; ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria (HSM) em Lisboa; à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UTIC) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) e à delegação do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) .

Aos meus enfermeiros tutores. À enfermeira Suzana José, à enfermeira Ana Alves, à enfermeira Ricardina Silva e ao enfermeiro José Gomes por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram em todos os contextos de aprendizagem. Por serem exemplos de força e determinação no mundo da enfermagem. Pelos verdadeiros exemplos que são no que toca a cuidados de enfermagem holísticos e humanizados. À contribuição essencial que me deixaram para que crescesse e tivesse fosse incentivada a deixar o melhor de mim a todos aqueles de quem cuidei.

A todas as minhas amigas, em especial à Bárbara por ser a minha companheira de todas as horas e instantes, e à Sílvia por ser simplesmente... a minha referência!

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de experiências e companheirismo!

Aos meus pais e ao Ricardo, por serem os meus maiores apoiantes, e por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu não sou capaz de o fazer! Por todo o vosso amor e carinho! Todos os dias, todas as horas.

Aos meus irmãos, aos meus sobrinhos e ao meu afilhado, por me preencherem e fazerem de mim a pessoa que sou.

Não existe uma forma ou momento certos para agradecer, mas fazê-lo enaltece a alma e o coração de quem o faz e de quem recebe. A todas estas pessoas luz da minha vida: OBRIGADA! Sou verdadeiramente sortuda e abençoada por vos ter!

RESUMO

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, elaborei o Relatório de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica intitulado “Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica acometida de Enfarte Agudo do Miocárdio: do pré-hospitalar à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários”.

O relatório transparece todo o percurso realizado ao longo das práticas clínicas para a consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente dos cuidados à pessoa em situação crítica. Revela o meu particular interesse pelo cuidado especializado à pessoa em situação crítica acometida de enfarte agudo do miocárdio, tendo sido este o foco do meu projeto de autoformação. Está organizado em dois capítulos, sendo que o primeiro ilustra o enquadramento da área selecionada e o segundo diz respeito ao percurso desenvolvido para a aquisição de competências de enfermagem, inicialmente as competências comuns do enfermeiro especialista, posteriormente as competências especializadas, procurando sempre ilustrar a evolução até às competências de Mestre.

Ao longo deste relatório, utilizei uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica fundamentada na evidência científica, com vista a dar visibilidade às diferentes atividades desenvolvidas ao longo das práticas clínicas, nos diferentes domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como as competências de Mestre.

Numa trajetória rumo à aquisição de conhecimentos, competências e atitudes que reflitam o grau académico deste curso, o relatório traduz ainda a aplicação de conhecimentos científicos no contexto do serviço de urgência, cuidados intensivos polivalente, pré-hospitalar e cuidados intensivos coronários, existindo uma evidente aposta no desenvolvimento das competências de autoaprendizagem.

Palavras-chave: Enfermagem; enfermagem especializada; competências; pessoa em situação crítica; enfarte agudo do miocárdio.

ABSTRACT

As part of the V Master's Course in Medical-Surgical Nursing at the São José de Cluny School of Nursing, i wrote the report entitled “Specialized Care for the Critical Person with Myocardial Infarction: from the pre-hospitalar context to the Coronary Intensive Care Unit”.

The report shows the entire path taken during clinical practices to consolidate the common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in terms of care for the person in a critical situation. It reveals my particular interest in specialized care for the critically ill person with acute myocardial infarction, which was the focus of my self-training project. It is organized in two chapters, the first of which illustrates the framework of the selected area and the second concerns the path developed for the acquisition of nursing competences, initially the common competences of the specialist nurse, later the specialized competences, always seeking to illustrate the evolution up to Master's skills.

Throughout this report, I used a descriptive, reflective and analytical methodology based on scientific evidence, in order to give visibility to the different activities developed during clinical practices, in the different domains of common and specific competences of the specialist nurse, as well as the Master competencies.

On a path towards the acquisition of knowledge, skills and attitudes that reflect the academic degree of this course, the report also reflects the application of scientific knowledge in the context of the emergency service, multipurpose intensive care, pre-hospital and coronary intensive care, with an evident interest on the development of self-learning skills.

In a trajectory towards the acquisition of knowledge, skills and attitudes that reflect the academic degree of this course, the report also reflects the application of scientific knowledge in this context of clinical teaching, with an evident commitment to the development of self-learning skills.

Key Words: Nursing; specialized nursing; skills; critical patient, myocardial infarctio

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CVC - Cateter venoso central

DGS - Direção Geral de Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT - entubação endotraqueal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESESJCLUNY - Escola Superior de Enfermagem São José Cluny

FC - frequência cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSM - Hospital Santa Maria

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MEMCPSC – Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica

NAS - Nurrsing Activities Score

O2 – Oxigénio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAF - projeto de auto-formação
PAI - pressão arterial invasiva
PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR - Paragem Cárdio-Respiratória
PNSD – Plano nacional para a segurança dos Doentes
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
PSC - pessoa em situação crítica
RAM - Região Autónoma da Madeira
RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos
SAV - Suporte Avançado de Vida
SCA - Síndrome Coronário Agudo
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPO2: saturação periférica de oxigénio
START - Simple Triage and Rapid Treatment
SU - Serviço de Urgência
SUP - serviço de urgência polivalente
TEPH - técnico de emergência pré-hospitalar
TISS - Therapeutic Intervention Scoring System
TRTS – Triage Revised Trauma Score
UCI - unidades de cuidados intensivos
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UTIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
VNI - Ventilação Não Invasiva
VVC - Via Verde Coronária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PSC ACOMETIDA DE EAM – DO PRÉ-HOSPITALAR À UTIC.....	15
1.1. Situando o percurso de desenvolvimento de competências especializadas nos contextos de prática clínica	20
CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	33
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	35
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	41
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	47
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	54
CAPÍTULO III – SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	59
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	61
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	76
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... 	83
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – “Transmissão de más notícias, qual o papel do eeemcpsc?”	ii
APÊNDICE B – “Check list para o transporte intra-hospitalar do doente crítico” ..	vii
APÊNDICE C – “Via verde coronária na RAM.....	x

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular *Relatório de Estágio*, inserida no primeiro semestre do segundo ano do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, foi-me solicitada a realização do presente relatório sobre o percurso de desenvolvimento de competências especializadas ao longo dos ensinamentos clínicos na área de enfermagem cuidar da pessoa em situação crítica (PSC). Assim, este relatório intitula-se “Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica acometida de Enfarte Agudo do Miocárdio: do pré-hospitalar à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários” e será concretizado sob orientação da Professora Doutora Cristina Pestana.

Os estágios curriculares concretizaram-se no período entre novembro de 2021 e maio de 2022. O estágio I (urgência) foi realizado no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Santa Maria (HSM) em Lisboa, o estágio II (cuidados intensivos) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) e, por fim, o estágio III (opção) no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na delegação do Porto e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UTIC) do HNM.

A Enfermagem, assume um papel preponderante no que toca aos cuidados de saúde prestados à população mundial. Para isso, defendem-se práticas desde a promoção da saúde, à prevenção da doença, e ao tratamento da mesma ao longo de todo o ciclo vital. Assim sendo, é o enfermeiro o responsável pela prestação de cuidados de enfermagem humanizados, individualizados a cada pessoa, sã ou doente, por forma a melhorar a sua saúde, de forma holística (Potter et al., 2018).

No que concerne à PSC, esta é aquela que se encontra em risco de vida, ou seja, está perante um cenário de eminência ou falência orgânica. Tendo em conta a natureza do conceito e o contexto deste alvo dos cuidados, torna-se evidente que os cuidados de Enfermagem a estas pessoas se caracterizam por serem altamente diferenciados, avançados e prestados de forma ininterrupta. São, também, cuidados que visam manter as funções vitais, perspetivam a prevenção de complicações e diminuição de morbilidades, tentando devolver à pessoa a sua recuperação total ou quase total (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos cuidados à PSC, implica uma mobilização contínua e importante de conhecimentos e competências, devido à complexidade e multiplicidade das respostas humanas aos processos de transição, indo ao encontro do preconizado pela OE (2018), que os cuidados à PSC devem ser prestados, preferencialmente, pelo Enfermeiro Especialista (EE) nesta área.

No que concerne à escolha da área de opção por mim efetuada, alvo de um projeto de autoformação (PAF), depreende-se com a casuística encontrada no meu dia-a-dia enquanto enfermeira no SU do HNM. As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial (Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020; Roth et al., 2020). No que concerne à Região Autónoma da Madeira (RAM) a taxa de mortalidade associada aos eventos coronários representa cerca de 29% do total de óbitos desta região, indo ao encontro das estatísticas mundiais, acabando por se assumir como a principal causa de morte (Instituto de Administração da Saúde, 2020).

No entanto, nem sempre os sintomas apresentados por estes doentes são *standard*, manifestando-se por vezes com sintomas atípicos quando associados a doença cardíaca. Deste modo, torna-se por isso imperioso que o enfermeiro seja detentor de um leque de conhecimentos teórico-práticos bem fundamentados para que consiga atender às necessidades daquela PSC em concreto. Espera-se do enfermeiro, neste contexto, a capacidade de identificar precocemente sinais e sintomas de alterações cardíacas e a capacidade de implementar medidas adequadas que permitam a manutenção da vida, com base numa prática segura e de qualidade (Vahdatpour et al., 2019).

Neste sentido, e procurando o desenvolvimento de competências especializadas que me permitam prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis à PSC acometida de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) optei por escolher esta área.

Os objetivos deste relatório passarão por descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC no cuidar da PSC e ainda explanar as competências desenvolvidas visando a obtenção do grau de mestre.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório basear-se-á no método descritivo-analítico, sustentado nos referenciais da profissão e na mais recente evidência científica, presente em livros, revistas científicas e em bases de dados fidedignas (CINAHL®, MEDLINE®, PubMed®, EBSCOhost®, UpToDate®, entre outras), na experiência profissional, no pensamento crítico e na discussão com a orientadora, enfermeiros especialistas em EMC.

A norma utilizada na estruturação do presente relatório seguirá o preconizado pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny.

CAPÍTULO I – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PSC ACOMETIDA DE EAM – DO PRÉ-HOSPITALAR À UTIC

A enfermagem é uma profissão que vai muito mais além da formação base (licenciatura).

Peres et al. (2021) caracterizam a enfermagem como sendo uma ciência do ser humano e da saúde, onde o foco de atenção é o próprio ser humano na pluralidade de todas as suas dimensões. Os mesmos autores reforçam a importância da singularidade de cada ser; uma vez que a mesma situação clínica se manifesta de maneira distinta em cada pessoa.

Um dos referenciais que orienta a enfermagem enquanto profissão foi publicado em 1996, em Diário da República no Decreto-Lei n.º 161/96, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em que no seu artigo 4º, consta a definição da Enfermagem, como profissão, disciplina/área da saúde que, visa:

prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.95).

Ao longo dos anos vários foram os modelos e teorias de enfermagem que foram surgindo e que nos remetem para a reflexão acerca da evolução da enfermagem (Peres et al., 2021).

Torna-se imperativo, ao abordar a enfermagem e a sua evolução ao longo dos anos, falar de Florence Nightingale; uma vez que foi graças a esta que a preocupação e a centralização na humanização dos cuidados surgiu (Peres et al., 2021). O contributo de Florence Nightingale tornou-se intemporal e constitui hoje em dia a base para os cuidados de enfermagem, orientando-os para uma abordagem holística e personalizada a cada pessoa (Peres et al., 2021).

Hoje em dia, a formação contínua e especializada representa uma forma de adaptação aos novos contextos que vão surgindo e sobretudo traduz-se num processo contínuo de aquisição de novas competências. Tudo isto surge dado o avanço científico e tecnológico com que nos deparamos atualmente e que acabam por desafiar o conhecimento profissional de cada um, em específico, os enfermeiros (OE, 2019). A OE (2019) defende ainda a especialização e a diferenciação em enfermagem; já em 2015, a OE defendia que “o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (próprio dos trabalhadores por conta de outrem), é o caminho da construção de competências” (p. 43).

Nesta mesma perspetiva, e recuando a 2004, Pacheco afirmava que “a especialização dos profissionais de saúde tem um valor acrescido, uma vez que ao possuírem

conhecimentos profundos e bem fundamentados, contribuem em grande parte para um atendimento mais dirigido e específico”.

Esta necessidade de atualização de saberes vai de encontro ao que o Código Deontológico de enfermagem, segundo a Lei nº156/2015, refere, sendo que entre outros deveres, o enfermeiro “deve assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 8079). “E ainda no artigo n.º 109 da lei supramencionada, é realçado o facto de que durante a procura da excelência do cuidado, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

Desta forma, dado o avanço tecnológico e científico da nossa sociedade em geral, e dada a complexidade dos processos médicos e cirúrgicos, que exigem um conjunto de ações que demandam a tomada de decisão baseada em dados relevantes e potenciais consequências de cada alternativa e recursos, tal como defende a Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (2017), surgiu então a minha necessidade pessoal de incorporar este percurso académico da especialidade para enriquecer o meu desempenho profissional através da aquisição de competências em EMC.

Sou enfermeira há oito anos, e iniciei a prestação de cuidados de enfermagem num serviço de medicina interna, tendo, após dois anos, sido transferida para o Serviço de Urgência, a meu pedido. Desde cedo é notório o meu gosto e interesse pela PSC. Daí que, neste momento, faça todo o sentido enveredar por este ramo da especialidade, com o objetivo de planear, implementar e avaliar planos de cuidados diferenciados que sejam personalizados e adequados às necessidades da PSC/sua família alvo dos meus cuidados. Ao frequentar este mestrado procurei aprimorar o desenvolvimento de competências comuns e específicas que me permitissem uma deteção precoce, a estabilização das funções vitais eficaz, com manutenção das mesmas e a recuperação, sempre que possível, através da utilização de meios avançados de monitorização e terapêutica, procurando sempre identificar e evitar complicações advindas dos procedimentos (antecipar focos de instabilidade como defende o regulamento 429/2018 referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC [EEEMCPSC]).

A OE definiu, em 2018, através do Regulamento n.º 429 relativo ao perfil de competências do EEEMC, um conjunto de competências comuns a todos os ramos de diferenciação desta especialidade, assim como um conjunto de competências específicas

para cada um: Enfermagem à PSC, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e Enfermagem à pessoa em Situação Crónica. Por forma a prestar cuidados de enfermagem seguros, de qualidade e holísticos, enquanto futura EEEMC tornou-se essencial conhecer e refletir acerca das competências desenvolvidas ao longo deste processo formativo, mais concretamente na área da enfermagem à PSC. Na área de especialização em enfermagem à PSC a OE (2018) define que:

(...) a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p. 19362).

Silva (2020) realça que o papel da enfermagem especializada é determinante na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que melhora exponencialmente os resultados obtidos. Daí que, enveredar por este percurso, em específico, faça todo o sentido para que consiga prestar os melhores e mais personalizados cuidados a estas PSC. Ao longo deste relatório será evidente o meu foco de atenção na PSC perante um processo de transição saúde/doença, procurando sustentar a minha prática à luz de duas grandes teóricas no mundo da enfermagem: Afaf Meleis através da Teoria das Transições e Patrícia Benner, através do modelo de Dreyfus. Relativamente à teoria das transições, Afaf Meleis (2012) remete para o paradigma simultaneidade/transformação, com a escola da interação. Ou seja, orienta-me para uma interação entre mim (enfermeira, pessoa capaz de oferecer ajuda) e a PSC/sua família (pessoa/família com necessidade de ajuda). Esta teórica defende que é a partir da interação entre estas duas partes que o crescimento individual acontece. Quer para o enfermeiro, como para a pessoa. É através desta interação que é realizada a avaliação das necessidades da pessoa, são formulados diagnósticos de enfermagem e são planeadas as intervenções para a satisfação dos mesmos (Afaf Meleis, 2012).

No que concerne ao modelo de Dreyfus para a aquisição de competências, Benner et al. (2009) assumem a escola do cuidar como base de sustentação. Defendem que o ambiente da prática influencia as respostas que cada enfermeiro desenvolve e que jamais alguém poderá ser chamado a atenção por algo que nunca fez na prática. Os mesmos autores defendem ainda que à medida que os enfermeiros vão adquirindo experiência, o seu conhecimento deixa de ser apenas teórico e passa a ser misto: teórico-prático, desenvolvendo assim perícia, ou seja, adquirindo continuamente competências. Além dos referenciais

teóricos de enfermagem, o meu percurso foi também guiado pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa e situação crítica, emanados pelo Colégio da Especialidade de EMC da OE (2017), pelo Código Deontológico, pelo REPE, e pela mais recente evidência científica.

O processo de aquisição de competências traduz-se então na necessidade em dar resposta à evolução profissional e social, tendo inerente a si uma atualização sistemática e contínua dos conhecimentos, visando obter a valorização profissional e maximizar os resultados (Abreu, 2001).

Para Le Boterf, (2005) competência é um conceito que engloba diversos “saberes”. O “saber mobilizar” - em tempo útil, os conhecimentos/capacidades adquiridos através da formação prévia. O “saber integrar” e “saber-fazer”. Ter noção de como aplicar o conhecimento de forma organizada e sustentada para que se selecione o mais útil naquela circunstância para que se obtenha o melhor resultado. Por fim, o “saber transferir” - toda a competência deverá ser transferível, não se limitando à execução de uma tarefa única. O mesmo autor salienta ainda a importância de ir mais além deste conceito, uma vez que para esta *competência* não consiste apenas numa “soma’ de saberes” (p. 26), mas sim em “construções singulares, específicas de cada um” (p. 23).

O processo de aquisição de competências visa, obrigatoriamente, um compromisso pessoal, que surge através da aliança entre os recursos do próprio (conhecimento, experiência) e os recursos do meio (rede profissional, manuais de procedimentos, entre outros) (Le Boterf, 2015).

Já em 2013, Sapeta afirmava que o processo de aquisição de competências depreende-se com a experiência profissional de cada indivíduo, bem como a junção do desenvolvimento do saber individual (teórico), do saber-fazer e das próprias qualidades individuais tanto emocionais como fisiológicas.

Deste modo, surge então o meu compromisso pessoal na edificação de um conjunto de competências comuns do EE, de competências específicas do EEEMCPSC e ainda de competências relativas à obtenção do grau de mestre. Para tal, e dando resposta ao Plano de Estudos do Curso de Mestrado em EMC da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, desenvolvi as minhas práticas clínicas no SU Polivalente do HSM em Lisboa, na UCIP do HNM, no Funchal, na delegação do Norte do INEM, mais precisamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital Pedro Hispano e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Gondomar, e por último na UTIC do HNM.

1.1 Situando o percurso de desenvolvimento de competências especializadas nos contextos de prática clínica

Ao trabalhar num SU, diariamente deparo-me com situações de imprevisibilidade, complexidade e individualidade. A mesma situação clínica em duas pessoas distintas manifesta-se de maneira completamente díspar. A função que o enfermeiro desempenha na equipa multidisciplinar é, por isso, inegavelmente imprescindível, sendo este quem acompanha o doente desde o acolhimento no serviço até após a alta.

O meu projeto final de mestrado, plasmado no PAF, encontra-se então focado no cuidado especializado à PSC acometida de EAM, numa perspetiva holística desde o pré-hospitalar até à UTIC. Esta temática retrata aquele que é o meu maior interesse entre todas as situações clínicas com que trabalho diariamente, tendo por isso ao longo das práticas clínicas procurado o maior número de experiências neste âmbito, nunca descurando as restantes situações que surgiam.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial e Portugal não é exceção (Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020; Roth et al., 2020). No que concerne à RAM a taxa de mortalidade associada aos eventos coronários representa cerca de 29% do total de óbitos desta região, indo ao encontro das estatísticas mundiais, acabando por se assumir como a principal causa de morte (Instituto de Administração da Saúde, 2020).

Considero o cuidar do doente cardíaco, desafiante e motivador, sendo por isso merecedor de todo o meu empenho e estudo para que assim enriqueça não só a especialista que serei, como a pessoa que já sou. Considero pertinente a área selecionada, e realço o pensamento de Le Boterf (2015) ao afirmar que as competências resultam necessariamente de uma construção e de um compromisso pessoal.

Neste contexto específico, na vertente do doente coronário, é então esperado por parte do enfermeiro uma mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para que consiga responder em tempo útil e de forma holística às necessidades/problemas da PSC/família, através de uma deteção precoce de situações críticas (ou potenciais) para as quais emergem intervenções específicas no menor tempo possível, para melhores resultados (Woo et al., 2017). Kwok et al. (2020) ao relatarem a experiência da implementação de uma equipa de EE na vertente do doente coronário num SU evidenciaram uma melhoria na

prestação de cuidados bem como no desenvolvimento profissional da própria equipa multidisciplinar.

Deste modo, é compreensível que seja exigido por parte do EEEMCPSC neste contexto um conjunto de conhecimentos amplo e consolidado, baseado em evidência científica, por forma a tomar decisões devidamente fundamentadas, não descurando nunca o código deontológico e os princípios éticos que regem a nossa profissão. Só assim serão prestados cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Já em 2001, Benner referia que ir em busca de experiências permitia-nos adquirir conhecimentos que iam além da teoria: “a aprendizagem experimental põe as questões e testa os comportamentos em situações reais” pelo que, “o teórico deve sempre depender da prática para desenvolver os conhecimentos clínicos e resolver problemas que a teoria muitas vezes não leva em conta” (p.179).

Le Boterf (2015) defende ainda que são os ambientes difíceis e complexos que impulsionam o desenvolvimento de competências. Refere que estes são acontecimentos que exigem uma atuação pertinente, com mobilização de conhecimentos e envolvimento do formando. Reforça ainda que este processo não é individual, nem estagnado. O formando tem de mover os seus próprios recursos, mas também os do seu meio.

Relativamente à área por mim escolhida para o PAF, e segundo o que Niza (2018) defende, temos que a PSC acometida de EAM exige um conjunto de intervenções complexas, específicas e a desempenhar em tempo útil (as primeira duas horas são cruciais) uma vez que o risco de instabilidade hemodinâmica está presente. Desta forma, temos que é imperativo que os cuidados prestados sejam altamente qualificados e devem ser prestados de forma contínua, uma vez que a vida daquela PSC está ameaçada pelo risco de falência cardiovascular, podendo estender-se até outros sistemas orgânicos, sendo que a sua sobrevivência depende altamente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). Martin et. al (2014) defendem que os enfermeiros são os profissionais na primeira linha de contacto com estas PSC, uma vez que são estes que as recebem nos SU, que as triam, que identificam os sinais/sintomas de alerta, que ativam a via verde coronária e que desta forma, identificam a necessidade imediata da realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. Ou seja, é preponderante que se possa contar com a competência do EEEMCPSC para um julgamento clínico que permita identificar as situações que impliquem uma tomada de decisão com indicação para uma

intervenção muito urgente/emergente muitas vezes decisivas em situações de EAM (Niza, 2018).

Deste modo, para Teixeira e Vieira (2020), perante uma atuação rápida e eficaz serão os enfermeiros os principais responsáveis pelo sucesso do tratamento, uma vez que o tempo decorrido desde a chegada ao hospital até ao tratamento mais adequado à situação irá ser encurtado. Não descurando também a importância extrema dos EEEMCPSC a desempenhar funções no ambiente pré-hospitalar que fazem com que este tempo seja ainda mais reduzido, uma vez que muitos dos sinais são prontamente identificados e até o ECG de 12 derivações é realizado mesmo antes da chegada ao hospital, sendo possível uma articulação com a equipa multidisciplinar, antecipando a chegada do doente e todos os meios para a prestação de cuidados ao mesmo. Em situações específicas de ameaça à vida, como é o caso de um EAM, a prestação de cuidados inicia-se pela identificação das necessidades, sendo para isso imperativo que se estabeleçam prioridades para que o tratamento possa acontecer de acordo com estas. Hoje em dia, o cuidado específico de uma PSC acometida de EAM depara-se com uma grande exigência de domínio da tecnologia cada vez mais sofisticada e avançada. A competência na utilização de equipamentos para cuidar da PSC é essencial, uma vez que, se o enfermeiro não desenvolver conhecimento e competência técnica apropriada, a tecnologia acaba por ter uma utilização e significado muito redutor, diminuindo os resultados para aquele doente, traduzindo-se em cuidados de enfermagem menos seguros (Teixeira & Vieira, 2020).

É de extrema importância referir que a caracterização dos sinais e sintomas apresentados reduz o tempo de espera até à efetivação do tratamento. Por isso, torna-se pertinente referir a importância da caracterização e gestão da dor destas PSC. A dor torácica característica de EAM é descrita como sensação de aperto, peso, pressão, esmagamento, constrição, a nível retrosternal ou precordial, habitualmente em crescendo/decrescendo e irá influenciar a decisão diagnóstica de EAM (Bohula, 2019). Aliada à caracterização que a própria pessoa faz da dor surge a necessidade de identificar sinais que traduzem dor. A dor desencadeia uma série de alterações fisiopatológicas que acabam sendo prejudiciais para a estabilização da PSC, por exemplo. A dor pode estar associada ao aumento da frequência cardíaca (FC), o inotropismo e a pressão arterial, podendo levar ao risco aumentado de isquemia do miocárdio por aumento do consumo de oxigénio (O₂). Outras complicações podem ser o risco de taquicardia e arritmias, atraso na cicatrização das feridas, risco de atelectasias, fenómenos tromboembólicos, vasoconstrição periférica e acidose metabólica

(Dias, 2018). Nesta linha de pensamento, surge também a necessidade de referir um fator importante, a ansiedade, que se associa ao medo e a sensações de desconforto, mal-estar ou até mesmo dor nos doentes. Este aspeto será abordado com maior pormenor posteriormente, uma vez que ao longo do mestrado elaborei uma revisão integrativa sobre esta temática na unidade curricular de Investigação.

Deste modo, emerge então uma das competências do EEEMCPSC, que é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento 429/2018), uma vez que irá melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC acometida de EAM. Outro foco de atenção perante uma PSC acometida de EAM é o facto de esta se encontrar em risco iminente de descompensação hemodinâmica com risco potencial para Paragem Cárdio-Respiratória (PCR). Para antecipar este acontecimento é essencial que o EEEMCPSC seja detentor de um conjunto de conhecimentos e competências que permitam uma avaliação minuciosa, contínua e holística da PSC, por forma a evitar a deterioração do seu estado geral. Seguindo esta linha de pensamento, emerge então outra das competências do EEEMCPSC que consiste em prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento 429/2018), uma vez que irá melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC acometida de EAM.

Câmara (2018) realça ainda vários exemplos de terapêutica essencial para o tratamento da PSC acometida de EAM. Desde a necessidade de anti-agregação, anti-coagulação, analgesia, entre outros grupos farmacológicos. Deste ponto de vista emerge a necessidade de preparar e administrar terapêutica de forma segura, mas também de vigiar e monitorizar possíveis efeitos adversos/complicações advindos da terapêutica administrada. Daí que seja essencial que seja um EEEMCPSC a cuidar desta PSC, uma vez que esta é também outra das suas competências específicas: “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento 429/2018).

Todos os cuidados anteriormente mencionados, realçando a ativação da via verde coronária (muitas vezes a ativação ocorre em contexto pré-hospitalar) bem como a realização do ECG de 12 derivações e em alguns casos a administração de alguma terapêutica, assumem um papel fundamental na otimização do tratamento da PSC acometida de EAM. Face a isto, não posso dissociar a necessidade extrema, por parte dos enfermeiros cuidadores destas PSC, de desenvolverem competências especializadas de enfermagem, essenciais para a redução do tempo até à terapêutica de reperfusão e assim, inegavelmente melhorar os resultados nesta situação específica em que todos os segundos são válidos. Posto isto, considero essencial o

desenvolvimento de competências na área por mim selecionada, uma vez que a evidência científica aponta para uma melhoria dos ganhos em saúde quando as PSC acometidas de EAM são cuidadas por EEEMCPSC (Kwok et al., 2020).

Deste modo, por forma a construir o meu processo de aquisição de competências especializadas no cuidado à PSC, além da procura de oportunidades para o desenvolvimento das competências comuns e específicas preconizadas, qualquer que fosse a causa da criticidade, fui norteando o meu percurso ao longo deste mestrado em cada estágio, para que me conseguisse inteirar e refletir sobre todo o percurso da PSC acometida de EAM nos diferentes contextos da prática: SU, UCIP, pré-hospitalar, e UTIC.

Assim, relativamente ao primeiro ensino clínico, este foi realizado no SU do HSM, em Lisboa. Uma experiência que se traduziu numa das mais enriquecedoras que vivenciei até hoje enquanto enfermeira, uma vez que me foi possível fazer o paralelo entre as duas realidades (a do SU do HNM, onde exerço funções diariamente e a do SU do HSM) e desta forma aproveitar o melhor de cada uma delas, tendo sempre como base o pensamento crítico e reflexivo, culminando em cuidados de enfermagem com maior qualidade e com uma base de conhecimento científico mais sustentada.

Os SU constituem um desafio para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Estão abertos todos os dias, 24horas/dia, e estão sujeitos a grande dinâmica e constante mudança, onde nada é programado e exige grande flexibilidade e adaptação. Dada esta complexidade, é evidente a exigência por respostas atempadas, eficazes e cientificamente adequadas (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019).

Foi em março de 2008 que o centro Hospitalar Lisboa Norte foi criado, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 23/2008, aquando da fusão do HSM e do Hospital Pulido Valente. Segundo o Manual da Instituição, este tem como missão a prestação de cuidados de saúde, formação, inovação e a investigação. A direção de enfermagem tem ainda definida como missão: proporcionar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência por forma a garantir a total satisfação das necessidades da pessoa/ família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, também, o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização dos recursos humanos, da formação contínua e da investigação.

No HSM, o SU é considerado um serviço de urgência polivalente (SUP). De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, onde são definidas as características da rede de SU no País bem como os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização,

significa que é detentor de valências médico-cirúrgicas, bem como neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital, ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção/cateterismo cardíaco/angioplastia, pneumologia (com endoscopia), gastroenterologia (com endoscopia), cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e ainda, medicina intensiva. Este SU presta também cuidados a pessoas acometidas de politraumatismo, pelo que se engloba nos centros de trauma, tal como nos clarifica o Despacho anteriormente mencionado, contemplando assim valências específicas, tais como radiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva e ainda, cirurgia vascular.

A escolha deste SU, em específico, esteve relacionada com o facto de ser uma instituição de referência na prestação de cuidados diferenciados no nosso País, assim como, devido à grande afluência de clientes, que aumenta a probabilidade de dar resposta a diferentes situações de urgência/emergência, levando ao desenvolvimento das competências especializadas desejadas para a prática clínica.

O segundo ensino clínico decorreu na UCIP do HNM.

A medicina intensiva tem vindo a crescer de modo exponencial nas últimas décadas. Seguindo esta linha de pensamento, o Ministério da Saúde em 2013, através da avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos (UCI) reforçou a importância da medicina intensiva nos cuidados de saúde hoje em dia, uma vez que esta é uma área multidisciplinar e diferenciada, que se foca em aspetos específicos tais como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença grave e aguda com potencial de reversibilidade, em doentes que apresentem falência de uma ou mais funções vitais. Sem dúvida que foi a evolução técnico-científica que proporcionou este crescimento, através do desenvolvimento do conhecimento em áreas como a fisiopatologia, terapêutica e ainda da parte tecnológica auxiliar de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

As UCIs representam uma percentagem cada vez mais significativa no que toca ao número total de camas de cuidados agudos nos hospitais do nosso país, bem como desempenha um papel fulcral na avaliação e tratamento da PSC, quer dentro dos seus espaços físicos ou até mesmo na colaboração com os serviços restantes, como por exemplo no apoio às salas de emergência dos SU. A Direção Geral de Saúde (DGS) defende ainda a importância do papel destas unidades para as equipas de emergência intra-hospitalar (Ministério da Saúde, 2017).

Relativamente à UCIP do HNM, ao consultar o manual do serviço durante a prática clínica, constatei que esta tem como missão melhorar o bem-estar e saúde dos doentes em estado crítico através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, promoção da investigação básica e clínica e formação de médicos e enfermeiros. Recebe doentes provenientes de qualquer serviço do hospital tais como SU, bloco operatório, estando também apta para receber transferências dos outros serviços, uma vez que se encontra destacada para o tratamento da PSC, com patologia potencialmente reversível, de origem médica, cirúrgica ou traumatológica, tal como defende o Ministério da Saúde (2013).

A UCIP do HNM encontra-se classificada no nível de cuidados III, uma vez que é detentora de uma equipa médica e de enfermagem própria; está equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Marshall et al., 2017).

Seguindo a linha de pensamento dos autores anteriormente citados, nas UCIP de nível III defende-se a presença física de um médico especialista nas 24 horas e de um enfermeiro com treino específico por cada duas camas nas 24 horas. No entanto, a OE no Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, esclarece acerca das normas para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem e recomenda que nas UCIP de Nível III, o rácio enfermeiro/doente seja de um enfermeiro para cada doente. Preconiza ainda que na constituição das equipas das UCI, 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da PSC, em permanência nas 24 horas.

São os enfermeiros das UCIs que cuidam da PSC e que lidam com situações particulares ameaçadoras da vida, cabendo a estes assegurar que tanto os utentes como as suas famílias recebem cuidados holísticos, de qualidade e personalizados, numa fase de tamanha fragilidade como essa em que se encontram (Teixeira & Vieira, 2020). Os mesmos autores defendem ainda que os enfermeiros que trabalham neste contexto devem ser dotados de um corpo de conhecimentos teóricos e técnicos vasto e consolidado, bem como competências no que toca a tomadas de decisão, uma vez que a PSC requer avaliação e monitorização contínuas, e carece ainda de um conjunto de intervenções específicas e complexas.

Destaca-se aqui a importância do EEEMCPSC, uma vez que presta cuidados com uma base de conhecimento teórico-técnico consolidada, com uma visão mais ampla e profunda, o que se deve essencialmente ao desenvolvimento de competências específicas

durante o seu percurso na vertente da PSC. A OE (2018) preconiza então, que dado o grau de exigência requerido neste contexto de cuidados à PSC, deva ser o EEEMC a prestar cuidados uma vez que é este “que detém o *core* de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da PSC, em contexto como a Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos”.

Por fim, o último ensino clínico realizou-se em dois contextos: o pré-hospitalar e a UTIC.

A escolha por estes contextos da prática de cuidados de enfermagem depreendeu-se pela extrema importância que uma atuação eficaz e especializada no contexto pré-hospitalar e na UTIC tem nos resultados obtidos da PSC acometida de EAM aliados ao meu gosto pessoal pelas duas áreas e pela complementaridade que encontro na prestação de cuidados de enfermagem entre as duas.

Relativamente ao contexto pré-hospitalar, este representa uma área de cuidados muito peculiar, uma vez que é constituído por especificidades próprias, desde a pluridisciplinaridade da intervenção à vertente de multi-patologias ao longo de todo o ciclo vital, não descurando ainda a imprevisibilidade e diversidade dos espaços onde ocorre, constituindo estes verdadeiros desafios para a equipa que diariamente desempenha funções neste contexto. Costa et al. (2021) elaboraram uma revisão integrativa com o objetivo de identificar na literatura as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no atendimento pré-hospitalar. Para isso, incluíram três estudos que reuniam os seguintes critérios: estudos científicos em português, publicados entre 2013-2017, de acesso livre e gratuito referentes à área por estes selecionada. Assim, constataram que, as equipas de pré-hospitalar encontram-se expostas a situações de risco, pois frequentemente o teatro de operações diz respeito a um local com pouca segurança para atuação, encontram-se expostos a cargas psicológicas intensas, sobrecarga laboral, insatisfação pessoal e profissional por recursos humanos e financeiros insuficientes em grande parte dos serviços. Costa et al. (2021) recomendaram então a busca por soluções que garantissem um ambiente de prestação de cuidados favorável para a equipa por forma a prestar melhores cuidados às PSC.

Outros desafios foram relatados pelo meu enfermeiro tutor, durante a prática clínica no contexto pré-hospitalar, os quais incluíam debater-se com a necessidade de gerir os cuidados no teatro de operações, a preocupação com as questões de segurança tanto para a equipa de pré-hospitalar como para a PSC, a necessidade de gerir e distribuir os elementos existentes pelas necessidades expressas pela(s) vítima(s), sendo esta uma função de difícil

gestão aquando de, por exemplo, cenários de multi-vítimas e a noção de ativar mais equipas de ajuda dada a complexidade da situação, por forma a garantir a ajuda mais qualificada e eficaz à(s) PSC(s).

A prática de enfermagem em contexto pré-hospitalar tem-se traduzido em benefícios para aqueles que dela usufruem. Vários autores defendem que a intervenção clínica precoce é uma forma de garantir a excelência de cuidados, e que, quando esta surge aliada à mais recente evidência científica, culmina no encurtamento do tempo de espera desde a deteção do alerta até ao início do tratamento (Gonçalves, 2017; Costa et al., 2021).

Por forma a prestar cuidados de saúde correta e prontamente, criou-se o INEM em 1981, pelo Ministério dos Assuntos Sociais, constando do Decreto-Lei n.º 234/1981.

Em termos de missão, as preconizadas para o INEM passam por: definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), no território de Portugal Continental, por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2019).

Tendo em conta a área específica por mim escolhida, no âmbito do doente do foro cardíaco, mais especificamente a PSC acometida de EAM emerge a necessidade de falar sobre a Via Verde Coronária (VVC). Esta consiste num instrumento essencial para a otimização do tratamento do EAM, essencialmente porque reduz o tempo até ao tratamento. É implementada em todo o país e no que concerne à componente pré-hospitalar esta é coordenada pelo INEM, que, em conjunto com os outros órgãos e instituições de saúde, permitem um melhor e mais rápido acesso dos doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) em particular, o EAM aos cuidados médicos mais específicos e adequados (Horta, 2018).

A VVC tem início através dos cidadãos. É ativada através da chamada ao 112 (número de emergência europeu). A chamada para o 112 é, no primeiro instante, atendida pelo departamento da Polícia de Segurança Pública Nacional que prontamente ativa o socorro pré-hospitalar, encaminhando a chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Assim que é detetada uma VVC, o INEM assume a responsabilidade de orientar o doente para o hospital mais adequado para o tratamento, o que nem sempre significa o hospital mais próximo (Horta, 2018).

Após a receção da chamada é enviado um meio de socorro pré-hospitalar para o local da ocorrência. Relativamente aos meios do INEM, estes têm capacidade de intervir

precocemente, e após a chegada ao local, perante a situação clínica do doente e a realização de um ECG de 12 derivações, conseguem, se necessário, iniciar terapêutica imediatamente e encaminhar para o hospital com a unidade mais especializada e adequada à situação, aumentando desta forma a probabilidade de sucesso (INEM, 2022).

O tratamento precoce é determinante para o sucesso da situação clínica do doente, uma vez que cerca de 50% das mortes são registadas nas primeiras 3-4 horas após o início dos sintomas (Horta, 2018). É sempre privilegiado o alívio sintomático, bem como a revascularização precoce da artéria ocluída, sendo isto fulcral para limitar os danos no miocárdio. Claro que todo este processo é também fortemente influenciado pelos antecedentes pessoais do doente, ou até mesmo de possíveis contraindicações para a aplicação de fibrinólise, não descurando a distância a que por vezes o doente se encontra do hospital mais capacitado (Horta, 2018).

As funções do INEM, englobam não só a prestação de socorro no local da ocorrência, como também o transporte das vítimas para a unidade de saúde mais adequada e ainda a articulação entre os vários intervenientes do Sistema para que culmine no sucesso da operação (INEM, 2019).

Relativamente aos meios de socorro por mim selecionados para esta prática clínica, as SIV e as VMER encontram-se definidas no Despacho n.º 5561/2014. Este define então que a VMER, criada pela primeira vez em 1989, é constituída por um médico e um enfermeiro e está destacada para o transporte rápido de uma equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV) até ao local da ocorrência. O seu principal objetivo é a estabilização da vítima em contexto de pré-hospitalar e o acompanhamento diferenciado, sempre que se justifique, até à unidade de saúde mais apropriada à PSC. Esta é detentora de equipamento de SAV. Quando ativada, é sempre em simultâneo com uma ambulância, uma vez que o veículo da VMER não permite o transporte da vítima. Este veículo tem base hospitalar e em cada ativação é o médico quem assume a função de coordenador e responsável da equipa.

Quanto às SIV, criadas pela primeira vez em 2007, são compostas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), e destinam-se ao transporte acompanhado de vítimas de emergência médica/trauma, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida.

Ambos os veículos atuam segundo protocolos, que carecem da “aprovação” prévia do médico que estiver no CODU.

É inegável a eficácia do tratamento e a redução no tempo de diagnóstico face a uma intervenção precoce perante um EAM. Esta realidade é bastante evidente em locais geograficamente distantes dos grandes centros hospitalares do nosso país, mais concretamente no interior do país, onde é a intervenção pré-hospitalar a responsável pela intervenção mais rápida e adequada às PSC acometidas de EAM. Isto torna-se ainda mais evidente quando olhamos para a estatística que nos aponta que em 2021 o INEM registou 898 casos de EAM encaminhados para os centros-hospitalares através da ativação da VVC. Lisboa, Porto e Braga destacam-se entre os distritos com maior número de doentes encaminhados pelo INEM através da VVC. Destaque ainda mais específico para o Centro Hospitalar e Universitário de São João, que recebeu 119 destes doentes; o Hospital de Braga que recebeu 102 e o Centro Hospitalar de Lisboa Central que recebeu 71 doentes (INEM, 2022).

Em 73,4% dos casos decorreram menos de duas horas entre a identificação dos sinais/sintomas e o posterior encaminhamento através da VVC (INEM, 2022).

Os dados do INEM remetem ainda para o facto de 82,9% dos EAM registados em 2021 terem incidido em indivíduos do género masculino (INEM, 2022).

Sem dúvida que um reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do EAM é essencial para o sucesso da abordagem e deve motivar de imediato o contacto com o 112. Esta é a via preferencial visto que permite reduzir o intervalo de tempo desde a avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação do transporte para a unidade hospitalar mais especializada e adequada (Horta, 2018). Partindo daqui, é evidente a importância do EEEMC-PSC nestas situações, uma vez que são os seus cuidados especializados e holísticos que irão beneficiar a PSC acometida de EAM, através de intervenções seguras, de qualidade e fundamentadas na mais recente evidência científica.

No que concerne ao segundo contexto deste ensino clínico, a UTIC do HNM, segundo o manual do serviço, tem como missão prestar cuidados de saúde em contexto de cuidados intensivos, a utentes com patologias do foro cardíaco em situação crítica, que necessitem de vigilância hemodinâmica contínua e de cuidados altamente diferenciados. Recebe doentes provenientes do SU, do laboratório de Hemodinâmica ou do ambulatório, consoante o fim pretendido (contexto agudo ou procedimentos programados).

A UTIC encontra-se no Nível de cuidados II, uma vez que é detentora de uma equipa médica e de enfermagem própria; está equipada com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; dispõe e implementa medidas de controlo contínuo de

qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos, para os utentes com necessidade de suporte de apenas uma função orgânica (cardiovascular), (Marshall et al., 2017). Para este tipo de unidades é recomendado, pela OE (2019) o rácio de um enfermeiro, por cada duas camas de internamento, sendo que este rácio não é seguido na UTIC uma vez que, para cinco vagas de internamento estão apenas destacados dois enfermeiros por turno.

Seguindo a linha de pensamento dos autores anteriormente citados e de acordo com o mencionado pela OE (2019) no Regulamento n° 743/2019, a UCI nível II é aquela que: “tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e nas especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.” Ainda no mesmo regulamento defende-se que a constituição das equipas das UCI, 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da PSC, em permanência nas 24 horas, o que nem sempre se constatava nesta unidade dado o rácio insuficiente de EEMC na equipa de enfermagem.

A escolha de todos os contextos em que desenvolvi os ensinamentos clínicos traduziu-se, sem dúvida, numa mais valia para o meu processo de aprendizagem e contribuiu para o desenvolvimento de competências não apenas técnicas como também pessoais e relacionais.

**CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS
DE MESTRE**

É no Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, que está explícito que os EE são dotados de conhecimentos mais específicos num domínio característico, demonstrando níveis elevados de tomada de decisão e julgamento clínico, traduzidas num conjunto de competências especializadas.

No entanto, importa ter em consideração de que são os contextos da prática clínica aliados à formação contínua do enfermeiro e às experiências que este vive que permitem que, ao longo de todo o seu percurso profissional, desenvolva capacidades para a tomada de decisão, no exercício profissional autónomo, com base nos modelos e pressupostos que sustentam a profissão e fazendo recurso do julgamento e pensamento crítico e do processo de enfermagem, desenvolva estratégias para a resolução de problemas com respeito pela individualidade de cada pessoa de quem presta cuidados (Fernandes, 2015).

Um estudo realizado em 2019 teve como objetivo conhecer o contributo que a aprendizagem experiencial tinha para o desenvolvimento de competências em enfermagem. Assim desde janeiro de 2013 a agosto de 2017, os autores selecionaram cerca de 43 artigos sobre esta temática e constataram que a aprendizagem experiencial assume um papel preponderante como estratégia de ensino e aprendizagem, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências, havendo um especial enfoque quando este tipo de aprendizagem conduz a um processo crítico-reflexivo acerca do percurso profissional (Bresolin et al., 2019). Deste modo, é essencial clarificar o conceito de competência, para uma melhor compreensão de todo o processo, por mim desenvolvido no sentido da sua aquisição. Irei inicialmente abordar as competências comuns e no capítulo seguinte as competências específicas do EE.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 as competências comuns são

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

Ainda segundo o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4744) o EE é o profissional a quem se “se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e que partilha, além das competências específicas da sua área de especialização um conjunto de “competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”. Já em 2015, a OE, através do REPE, presente no Decreto-Lei n.º 161/96, caracterizava o EE como sendo o profissional apto, detentor de um curso de especialização em enfermagem, com título

profissional atribuído e com múltiplas competências reconhecidas, sendo estas: técnico-científicas, humanas, permitindo desta forma prestar cuidados de enfermagem generalistas, mas ainda cuidados de enfermagem especializados (na sua área de especialização).

Resumidamente os Domínios das Competências Comuns do EE, de acordo com a OE, ao abrigo do Regulamento n.º 140/2019, são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e moral (inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); melhoria contínua da qualidade – o enfermeiro desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora em programas de melhoria contínua de qualidade e cria/mantém um ambiente seguro; gestão de cuidados – o EE gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, adapta a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais – o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

O meu processo de aquisição de competências comuns enquanto EE não é estanque, ou seja, continuará ao longo da minha carreira profissional, buscando sempre melhores cuidados e mais evidência científica que os sustente, com base em momentos crítico-reflexivos.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Vários são os momentos, ao longo da nossa prática profissional, em que nos deparamos com dilemas éticos. Instantes em que temos de pesar todos os pormenores, crenças e valores que constituem a PSC diante nós. É através de um processo complexo de consciencialização e com base no código deontológico e no REPE que conseguimos fundamentar as nossas decisões enquanto enfermeiros, não descurando nunca o respeito pela dignidade, a qualidade de vida e os direitos humanos.

Uma vez que o nosso alvo de trabalho principal são as pessoas, torna-se evidente que a enfermagem vai muito além da componente técnica e prática do dia a dia.

Torna-se, por isso, imperativo focarmos os cuidados nas múltiplas dimensões do ser humano, atendendo às preferências e singularidade de cada um deles.

No contexto de PSC, é frequente a ocorrência de situações que exigem uma tomada de decisão consciente e a gestão de todo o processo de transição saúde/doença quer para a PSC como para a sua família, por forma a se garantir melhores e mais adequados cuidados de saúde. Todos estes têm por base os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e da autonomia.

Nesta linha de pensamento, faz todo o sentido aludir à Constituição da República Portuguesa, mais concretamente ao seu Artigo 64.º no qual consta que: “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. A Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, complementa esta afirmação afirmando que

é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer (p.56).

Estão englobados neste direito os princípios da privacidade, confidencialidade, da igualdade e da não discriminação, segundo a lei mencionada anteriormente.

Desta forma, é possível constatar que a responsabilidade do enfermeiro tem subjacente o cumprimento dos seus deveres profissionais, que constam do Código Deontológico da profissão. Nesse sentido, surge a deontologia como a formulação do dever profissional. Este é designado pela OE (2015) como um conjunto de normas da profissão que se baseiam em conceitos morais básicos tais como: a preocupação pelo bem-estar do outro, e ainda pela aliança entre os princípios morais e o direito com o objetivo de se definirem as boas práticas.

A responsabilidade profissional é indissociável da prática, e os seus valores e princípios encontram-se enunciados no Artigo 78.º do Código Deontológico.

Ao abordar a privacidade, emerge também a necessidade de falar acerca da informação oral e escrita e da segurança das mesmas.

No SU, nem sempre é possível ter uma passagem de turno num local calmo, privado e sem outras pessoas à volta para que se partilhem os dados pertinentes para que se assegure a continuidade de cuidados. Deparei-me com momentos em que se adequava o tom de voz, ou em que simplesmente transmitiam por via escrita ao elemento que continuava a prestação de cuidados no turno seguinte; estes cuidados visavam o respeito pela confidencialidade e privacidade de cada PSC.

Relativamente à privacidade da PSC, pude constatar que sempre que possível eram prestados cuidados com a colocação de biombos para individualizar os espaços; e no SU onde exerço funções, por exemplo, nas situações em que os utentes se encontram em macas

aglomeradas no corredor, dada a sobrelotação do serviço, é recorrente transportar a maca até um espaço privado para a prestação de cuidados e após o seu término, retoma o espaço em que se encontrava anteriormente. Em ambos os contextos de prestação de cuidados, foi sempre atendida à privacidade da família em situação crítica, no momento de transmissão de más-notícias, por exemplo, em que, mesmo não havendo um espaço específico para aquele momento acabava sempre por haver a adaptação de um espaço com ambiente calmo e desprovido de ruídos e estímulos externos para que se procedesse à transmissão de notícias ou até mesmo visita à PSC.

No que concerne à UCIP, as passagens de turno tinham dois momentos: um junto à unidade da PSC e outro em que a equipa de enfermagem se reunia no centro da UCIP. Ambos os momentos, na minha ótica, nem sempre garantiam o respeito pela privacidade e confidencialidade, uma vez que a informação facilmente se tornava acessível ao ambiente envolvente. O mesmo sucedia na UTIC, em que das cinco unidades individuais disponíveis, duas não tinham porta pelo que a informação partilhada era facilmente ouvida por estes utentes. Deparei-me com enfermeiros que tinham isso em conta e moderavam o tom de voz, outros que infelizmente, nem tanto, acabando por desrespeitar o direito à confidencialidade que cada utente tem.

No contexto pré-hospitalar foi notória a atenção que os enfermeiros dispensavam para este ponto tão essencial no cuidar. Atendiam à confidencialidade da informação, solicitando informações aos familiares em locais privados, distantes do local da ocorrência, sem outras pessoas em seu redor. Atendiam à privacidade da PSC, mas também da sua família, sendo que muitas das vezes se procedia à evacuação da PSC para o interior da ambulância, fechavam-se as portas e então retomavam a abordagem à vítima num ambiente mais protegido e privado.

O Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, sustenta o direito à confidencialidade da informação uma vez que refere que deve: “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p.81).

Há um outro ponto de referência essencial neste subcapítulo: a importância do consentimento informado, livre e esclarecido, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos da pessoa. Relativamente a este, é no artigo 3.º da Lei n.º 15/2014 que encontramos que o consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde “devem

ser declarados de forma livre e esclarecida” e, que o utente “em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde, pode revogar o consentimento” (p.2128). A Lei n.º 95/2019 vem reforçar esta afirmação, afirmando que a pessoa tem o direito “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...)” (p.56).

Posto isto, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, transpostos na Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, remete para a importância de se obter o consentimento da pessoa para qualquer ato médico, enfermagem ou de outro profissional. O consentimento explícito escrito é necessário para atos como cirurgias e doação de hemoderivados. Por outro lado, existem exceções, sendo estas as situações *life-saving* de urgência, onde se assume um consentimento presumido, atuando como medida imprescindível para o benefício da saúde da pessoa.

No consentimento presumido, o princípio é o de que aquela pessoa daria o seu consentimento se se encontrasse capaz de o fazer. Nestes casos a alternativa poderia ser incapacidade grave e/ou a morte. A Norma n.º 015/2013 da DGS, orienta para a utilização do consentimento presumido quando a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada, havendo risco para a sua saúde/vida, sendo importante que não se adie o ato para a obtenção do seu consentimento escrito. Prevalecem nestas situações o princípio da beneficência, assumindo a equipa de saúde a responsabilidade de fornecer toda a informação à pessoa/ representante legal assim que este esteja disponível/capaz para a receber.

Na UTIC, sempre que possível procedeu-se ao consentimento explícito e escrito para procedimentos a realizar no laboratório de hemodinâmica, por exemplo (cateterismo cardíaco, implantação de *pacemaker*, entre outros). Já no SU e no pré-hospitalar, foram mais frequentes as situações em que se assumiu o consentimento como presumido, do que escrito e explícito, uma vez que nestes contextos é frequente a ocorrência de situações emergentes, em que breves segundos podem traduzir-se em danos irreversíveis para a pessoa em causa. É igualmente frequente na UCIP a ocorrência de situações em pessoas inconscientes, em que naquele instante não era possível contactar a família, embora a família não seja legalmente responsável pela decisão, a equipa de saúde tenta sempre consultá-la. Nestas situações, também se assumia o consentimento como presumido.

Na prática clínica no SU do HSM deparei-me com várias situações em que a morte cerebral era declarada e em que os utentes reuniam condições para a doação de órgãos. Nestes casos, em específico, a prestação de cuidados por parte da equipa multidisciplinar

tem como fim manter os órgãos “vivos”. Este é um processo específico, que se encontra protocolado no HSM, em que a colheita de órgãos é realizada por forma a que se mantenha sempre o anonimato do dador, excetuando, evidentemente as situações em que a pessoa em questão é um não dador. No nosso país, temos que os órgãos mais doados são os rins, o fígado, o pulmão, o coração e o pâncreas (Serviço Nacional de Saúde, 2022a).

Abordar esta temática remete para a importância do testamento vital, legalmente descrito como diretiva antecipada de vontade, plasmado na Lei n.º 25/2012. Neste documento está explícita a vontade da pessoa, de forma consciente, livre e esclarecida, face aos cuidados de saúde que deseja receber ou não receber, em caso de, nalgum instante da sua vida, não se encontrar capaz de expressar a sua vontade pessoal (p. 3728).

A portaria n.º 141/2018 regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital, garantindo o acesso por parte dos profissionais de saúde ao mesmo a qualquer instante, de qualquer cidadão no nosso país, uma vez que “tem como finalidade recepcionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde”.

O registo da vontade expressa encontra-se presente no Registo Nacional de Testamento Vital e segue os trâmites da Portaria n.º 96/2014. No caso da PSC ser turista, o familiar ou a pessoa de referência, entrega o documento legal, certificado e traduzido, que expresse a sua vontade. Na RAM existem 1024 pessoas com esta diretiva antecipada de vontade, sendo que 64,5% da amostra corresponde ao sexo feminino (Serviço Nacional de Saúde, 2022b).

Em todas estas situações é visível os cuidados que se prestam no sentido de atender ao bem-estar, conforto, dignidade e privacidade da PSC, traduzindo-se em cuidados de enfermagem de excelência mesmo nas situações emergentes.

Ao longo deste percurso académico, mais especificamente nas práticas clínicas anteriormente enunciadas foi-me possível desenvolver uma prática profissional consciente e responsável, com base nos princípios éticos e deontológicos da enfermagem. Adotei por isso um compromisso com as PSC/sua família, de respeitar os seus interesses e direitos (privacidade, confidencialidade, crenças e valores), promovendo a qualidade de vida, refletindo sobre as questões éticas, procurando sempre o melhor e mais adequado para cada pessoa e situação.

No entanto, nem todas as tomadas de decisões se traduziram em processos simples e fáceis. Todos esses momentos necessitaram de uma análise crítico-reflexiva, atendendo sempre às preferências da PSC/sua família. Contou também a experiência profissional, momentos de partilha de conhecimentos e experiência junto dos enfermeiros tutores e restante equipa multidisciplinar, sempre com a finalidade de se decidir e zelar pelo bem-estar da PSC/sua família. Em nenhum destes momentos foi destoado o que consta da Lei n.º 156/2015, Artigo 100.º, em que está explícito que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade por todos os atos que pratica ou delega (p. 8102).

Relembro situações da prática clínica que se traduziram em momentos enriquecedores do meu processo formativo no que concerne a esta área, nomeadamente na prática clínica de opção no contexto de pré-hospitalar, situações de PCR em que a decisão de continuar ou suspender as manobras de reanimação era sempre decidida após o médico responsável consultar a opinião de todos os presentes na equipa de socorro, após ter aferido junto aos familiares/pessoa significativa alguns dados acerca do historial clínico da PSC. Estas medidas faziam com que todos os elementos da equipa de socorro se sentissem parte integrante da decisão, partilhando a responsabilidade da mesma.

Já na prática clínica no SU do HSM, relembro a situação de uma PSC que deu entrada na sala de reanimação após ter sido vítima de acidente de viação com projeção. A instabilidade hemodinâmica da PSC fez com que se procedesse a vários exames complementares de diagnóstico que confirmaram fratura de bacia instável, com hemorragia interna ativa. Naquele instante, procedeu-se à transferência imediata da PSC para o bloco operatório para estabilização pélvica. Nesta situação a equipa multidisciplinar assumiu o consentimento informado como presumido, uma vez que prevaleceu o princípio da beneficência, assumindo a equipa de saúde a responsabilidade de fornecer toda a informação à PSC/ representante legal assim que este estivesse capaz para a receber, tal como preconiza a Norma n.º 015/2013 da DGS.

Outras questões éticas que não passam despercebidas no cuidar da PSC, independentemente do seu contexto, debatem-se com o prolongamento da instituição de cuidados invasivos à PSC em fim de vida; com a decisão de não reanimar e ainda com o momento de transmissão de más-notícias, sendo que esta última foi uma das temáticas por mim escolhida para uma reflexão crítica segundo o ciclo de Gibbs no contexto da prática clínica no SU do HSM, podendo ser consultada no apêndice A.

Sem dúvida que em todos estes momentos a experiência profissional, a maturidade dos elementos da equipa multidisciplinar e o processo crítico-reflexivo individual e em equipa, fizeram a diferença, acabando sempre por ser tomada uma decisão consciente e sustentada pelos princípios éticos e deontológicos.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Nos tempos que correm, associado à própria evolução dos cuidados de saúde e da informação que utentes e famílias possuem acerca dos mesmos é imperativo que se prestem cuidados com cada vez mais qualidade (Ribeiro et al., 2017). No entanto, esta é uma missão desafiadora para o SNS, por toda a complexidade inerente. A preocupação e atenção despendidas pelas unidades de saúde, com a qualidade dos cuidados que se prestam no nosso país é cada vez mais evidente.

O Despacho n.º 9390/2021, do qual consta o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, é uma das principais linhas orientadoras para a garantia da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal. Este remete para o apoio necessário aos gestores do SNS para que se apliquem métodos que permitam objetivar e definir metas que melhorem a qualidade dos cuidados nas instituições de saúde. Remete, ainda, para o facto da segurança dos doentes ser da inteira responsabilidade das equipas de saúde, assumindo desta forma o enfermeiro o dever de “garantir a qualidade” dos cuidados, segundo o que consta da Lei n.º 156/2015.

Os objetivos do PNSD 2021 -2026, passam então por consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Este plano assenta em cinco pilares essenciais: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente; e Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

O mesmo Despacho remete ainda para o facto de que o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em todas as etapas do processo, é um direito essencial aos cidadãos, a quem é concebida a legitimidade para os exigir. A Lei n.º 95/2019, que consagra a Lei de Bases da Saúde reforça ainda a importância de que todos os cidadãos têm o direito de aceder aos cuidados de saúde que deverão seguir “as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56).

Tornou-se, pois, uma prioridade no que concerne aos cuidados de saúde, que estes sejam de qualidade, uma vez que aliada à segurança dos cuidados, permite a redução de riscos e erros na prestação de cuidados.

A preocupação em se criar sistemas de qualidade para a prestação de cuidados não é algo de novo no nosso País. Já em 2001 a OE criou os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que se traduz num instrumento prático que ajuda a clarificar o papel do enfermeiro junto dos utentes e da população em geral. Deste constam seis categorias de enunciados descritivos que procuram representar os cuidados; estes referem-se à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Este documento enaltece ainda a importância da qualidade na prestação de cuidados em saúde e remete para o facto desta não se conseguir obter apenas com o exercício profissional da enfermagem, mas sim com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar.

De forma mais objetiva, enuncio o Regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, uma vez que foram estes a base da minha prática enquanto futura EE. Neste documento os enunciados descritivos são semelhantes aos anteriormente referidos, tendo alguns mais específicos e particulares para a área de cuidados à PSC. Estes englobam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Desta forma, um dos objetivos que delinee para as práticas clínicas deste mestrado foi conhecer as estratégias de qualidade dos serviços e os seus programas de acreditação, mais concretamente, a acreditação de unidades de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), que é um modelo focado na certificação da prestação de cuidados.

Através deste modelo é possível averiguar e investigar de que forma os cuidados de saúde prestados vão ao encontro aos padrões definidos, visando a melhoria contínua da qualidade que a DGS pretende desenvolver em Portugal, tendo por isso sido adotado pelo SNS (DGS, 2014). O processo de acreditação não é estanque, e é essencial que se consciencialize os profissionais que diariamente o contributo de cada um é imprescindível para que se atinja a qualidade dos cuidados.

Ao longo das práticas clínicas inteirei-me dos projetos de melhoria contínua da qualidade em cada serviço e, apesar de não ter integrado especificamente em nenhum deles,

tive oportunidade de discutir com os enfermeiros tutores acerca da sua implementação, sendo por isso possível identificar áreas de melhoria, tais como a necessidade de formação acerca de medidas para controlo da infeção; prevenção de quedas e úlceras por pressão e atualização dos protocolos de cada serviço com base na evidência científica atual.

Relativamente à UCIP e à UTIC, estas duas unidades encontram-se acreditadas no nível Bom, de acordo com o modelo ACSA.

Nestes serviços enumero vários pontos fortes no que concerne ao seu funcionamento interno, como por exemplo: a definição precisa das funções e responsabilidades de cada elemento da equipa multidisciplinar, a existência de elos de ligação aos diferentes projetos da instituição, a existência de um plano de integração para novos profissionais no serviço, a definição de procedimentos para o controlo e eliminação de resíduos, a existência de protocolos e de sistemas/equipamentos tecnológicos adaptados às necessidades atuais.

Relativamente a protocolos, todos os serviços por onde passei possuem um conjunto de protocolos revistos e atualizados, elaborados à luz da mais recente evidência científica, e estão disponíveis para consulta nos manuais próprios de cada um destes serviços. Estes traduzem-se num meio de orientação para que os cuidados prestados sejam uniformizados e contribuem para uma tomada de decisão fundamentada, reduzindo por isso a probabilidade de errar. A existência destes protocolos traduz-se ainda numa maior segurança para o doente (Veloso, 2018). Esta realidade é evidente por exemplo no pré-hospitalar, quando, perante situações *life-saving*, se atua prontamente, estando a ação protocolada. Relembro alguns dos protocolos que considerei essenciais nesta prática: protocolo da abordagem à vítima, protocolo das alergias, protocolo da dispneia, protocolo da hipoglicémia, protocolo da PCR, protocolo da dor torácica, entre outros.

Na UCIP e na UTIC, os protocolos também assumem um papel preponderante para uma prática segura e de qualidade. Nestes serviços tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem com base nos mais variados protocolos como: a administração e vigilância dos resultados esperados e identificação precoce de possíveis complicações de noradrenalina e potássio sérico, cardioversão elétrica, administração de insulina, administração de oxigenoterapia, inserção de cateter arterial, inserção de cateter venoso central (CVC); monitorização da pressão arterial invasiva (PAI); entubação endotraqueal (EOT); hipotermia terapêutica, entre outros.

Tive igualmente oportunidade de, ao longo das práticas clínicas, orientar a prestação de cuidados para a minimização do risco; para isso avaliei constantemente as intervenções por mim implementadas. Adotei, igualmente, outras medidas com o objetivo de proporcionar um ambiente seguro para a prestação de cuidados, tais como: prevenção de erros na administração terapêutica, a correta identificação dos doentes, prevenção de quedas (escala de Morse) e de úlceras por pressão (escala de Braden), bem como no momento da transmissão de informação acerca dos doentes.

Os serviços por onde passei eram detentores de um sistema que permitia a formulação por escrito de possíveis incidentes referentes a atos clínicos/não-clínicos. Através deste registo é possível realizar uma análise e reflexão acerca das causas, avaliar as consequências e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados, sem atribuição de culpa, como preconiza o PNSD 2021-2026.

Relativamente à segurança na utilização da medicação, esta é parte integrante de um dos pilares do Despacho n.º 9390/2021.

Erro de medicação, segundo Azevedo et. al (2020) consiste num evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicação, ou mesmo causar danos ao doente. Tendo em conta isto, adotei diariamente medidas que visavam reduzir o risco da ocorrência deste tipo de erro. Para isso, certifiquei-me em todos os contextos da prática que administrava o medicamento correto à pessoa correta (através da confirmação da prescrição e da identificação do utente), que a administração decorria à hora certa e pela via certa, com uma duração de administração correta e com um prazo de validade válido, sempre com a implementação de medidas para o controlo de infeção. Após a administração, procedia à avaliação e registava todo o procedimento.

Posso afirmar que, em todos os contextos da prática, este é um cuidado tido em conta por todos os enfermeiros que preparavam e administravam a medicação consoante os aspetos anteriormente descritos e que procediam à dupla confirmação sempre que fosse necessário. Identifiquei ainda que o sistema informático, aquando da prescrição, é detentor de “alertas” que identificam a medicação com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspetos semelhantes, conhecidos como medicamentos “*look-alike*” e “*sound-alike*”, alertando assim para um maior risco de erro na preparação/administração.

No que concerne à identificação inequívoca dos doentes, esta intervenção traduz-se num ato essencial para a prestação de cuidados, uma vez que em ambientes complexos, onde a vida da PSC está em risco, é determinante que se preste o cuidado correto ao doente

correto, que se administre a terapêutica correta e que se apliquem técnicas igualmente adequadas a cada PSC. Para isso, tendo em conta que muitos destes doentes se encontram com alteração do estado de consciência/sedados é essencial que a sua correta identificação seja feita, através da colocação de uma pulseira com o nome completo e número de processo.

Ainda no contexto da segurança dos doentes temos a prevenção de quedas, e nesse sentido tanto na UCIP como na UTIC denotei que é implementada a Escala de Morse para a avaliação do risco de queda (exceto para utentes tetraplégicos e/ou em coma). Segundo Monteiro (2020) a identificação do risco de cada para cada utente permite a prevenção das mesmas, através da implementação de medidas para a prevenção destes incidentes, desde a elevação das grades da cama à gestão ambiental.

No entanto, nem sempre esta escala é aplicada quando preconizado (admissão, e períodos recomendados de acordo com o *score* de risco obtido), dada a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros nestes serviços. Por outro lado, embora não se efetue o registo quando idealizado, não são descuradas as medidas para prevenção deste tipo de incidentes.

O sistema informático possui ainda uma aplicação própria para a notificação de quedas, sendo que a partir da análise do mesmo permite entender os motivos desencadeantes e tentar deste modo evitar que se repita.

O PNSD remete ainda para a importância da prevenção das úlceras por pressão. A existência de uma úlcera por pressão significa dor, sofrimento, risco de infeção e por isso deterioração da qualidade de vida do doente, podendo culminar em morte (Ribeiro, 2020).

O mesmo Despacho sugere então que as instituições de saúde estejam equipadas com material que contribua para a prevenção destes eventos (ex: colchões de pressão alterna, camas articuladas que facilitam a alternância de decúbitos no leito, entre outros), sejam detentores de um sistema de notificação dos mesmos que permita uma análise reflexiva com vista na melhoria da qualidade dos cuidados e que implementem protocolos atualizados e baseados em evidência científica recente.

Procurando ir ao encontro do preconizado, ao longo da minha prática na UCIP e na UTIC apliquei a escala de *Braden* a todos os utentes, com a periodicidade prevista. Esta escala permite a avaliação do risco de úlcera por pressão, sendo que a identificação do risco permite a sua prevenção, segundo Ferreira (2019).

Nestes serviços é notório o foco dos enfermeiros com esta realidade, sendo que diariamente são aplicadas medidas preventivas tais como a alternância de posição do doente no leito, hidratação da pele através da aplicação de creme hidratante e massagem corporal,

gestão da hidratação e do aporte nutricional, entre outros, indo de encontro ao que propõe Vidal (2019).

Nestas unidades, os doentes são muitas vezes portadores de dispositivos médicos que aumentam o risco de ocorrência de úlcera por pressão, tais como: cateter vesical e sonda nasogástrica (ao alternar a posição é preciso confirmar que não ficou debaixo do doente), doentes sob Ventilação Não Invasiva (VNI), em que a pressão exercida pela máscara pode causar lesões nos seus bordos, sendo por isso necessário o seu alívio e hidratação com óleo de amêndoas doces; também doentes sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), onde importa fixar corretamente o tubo orotraqueal através de um fio de nastro; fio esse que necessita de controlo na pressão exercida, uma vez que poderá causar lesões labiais e auriculares. É também importante o alívio e hidratação destas zonas (Vidal, 2019).

Realço ainda que nestes serviços deparei-me algumas vezes com auditorias aos processos clínicos, para validação dos cuidados e da aplicação das escalas, sendo esta uma medida implementada pelos serviços para garantia e melhoria da qualidade dos cuidados que se prestam.

No SU e no INEM, no que concerne ao anteriormente descrito acerca das quedas e das úlceras de pressão, esta não é uma prática dos profissionais de saúde, com exceção dos doentes que acabam por permanecer mais de 24h no SU.

Deste modo, importa ainda realçar a premissa defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020, onde se defendeu que os serviços de saúde a nível mundial, para serem considerados de qualidade devem de ser eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (WHO, 2020)

Desta forma, posso então concluir que colaborei na gestão dos projetos institucionais referentes à qualidade dos cuidados, garantido a melhoria contínua dos mesmos. Prestei cuidados centralizados no doente/sua família e, para isso, procurei prevenir incidentes, através da gestão do ambiente envolvente. Posso ainda referir que, ao melhorarmos a qualidade dos cuidados, estamos a contribuir para um melhor e mais equitativo acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, e ainda para a segurança desses mesmos cuidados. Desta forma, é-me possível constatar que norteiei o meu percurso ao longo deste mestrado por forma a desenvolver as competências de mestre, de forma autónoma. Isto vai de encontro ao descrito no Decreto-Lei n.º 65/2018, no artigo 15º, mais concretamente nas alíneas

b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares (...), c) capacidade para integrar

conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (...) incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções (...). e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão em saúde por enfermeiros desde há vários anos que é exercida. É competência do EE gerir os cuidados, procurando otimizar as respostas da equipa face às necessidades dos doentes, por forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados. Para isso, é competência do EE adequar os recursos às necessidades expressas, e identificar e adotar o estilo de liderança mais adequado para a garantia da qualidade (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 76/2018 a gestão por parte dos enfermeiros é essencial para a qualidade e segurança do exercício profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p. 3478).

O mesmo Regulamento define o enfermeiro gestor como sendo aquele que

detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; (...) é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (p.3478).

Um bom gestor deve ser capaz de liderar e orientar a sua equipa, defendendo que a mesma deve oferecer o melhor atendimento possível aos doentes mesmo durante situações de urgência/emergência (Brazão et. al, 2016).

Nesta linha de pensamento, ao longo das práticas clínicas, procurei nortear o meu percurso no sentido de observar o papel do enfermeiro chefe e acompanhá-los, sempre que possível e pertinente, no desempenho das suas funções.

No que concerne à primeira prática clínica, no HSM, várias foram as oportunidades que tive de observar e colaborar nas funções de gestão, uma vez que a minha tutora era chefe de uma das equipas de enfermagem. Como tal, tive oportunidade de compreender o método de distribuição dos elementos da equipa pelos postos de trabalho (o princípio desta tarefa consistia em alocar o profissional ao posto para o qual este possuía maior diferenciação de competências e experiência para que se obtivesse uma melhor resposta às diversas situações). Especificamente neste serviço, o EMC fica frequentemente alocado à sala de reanimação ou à sala de observação, sendo estes os postos onde as PSC mais instáveis se encontram neste serviço. Gerir um SU é uma tarefa complexa, dada a imprevisibilidade dos acontecimentos e a complexidade de grande parte das situações que ocorrem; não

descurando o baixo rácio de recursos humanos disponíveis. Atualmente, a equipa do SU conta com cerca de 130 elementos, distribuídos por cinco equipas. Todas as equipas têm EE das mais diversas especialidades: médico-cirúrgica, reabilitação e saúde comunitária. Este é contudo, um número muito abaixo das necessidades deste SU. Não podemos esquecer que a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, representam aspetos essenciais no que concerne aos índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo (e para a própria organização), sendo que, para isso, devem-se instituir metodologias e critérios que visem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Regulamento n.º 743/2019). Deste Regulamento consta a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que defende a importância da existência de um modelo de prestação de cuidados que permita a capacidade de adaptação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos equipamentos tecnológicos de saúde, às características de saúde/doença da população e ainda aos métodos de gestão, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados.

O Regulamento n.º 743/2019, defende ainda que o posto de triagem num SU deve ser assegurado por um enfermeiro com formação específica no Sistema de Triagem de Manchester, e que, no caso específico de um SU de adultos, este seja assegurado por um EEMCPSC.

Na prática clínica no SU do HSM denotei a mesma realidade do meu dia-a-dia no SU do HNM, ou seja, a triagem é realizada por um enfermeiro detentor do curso de triagem de *Manchester* mas não por um EEMCPSC.

Ainda no Regulamento n.º 743/2019 consta que a equipa de enfermagem do SU deveria, idealmente, ser composta por cerca de 50% de EEMCPSC, detentores de formação em SAV, em permanência nas 24 horas. No SU do HSM, a equipa em que fiquei alocada, por exemplo, possuía apenas 3 EEMC de um total de cerca de 18 elementos, pelo que posso constatar que o rácio está aquém do idealizado.

O método de trabalho adotado no SU do HSM é o método individual. Este consiste na atribuição de um número de doentes por área, aos quais o enfermeiro alocado deverá prestar todos os cuidados durante o seu turno. Esta ideia é também defendida por Neto (2016).

Silva (2017) defende que no método individual o atendimento às PSC não é fragmentado. A atenção do enfermeiro está centrada nas necessidades da PSC, valorizando

a individualização dos cuidados; sendo este o responsável pela prestação de cuidados às PSC atribuídas. Reforça ainda a importância de ser o enfermeiro o responsável por avaliar as necessidades da PSC e de personalizar os planos de cuidados a cada uma delas, visando cuidados específicos e com maior qualidade.

Como vantagens do método individual, Silva (2017) refere a maior satisfação profissional, uma vez que o enfermeiro ao ser responsável pelos cuidados prestados assume a capacidade de decisão. Aliada a esta vantagem surge também a satisfação da PSC/família, uma vez que experiencia sentimentos de confiança, ao estabelecer relação terapêutica com o seu enfermeiro responsável. Porém, este método de trabalho também tem limitações. A autora menciona a existência de planos de cuidados por vezes incompletos, dada a diversidade de profissionais de enfermagem que cuidam da PSC e a escassez de tempo Silva (2017).

No SU do HSM o enfermeiro chefe de equipa tem atribuídas uma série de funções, além do posto ao qual este também fica alocado. No caso da minha tutora, ficava alocada à sala de reanimação ou à Sala de Observação e era ainda a responsável pela requisição de material de consumo clínico, pela distribuição dos elementos pelos postos, pela gestão do tempo de pausas para refeições dos enfermeiros e ainda por pedidos de terapêutica à farmácia. No SU do HNM estas também são as funções dos chefes de equipa, à exceção que não ficam alocados a nenhum posto, colaborando com a equipa de enfermagem sempre que necessário nalgum posto que se encontre mais sobrelotado ou na substituição dos elementos aquando das pausas.

No que concerne à prática clínica na UCIP, nesta tive a oportunidade novamente de acompanhar o enfermeiro chefe de equipa em três turnos.

Existe na UCIP um sistema de classificação dos doentes denominado de TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System), que é preenchido pelo enfermeiro responsável de equipa no turno da noite, e através do mesmo pontua e classifica a gravidade de cada PSC internada na UCIP, por forma a permitir uma atribuição justa a cada enfermeiro do turno seguinte consoante a carga horária necessária para os cuidados àquela PSC.

Esta escala tem a sua importância reconhecida, no entanto foram identificadas algumas lacunas estruturais no que concerne à avaliação da carga total de trabalho dos enfermeiros, pois as atividades relacionadas com cuidados indiretos à PSC não são consideradas como por exemplo as intervenções de apoio à família (Lucchini et al., 2018).

A TISS-28 é responsável por classificar a PSC no que toca à gravidade, quantificando as intervenções terapêuticas utilizadas e o tempo necessário aos enfermeiros para que se prestem determinados cuidados imprescindíveis à PSC, sendo que, quanto mais grave for o estado de saúde, maior será o número de intervenções, necessitando por isso de mais cuidados de enfermagem (Simões, 2020). Os 28 itens que a constituem depreendem-se com as atividades diárias de vida, suporte cardiovascular, intervenções técnicas específicas, suporte ventilatório, renal, neurológico e metabólico (Simões, 2020).

Porém, já em 2003 Miranda et al. denotaram que o TISS-28 subvalorizava a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI, alcançando o valor de 43,3% do tempo real de atuação, quando comparado com o NAS (Nursing Activities Score) que obteve o valor de 80,8%.

O NAS é constituído por 23 itens, resultando do acrescento de cinco novas categorias ao TISS-28 tais como o controlo e monitorização, cuidados de higiene, mobilização e posicionamento, apoio e cuidados à família/PSC e atividades de gestão. Miranda et al. (2003) constataram ainda que são estas novas cinco categorias acrescentadas ao TISS-28 a representar cerca de 60% do tempo médio na prestação de cuidados de enfermagem nas UCI.

Em 2021 Macedo et al., constataram num estudo do tipo descritivo-correlacional, relativamente à adaptação do NAS para o nosso país que este era um “instrumento de fácil aplicabilidade, objetivo, que mensura tanto cuidados de enfermagem diretos e indiretos” sendo por isso aconselhado a sua aplicação a Portugal.

Na UCIP a atribuição dos utentes aos enfermeiros segue o método de enfermeiro responsável. Este método é caracterizado pela atribuição de responsabilidade a um elemento da equipa de enfermagem por uma PSC desde a sua admissão no serviço até ao momento de alta. Para isso, planeia e implementa cuidados de enfermagem com base no plano de cuidados e garante que na sua ausência os enfermeiros associados deem continuidade ao mesmo, podendo a qualquer momento qualquer um deles alterar o plano de cuidados caso o estado de saúde da PSC assim o exija (Silva, 2017). Como vantagens deste método de trabalho, a autora supracitada menciona a satisfação pessoal quer do enfermeiro como da PSC, uma vez que o planeamento dos cuidados surge fruto da relação estabelecida entre ambas as partes. O enfermeiro responsável é quem melhor conhece a PSC e por isso é o mais capacitado para a elaboração de um plano de cuidados devidamente personalizado.

Assim sendo, por norma, sempre que possível, os utentes em estado mais crítico ficam atribuídos aos EEEMC (um doente para cada enfermeiro quando são classificados pela TISS-28 no nível III ou IV que indica instabilidade hemodinâmica com necessidade contínua de cuidados, vigilância e monitorização ou dois doentes por enfermeiro quando são classificados pela TISS-28 no nível I ou II que indica estabilidade hemodinâmica com necessidade de vigilância e monitorização contínua).

Em cada turno, é ainda da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa preencher ficheiros relativamente ao controlo de estupefacientes (é feita a contagem e confirmado o registo no documento em papel), testar o desfibrilhador portátil, confirmar a operacionalidade de todo o material existente no carro de emergência da UCIP, confirmar a temperatura adequada do frigorífico onde fica acondicionada medicação, entre outros.

No Regulamento n.º 743/2019 defende-se ainda que a equipa de enfermagem da UCIP deveria, idealmente, ser composta por cerca de 50% de EEMCPSC, em permanência nas 24 horas. Na UCIP tal não se verifica, uma vez que, por exemplo, na equipa em que fiquei alocada existiam apenas 4 EEEMC em 10 elementos, podendo então constatar que o rácio está aquém do preconizado.

Na UTIC, aplica-se o método de trabalho de enfermeiro responsável. E neste serviço o rácio preconizado para UCIs (50% dos elementos por turno deverá ser EEEMC) é respeitado, uma vez que dos dois enfermeiros alocados a este posto, um deles é sempre EEEMC.

Relativamente à prática clínica no INEM, não existem propriamente regras de atribuição de doentes ou métodos de trabalho específicos, uma vez que o enfermeiro está alocado a um veículo, e sai sempre que este for ativado para uma ocorrência. Quando perante uma vítima apenas, é por essa que o enfermeiro fica responsável. Em cenários de multi-vítimas, é acionado o processo de triagem pré-hospitalar e consoante as necessidades de cuidados e estado de saúde das vítimas fica o enfermeiro responsável pelos mesmos, sendo necessário haver uma adaptação dos recursos a cada situação. O método de trabalho segue o algoritmo universal de abordagem à vítima ABCDE, que antecede o momento de transporte da PSC para a unidade hospitalar mais adequada e disponível à sua condição.

O transporte da PSC é transversal a qualquer um dos contextos das minhas práticas clínicas ao longo deste percurso. Importa salientar que o transporte seguro do doente crítico é uma área multifacetada que diz respeito não só ao doente crítico em toda a sua instabilidade

e falência orgânica como também exige um pensamento crítico e sistematizado da nossa atuação em prol de um bem maior que é a sua segurança.

O transporte do doente crítico, acarreta vários riscos para o doente, mas também para os profissionais, uma vez que as condições do ambiente podem influenciar a segurança do transporte. De acordo com a literatura existem diversas complicações que podem surgir, nomeadamente respiratórias, tais como: hipóxia, broncoespasmo, aumento da frequência respiratória, dessincronização da prótese ventilatória, pneumotórax, entubação seletiva ou mesmo extubação acidental (Pavão, 2021). No âmbito hemodinâmico podemos ter a presença de taquicardia, arritmia, variações nos valores de pressão sanguínea. No campo neurológico, poderá haver alterações do estado consciência. Ainda se pode acrescentar a extração acidental de acessos venosos por ser frequente, segundo a bibliografia (Pavão, 2021).

Neste sentido, denotei a inexistência de uma *check-list* que permitisse efetuá-lo com maior segurança e tive a oportunidade de elaborar um documento para o mesmo, que foi posteriormente aprovado e implementado pela equipa de enfermagem do SU do HSM (apêndice B).

Indo ao encontro das competências de Mestre, explícitas no Decreto-Lei n.º 65/2018, posso então constatar que este instrumento por mim criado contribuiu para uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, em particular no que concerne à segurança do transporte da mesma. Desta forma, o meu contributo surgiu numa tentativa de alcançar a excelência de cuidados de enfermagem especializados aquando do transporte intra-hospitalar da PSC.

Em todas as práticas clínicas tive a oportunidade de colaborar em diversos tipos de transporte das PSC. Algumas que eram transferidas definitivamente para outros serviços, outras que iam apenas ao serviço de imagiologia realizar exames complementares de diagnóstico, outras que iam ao laboratório de hemodinâmica e, por fim, no estágio do INEM aquelas que eram transportadas até à unidade hospitalar mais adequada para a sua situação.

Outra vertente que não pode ser descurada aquando o transporte é a gestão, pois este é um momento que exige a mobilização de elementos para fora do serviço, requerendo para isso a sua substituição no posto onde inicialmente estava alocado. Cabe ao enfermeiro chefe de equipa gerir todo este procedimento, sempre com o objetivo de garantir a segurança e promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Assim sendo, é-me possível afirmar que as oportunidades que tive no âmbito da gestão de cuidados traduziram-se numa mais valia para o meu percurso enquanto futura EEEMC. Identifiquei necessidades além dos cuidados diretos aos utentes que se manifestaram essenciais para que as condições para uma prática segura estivessem garantidas. Foi claro que esta visão só é possível sob o olhar crítico que só um EEEMC consegue desenvolver. Manifestou-se, por isso, bastante produtivo e evidenciou a importância do EE no âmbito da gestão, tal como preconiza o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019.

Ainda nesta linha de pensamento, emerge referenciar outro aspeto essencial para que o sucesso do transporte seja alcançado, a comunicação.

A comunicação entre a equipa de transporte, juntamente com os restantes profissionais que participam nas diversas fases do transporte, é essencial para a segurança da PSC. Esta deve ser clara e padronizada, pelo que considerarei que a organização dos passos num único documento fosse facilitar o processo.

A Direção-Geral da Saúde na sua Norma nº 001/2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, acrescenta que a comunicação entre profissionais deverá ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”.

Segundo a DGS (2017) para a passagem de informação acerca do utente entre serviços distintos, deve ser usada a técnica ISBAR. Esta técnica é fortemente recomendada e reconhecida por promover a segurança do doente em situações em que há transição de cuidados.

A mnemónica representa o seguinte: I- Identificação (do emissor, recetor e do utente); S- Situação que motivou as necessidades em saúde (descrição); B- Antecedentes; A – Avaliação do doente e das intervenções realizadas (terapêuticas administradas, estratégias de tratamento planeadas, alterações de estado de saúde significativas); R- Recomendações para a continuidade dos cuidados (DGS, 2017).

Quando se abordam os cuidados à PSC torna-se essencial focar a importância que a gestão de cuidados assume. Dada a complexidade, são inúmeros os cuidados que devem ser prestados à PSC para que a sua estabilidade seja alcançada. Para isso, torna-se então essencial que se priorizem os cuidados. Os enfermeiros especialistas, segundo Teixeira & Vieira (2020) assumem um papel preponderante na priorização dos cuidados, uma vez que são detentores de conhecimentos atualizados e encontram-se aptos para identificar

precocemente eventos críticos e intervir de forma prioritária no que concerne à preservação da vida da PSC.

Várias foram as situações que experienciei em que pude por a priorização dos cuidados no contexto de situações emergentes em prática. Por exemplo, aquando a prática clínica no INEM, foi detetada uma situação de bradicardia súbita, onde prontamente se procedeu à administração de atropina endo-venosa, seguindo o algoritmo da bradicardia instituído (INEM & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019)

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ingressar neste Mestrado, teve como ponto de partida o meu interesse na PSC, e a necessidade sentida diariamente em aprofundar o meu leque de conhecimentos em base na mais recente evidência científica, bem como desenvolver competências que me permitam dar resposta às PSC, a quem, todos os dias presto cuidados de enfermagem. Isto vai ao encontro do que preconiza o Código Deontológico da nossa profissão (Lei n.º 156/2015). Este defende que é dever do enfermeiro sustentar a atualização dos seus conhecimentos, frequentando, para isso, ações de qualificação profissional.

A formação contínua em enfermagem representa um fator determinante para a melhoria contínua dos cuidados, promove o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro e representa um dos seus deveres para com a profissão e com a população em geral. É por esta razão que o EE é tido em conta como uma referência para a equipa multidisciplinar, pois é detentor de conhecimentos aprofundados e atualizados e ainda de autoconhecimento e autoconsciência, pois só conhecendo o seu “eu pessoal” e “eu profissional” torna-se apto para cuidar do outro (Fonseca, 2015).

Tem de ser capaz de se reconhecer a si próprio como pessoa, portador de sonhos, medos, receios, conhecimentos e dúvidas... E só depois então, reconhecer-se como enfermeiro, portador de um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos atualizados e fundamentados, estando por isso apto a cuidar de alguém em qualquer etapa do ciclo vital, em qualquer circunstância.

Ao longo destes oito anos em que sou enfermeira, é inegável que é o autoconhecimento que me permite todos os dias evoluir e melhorar a minha prestação enquanto enfermeira. É através deste que reconheço os meus pontos frágeis, aprendo a gerir as minhas emoções, aprendo a lidar com conflitos e desta forma consigo melhorar a minha relação terapêutica com o outro (PSC/sua família), prestando assim cuidados mais seguros,

adequados e com maior qualidade. Foi a partir deste autoconhecimento que surgiu o reconhecimento da necessidade em ingressar neste Mestrado.

Para isso, ao longo das práticas clínicas, procurei sustentar os meus cuidados à luz da mais recente evidência científica, contribuindo para a resposta das necessidades e expectativas das PSC/família de quem cuidei. Baseei-me em bases de informação fidedignas para que a informação fosse a mais segura e sustentada possível, como é o caso de artigos científicos publicados em revistas/bases de dados de relevância como por exemplo Cochrane, EBSCO e RCAAP.

Esta necessidade de busca pela informação surgia diariamente consoante as situações iam surgindo. Denotei por isso algumas lacunas no meu conhecimento prévio e tirei o máximo partido possível destes instantes que se revelaram oportunidades de pesquisa.

Uma vez que nos encontramos em contexto pós-pandémico, denotei nos serviços que as atividades formativas ainda se encontravam limitadas, por sobrecarga horária com múltiplos turnos extra a cada enfermeiro, mas também pela inexistência de espaços físicos adequados às normas implementadas para tentar conter a propagação viral.

Ainda assim, surgiu a oportunidade de fazer um levantamento acerca dos dados estatísticos da VVC no SU do HNM, tendo culminado na elaboração de um *póster* (apêndice C) que contou com a colaboração de mais quatro colegas de profissão. Este foi um momento muito rico em aprendizagem, fruto de reflexão, organização e pesquisa bibliográfica sobre a temática, bem como a elaboração de conclusões sustentadas. Relembro os momentos de apresentação do mesmo, que ocorreram no dia 6 de Maio de 2022 em Braga, no VI Congresso dos Enfermeiros, da Ordem dos Enfermeiros e ainda no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no dia 20 de Maio de 2022, onde fomos premiadas com o 3º prémio de melhor poster.

Isto traduz um especial interesse em desenvolver, aprofundar e sistematizar novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, e assim contribuir para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

Vai igualmente ao encontro das competências de Mestre, enunciadas no Decreto-Lei n.º 65/2018 em que no seu artigo 15º:

- 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.

Em jeito de conclusão, ao longo das práticas clínicas desenvolvidas procurei explorar o meu autoconhecimento por forma a agir de maneira sustentada e assertiva. Procurei igualmente sustentar as minhas decisões na mais recente evidência científica e assim prestar cuidados com maior segurança e qualidade, adaptados à singularidade de cada PSC/família. Sem dúvida que todo este processo se traduziu como agente facilitador do meu percurso de aprendizagem.

Norteei ainda o meu percurso académico no sentido de desenvolver as competências de Mestre. Por forma a melhor compreender o mesmo, surge a importância de entender o conceito da palavra Mestre. O Dicionário da Língua Portuguesa define-o como “grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado” ou ainda como “pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional”, indo de encontro ao que defende o Decreto-Lei n.º 65/2018.

Este percurso teve início em Março de 2021, quando teve início o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC (MEMCPSC). Através das unidades curriculares lecionadas, foi-me possível aprofundar e consolidar conhecimentos sobre as áreas específicas do cuidado à PSC. No entanto, o meu interesse e necessidade de aprofundar conhecimentos foi sempre além das aulas e das práticas clínicas. Durante o mesmo período participei em várias ações formativas e congressos no âmbito da enfermagem, como por exemplo: o VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros em Maio de 2022, na cidade de Braga, onde fui apresentadora de um póster do qual fui co-autora acerca da VVC na RAM; tendo apresentado sobre a mesma temática no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Saliento ainda que este trabalho realizado foi de encontro ao meu interesse pessoal na área em estudo neste mestrado, e surgiu como oportunidade em aplicar os conhecimentos já adquiridos, aprofundando-os com evidência científica recente e dados estatísticos sobre a população escolhida. Nestes congressos, tive oportunidade de assistir a sessões acerca das mais variadas áreas como por exemplo: “Segurança do Doente no SU”; “Estratégias de Controlo de Infecção no SU”; “Gestão de risco no SU”; “Via verde reanimação: dador de coração parado, do pré-hospitalar ao SU”; “Doente crítico ou paliativo na urgência: quando ainda há tanto para fazer!”; “Inovação em Vias Verdes: Trauma”; “Percurso do doente vítima de trauma no pré-hospitalar”; “Inovação em Vias Verdes: Coronária”; “O doente com EAM: da triagem ao tratamento”; “Rede de referência do doente com EAM”; “Sobrevivemos... E agora? Pandemias, catástrofes e ambientes hostis – Pandemia COVID 19: Urgência Dedicada VS

Área dedicada”; “Catástrofes e situações de exceção”, entre outras. Posso então constatar que contribuiu para o desenvolvimento de competências de Mestre, uma vez que todas se traduziram em momentos de aprendizagem e até mesmo de partilha de experiências.

Não posso descurar também os momentos de reflexão acerca das dificuldades encontradas ao longo das práticas clínicas como alicerce para o desenvolvimento das competências de Mestre. Estas remeteram-me para momentos de pesquisa nas mais variadas fontes de evidência científica, contribuindo assim para o desenvolvimento do meu pensamento crítico-reflexivo e para posterior partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar, em breves momentos de encontro e reflexão, estando esta realidade bem presente na narrativa dos capítulos que constituem o presente trabalho. Sem dúvida que só através da busca incessante de conhecimento e de atualização do mesmo é que se consegue atingir a excelência dos cuidados de enfermagem.

O meu interesse e as minhas necessidades de conhecimento estiveram sempre delineados e expressos nos documentos de planeamento dos estágios e até mesmo no PAF sendo que este último já diz respeito ao interesse particular pelos cuidados especializados à PSC acometida de EAM. Através destes trabalhos fui sempre definindo objetivos, bem como as estratégias para os alcançar, sendo nesta fase possível avaliar o resultado da minha intervenção.

Relembro ainda a realização de um processo de enfermagem fundamentado aquando da realização da prática clínica na UCIP. Através deste avaliei pormenorizadamente a PSC, defini focos de atenção específicos consoante as suas necessidades, formulei diagnósticos de enfermagem, implementei intervenções especializadas e avaliei os resultados das mesmas. O processo de enfermagem traduz um instrumento de trabalho necessário para a consolidação da nossa profissão, com base em conhecimento científico que sustenta a prática do dia-a-dia e a tomada de decisão (Adamy et al., 2020).

Este processo fundamentado foi posteriormente apresentado e discutido com os restantes colegas e com a professora doutora orientadora, sendo que vai de encontro a uma das competências de Mestre, que constitui o Decreto-Lei n.º 65/2018, que remete para a importância da capacidade em comunicar conclusões e conhecimentos.

Sem dúvida que todas as experiências que vivenciei ao longo deste MEMCPSC contribuíram para o desenvolvimento de competências em lidar com questões complexas, emitir juízos e refletir sobre as implicações que os mesmos podem ter em termos sociais ou éticos e ainda. Estas, constituem o alicerce para o meu futuro profissional, uma vez que não

termina aqui a minha busca pelo conhecimento ou a minha necessidade de atualização do mesmo.

Enquanto enfermeira a desempenhar funções num SU, reconheço o quanto a complexidade do cuidar da PSC/família exige respostas em tempo útil, fundamentadas e que sustentem a tomada de decisão. A imprevisibilidade e complexidade deste serviço, em específico, remete para a importância dos princípios que Benner (2005) refere como norteadores do pensamento dos enfermeiros nestas circunstâncias, tais como a aquisição de conhecimentos; a definição de prioridades; a capacidade em aplicar o conhecimento teórico ao contexto prático; a capacidade de pensar e agir perante a intabilidade/mudança; o próprio conhecimento especializado; a capacidade para identificar e solucionar problemas e a capacidade para se colocar no lugar do outro. Sem dúvida que estes são elementos chave para o cuidar da PSC neste contexto específico, onde exerço e pretendo futuramente continuar a prestar cuidados especializados à PSC/família.

**CAPÍTULO III – SOBRE AS COMPETÊNCIAS
ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Ao EEEMC compete prestar cuidados em todos os contextos onde se encontra a PSC, desde o pré-hospitalar até ao momento da alta clínica, com a função de potenciar a transição saúde/doença, tendo sempre como objetivo a recuperação da PSC. Tem o EEEMC como principal finalidade uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, que se centra numa intervenção prática e holística, que exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas. Posto isto, é prioritária a atualização de conhecimentos para que se possa desenvolver uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, proporcionando cuidados personalizados face às necessidades não só da PSC como da sua família (Fonseca, 2015).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 no Artigo 3º as competências específicas:

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

No que concerne ao EEEMC na PSC, no artigo 3º do Regulamento n.º 429/2018 estão enunciadas as seguintes competências específicas:

a) cuida da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A verdade é que cuidar de um doente crítico tem inerente uma necessidade contínua de atualização e desenvolvimento de conhecimentos devido à sua complexidade. Ao enfermeiro a exercer funções em unidades com doentes críticos é-lhe exigida uma capacidade de adaptação e de resposta imediata e adequada às necessidades holísticas destes doentes e é essa capacidade que procurei aprimorar ao longo deste processo de especialização, por forma a conduzir o meu percurso na direção da obtenção das competências que me permitam ser EEEMCPSC.

No cuidado à PSC os cuidados são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, segundo o que defende o Regulamento n.º 429/2018.

Assim, de seguida constará a reflexão crítica acerca de cada uma das três competências específicas enunciadas, baseando-me na descrição do meu percurso de aquisição das mesmas ao longo do meu processo de especialização. Denote-se que toda a minha atuação teve por base a necessidade de dar resposta às necessidades evidenciadas pela PSC/família de forma holística e em tempo útil. Para isso, foram prestados cuidados no que toca a vertentes específicas tais como a antecipação da instabilidade e de risco de falência orgânica; garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica; gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, ao abrigo do Regulamento n.º 429/2018.

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

Esta consiste na primeira competência do EEEMCPSC, descrita no Regulamento n.º 429/2018. Tendo em conta que consiste numa competência abrangente de múltiplos cuidados complexos, surgiu a necessidade de a subdividir em diversas unidades de competência, por forma a clarificar aquilo que o EEEMCPSC deverá ser capaz.

O mesmo Regulamento remete ainda para a importância de ser o EEEMCPSC o cuidador da PSC, sendo este o detentor das competências que permitem não só antecipar a instabilidade como prevenir o risco de falência orgânica.

Assim sendo, é essencial que se defina os conceitos de situação urgente e emergente para uma melhor compressão do papel do EEEMCPSC nos diferentes contextos da prática, sobretudo no que concerne aos SU. Assim sendo, segundo Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU) (2012) emergentes são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais; enquanto que, por outro lado, urgentes são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (CRRNEU., 2012).

Deste modo, na primeira prática clínica, em contexto de SU no HSM, deparei-me com múltiplas oportunidades para deteção de focos de possível instabilidade hemodinâmica,

respiratória e neurológica no doente crítico. Estes variavam entre momentos de passagem e partilha de informação entre a equipa multidisciplinar (passagem de turno para assegurar a continuidade dos cuidados), a momentos de observação direta da PSC, dos seus sinais e sintomas, contando sempre com a consulta do processo clínico, onde, muitas vezes, constavam os antecedentes pessoais da PSC, que auxiliavam não só a compreensão do quadro clínico apresentado, como na planificação e estruturação de cuidados de enfermagem adequados e direcionados à situação em concreto.

Relembro situações particulares desta prática clínica, em que por exemplo, aquando da inspeção da cavidade pélvica de uma PSC vítima de acidente de viação consegui detetar a existência de crepitação e consequente fácies de dor máxima na PSC (avaliação realizada com recurso à escala de faces da dor), o que remeteu a equipa multidisciplinar para um possível foco de instabilidade com necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico (radiografia) para confirmar ou não a fratura de bacia pélvica. Denote-se que uma fratura pélvica instável acarreta risco de vida iminente para o doente, uma vez que a hemorragia retroperitoneal pode ser fatal, quando associada a lesões arteriais, culminando em choque hemorrágico e posteriormente em morte (Godinho et al., 2012; Corrêa et al., 2017). A partir daqui torna-se evidente a importância que a deteção precoce destas situações tem, reduzindo o tempo até o seu diagnóstico diferencial e posterior tratamento.

Em contexto de UCIP, por exemplo, ilustro com uma situação vivenciada por mim em que detetei uma obstrução parcial do tubo naso-traqueal de uma utente com secreções. À minha observação foram os sons respiratórios, a expansão torácica, o uso de musculatura acessória aquando da respiração que me alertaram para aquele foco de instabilidade, associado à coloração das extremidades que traduzia hipoperfusão dos tecidos (cianose) e ao valor de saturação periférica de oxigénio (SPO2) que rondava os 85%. Após o procedimento de aspiração do tubo, fluidificação das secreções e aumento do aporte de oxigénio, a situação reverteu-se rapidamente.

Na prática clínica de opção, foi a identificação dos fatores predisponentes que potenciavam o risco iminente de falência de uma ou mais funções orgânicas, que marcou a diferença na prestação de cuidados. Para isso, procedi sempre que possível (quando todos os cuidados prioritários já haviam sido prestados) à consulta do histórico do utente com o intuito de obter os dados mais concretos e objetivos possíveis, apercebendo-me por exemplo que havia algumas situações de PSC com dispneia que tinham por base já uma Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica ou até mesmo a necessidade de oxigenoterapia contínua no

domicílio em contexto de pré-hospitalar; ou, por exemplo na UTIC, apercebia-me ainda de todos os antecedentes cardiovasculares pré-existentes que potenciavam o agravamento da situação atual, por exemplo PSC portadoras de Hipertensão Arterial, que em contexto de agravamento dificultava todo o seu processo de recuperação aquando da ocorrência de um EAM.

Foram diversas as situações ao longo das práticas clínicas que remeteram para a antecipação de focos de instabilidade. Para isso tive o auxílio de equipamentos de monitorização devidamente programados e com alarmes ajustados que me informavam da capacidade hemodinâmica da PSC, fornecendo dados sobre a tensão arterial média, frequência cardíaca e frequência respiratória, de instrumentos de avaliação neurológica como por exemplo a escala de coma de Glasgow, que me permitiam à mínima alteração no estado de consciência ficar alerta e prever possíveis eventos de instabilidade.

Perante um valor/parâmetro alterado era momento de fazer o meu julgamento clínico e atuar, uma vez que estes traduzem-nos sempre alterações significativas do estado geral da PSC e não podem ser ignorados. É prioritário interpretar o valor e traduzi-lo em cuidados direcionados para que a instabilidade não surja. Para isso contei com o auxílio da minha experiência clínica prévia, com a experiência da equipa multidisciplinar e claro, da maior aliada da prestação de cuidados: a evidência científica.

Dados relevantes também envolviam o resultado das análises sanguíneas realizadas, das gasometrias arteriais, e de outros exames complementares de diagnóstico (radiografias, eletrocardiogramas e tomografias axiais computadorizadas). Todos estes elementos fornecem dados importantes quando se pretende estabilizar as funções vitais da PSC ou, pelo menos, evitar que estas se agravem.

Sempre que detetei uma situação de possível instabilidade procurei planear os meus cuidados para tentar colmatá-la, validando sempre com os enfermeiros tutores. Após a prestação de cuidados foi também essencial monitorizar a sua eficácia. Teria sido eficaz? Teríamos conseguido evitar que o estado geral da PSC se deteriorasse? E posteriormente refletir sobre a situação, o que havia aprendido, o que poderia ter feito diferente e melhor e que contributo teria trazido a minha intervenção para a PSC.

Após refletir sobre estas situações foi-me possível concluir que prestei cuidados à pessoa em situação emergente e antecipei a instabilidade e risco de falência orgânica, tal como preconiza o Regulamento nº 429/2018, percorrendo desta forma o trajeto delineado para o meu processo de aquisição de competências especializadas.

Para isso, faz todo o sentido referir ainda que atuei por forma a antecipar focos de instabilidade e/ou para prevenir complicações para a PSC, através da rápida identificação dos problemas potenciais da PSC, planeando, implementando e avaliando intervenções que contribuíssem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis. Tive como base o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas e procurei dar continuidade aos cuidados, referenciando as situações problemáticas identificadas para a restante equipa multidisciplinar. Responsabilizei-me pelas decisões tomadas, pelos atos que pratiquei e que deleguei; e executei cuidados técnicos de alta complexidade, tendo todos estes fatores culminado num interesse comum: prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC que antecipem os focos de instabilidade.

Convém ainda salientar que os cuidados prestados foram sustentados no processo de enfermagem, como base para a tomada de decisão e alicerçados na evidência científica, sempre com base na reflexão e com foco na PSC/família.

O processo de enfermagem consiste num método para a prática de enfermagem que visa obter ganhos em saúde aquando a prestação de cuidados (Barros et al., 2021). Os mesmos autores defendem que este conceito não é novo, sendo que já na época de Florence Nightingale, esta defendia que os enfermeiros deveriam ser capazes de observar, avaliar e emitir julgamentos acerca do observado. O processo de enfermagem é caracterizado pela interligação existente entre as suas etapas: a colheita de dados/avaliação inicial baseada nas necessidades humanas básicas, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções de enfermagem, a implementação dessas mesmas intervenções e a avaliação dos resultados obtidos.

Este deverá ser documentado, uma vez que consiste numa exigência ética e legal (Barros et al., 2021) e tem como finalidade constituir uma ferramenta que permita a satisfação das necessidades do utente/família que recorre aos serviços de saúde.

Segundo os mesmos autores, o processo de enfermagem deverá ser: intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado na evidência científica.

A qualidade dos cuidados de enfermagem para Barros et al. (2021) poderá ser evidenciada através da utilização do processo de enfermagem, mas está também dependente de competências do enfermeiro tais como: intelectuais, relacionais e técnicas.

Como vantagens da implementação do processo de enfermagem temos que uma utilização correta deste método permite uma quantificação das inúmeras vantagens das intervenções de enfermagem, enaltecendo a sua relevância na sociedade (Barros et al., 2021).

Relativamente ao anteriormente descrito, ao longo das práticas clínicas vivenciei duas realidades distintas entre si, mas que visam o mesmo fim. No SU e no contexto pré-hospitalar o processo de enfermagem não assumia uma forma física e documentada, mas os princípios do mesmo eram seguidos pelos profissionais de saúde. Isto acontece dado aos rácios de recursos humanos serem muito abaixo do preconizado para tamanha afluência nestes contextos. Quanto à UCIP e à UTIC, aquando da entrada de um novo utente procedeu-se a uma avaliação completa e pormenorizada de todas as suas dimensões, com documentos de registo próprios, como por exemplo a escala de Braden para a avaliação do risco de úlcera por pressão. Posteriormente são levantadas as necessidades da PSC, elaborados os diagnósticos com as intervenções adequadas para a obtenção dos resultados esperados. Este processo é cíclico, estando sob constante avaliação para que seja o mais personalizado e adequado à PSC/família em questão.

As intervenções especializadas de enfermagem classificam-se em interdependentes e autónomas, segundo o Decreto-Lei n.º 161/1996. As intervenções interdependentes estão relacionadas com o processo de prescrição, uma vez que, quando é outro profissional a prescrever, o enfermeiro assume a responsabilidade de administrar e vigiar os efeitos terapêuticos benéficos e adversos obtidos. Inerente a este processo temos a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos. Neste caso em concreto temos que a administração de protocolos terapêuticos, por exigir uma prescrição prévia assume-se como intervenção interdependente, já a sua gestão surge como intervenção autónoma, uma vez que, as intervenções autónomas são aquelas que o enfermeiro é totalmente responsável pela prescrição, execução e avaliação (OE, 2008).

No SU do HSM, tive a oportunidade de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos através da administração de medicação de urgência, como por exemplo: cetamina, morfina, remifentanilo, cloreto de potássio, insulina, aspirina, furosemida, entre outros, prevenindo de forma precoce possíveis complicações que poderiam emergir da implementação desses protocolos, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados. Segundo Magalhães (2017), além da aplicação de protocolos é imperativo que se entenda os mecanismos que fundamentam a intervenção, ou

seja, os objetivos terapêuticos, a farmacocinética, a farmacodinâmica, os efeitos secundários, o modo de preparação e diluição e ainda as vias de administração.

De acordo com a Lei nº156/2015, referente ao REPE, os enfermeiros, “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (p.103).

Tive ainda outras oportunidades de gerir diversos protocolos terapêuticos complexos, neste contexto específico da prática, nomeadamente em admissões de VVC, de trauma e de Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como situações de alterações de electrólitos severas como por exemplo hipercaliémia/hipoglicémia e cetoacidoses diabéticas.

A passagem pela UCIP, no que concerne a este ponto em específico, ficou marcada pela prestação de cuidados a um utente em choque hemorrágico, em que foram rapidamente identificados focos de instabilidade e implementadas intervenções de enfermagem de grande complexidade antecipatórias a esses mesmos focos, tais como o despiste de sinais de choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia, oligoanúria), a gestão de diversos protocolos terapêuticos complexos como por exemplo a administração de noradrenalina e de ácido tranexâmico, bem como a gestão do protocolo de transfusão maciça no adulto de acordo com a Norma n.º 011/2013 da DGS.

No que concerne à prática clínica de opção, relembro que várias foram as vezes em que, por exemplo, na SIV foi implementado o protocolo de SAV, o qual geri e participei ativamente. Sem dúvida que a ausência de um espaço físico “controlado” e organizado, como encontramos em ambiente hospitalar, faz diferença e apela à nossa criatividade e sentido de improvisação. A ausência de, por exemplo, suportes para acondicionar bombas perfusoras ou até mesmo o espaço ideal para colocar o monitor, fazem com que trabalhar em contexto pré-hospitalar constitua um desafio até mesmo para quem já desempenha funções naquele meio há vários anos. Todos os dias e todas as situações são como começar de novo, a necessidade extrema de mobilização de conhecimento e agilidade na arte do cuidar só são possíveis dada a experiência e dedicação dos profissionais de saúde do pré-hospitalar.

Estes momentos incluíram pessoas acometidas de PCR por causa súbita ou por trauma prévio associado. Nestas situações, em particular, dada a sua complexidade e exigência de ações sequenciais e organizadas surpreendeu-me o excelente trabalho em equipa, evidenciado através da comunicação que foi irrepreensível e todo o protocolo de SAV cumprido na íntegra. Não posso deixar de parte a premissa, defendida pelas *Guidelines*

do European Resuscitation Council (Perkins et al., 2021) em que está evidentemente comprovado que a formação e o treino em SAV aumentam a eficácia da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a sobrevivência dos utentes acometidos de PCR, devido ao reconhecimento e atuação precoces, e isso foi notório tanto na SIV como VMER, e até mesmo nas práticas clínicas desenvolvidas em meio hospitalar.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos também foi uma intervenção recorrente na UTIC, através da gestão da administração de medicação específica naquele contexto, como por exemplo: levosimendano, noradrenalina, propofol, amiodarona, nitroglicerina, dinitrato de isossorbida, ticagrelor, clopidogrel, aspirina, entre outros.

Dos vários protocolos terapêuticos complexos que tive oportunidade de gerir, foco agora a minha atenção para as PSC em contexto de cuidados intensivos, sob sedo-analgésia. Este procedimento, não só tem inerente os seus objetivos terapêuticos, como ainda uma necessidade constante da avaliação da dor e da sedação, pois poderá ser necessário adequar a terapêutica por forma a evitar os efeitos nefastos da sobre-sedação.

Nesta linha de pensamento, atingimos então uma outra vertente do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que engloba também a gestão diferenciada da dor e do bem-estar.

O bem-estar é uma área de estudo amplo, pelo que, tem evoluído ao longo dos anos e a sua investigação reflete diferentes conceptualizações teóricas e atualizações constantes do seu conceito. Segundo Ferreira (2013), o bem-estar é um conceito amplo e abrangente, considerando a pessoa de forma holística, incluindo a saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico, manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade. Posto isto é visível que a prestação de cuidados de enfermagem assume um papel preponderante na qualidade dos cuidados e no bem-estar da PSC/família (Zawawi & Nasurdin, 2017).

A dor, definida como o “aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento” (International Council of Nurses [ICN], 2019) é, naturalmente, um fator que influencia o bem-estar da pessoa. Esta é tanto antiga quanto o próprio homem, intrínseca à própria vida, sendo uma das experiências mais vivenciadas e receadas. Sendo um fenómeno fisiológico e, atendendo à sua importância, isto é, complexo e multidimensional, a sua gestão e abordagem são consideradas como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, sendo por isso, um fator decisivo para a humanização dos cuidados (Fonseca, 2015; Zuazua-Rico et al., 2020).

Seguindo esta linha de pensamento, ao longo das práticas clínicas norteiei os meus cuidados para que a monitorização da dor fosse tida em conta em todos os utentes a quem prestei cuidados, independentemente do contexto (pré-hospitalar/SU/UCIP ou UTIC). Para isso, utilizei a escala mais apropriada consoante o utente e as suas limitações, avaliei a dor, atuei no seu controlo quando assim foi necessário e avaliei a eficácia da minha intervenção. Ou seja, todos os passos que se interligam num só, por forma a obter o bem-estar da PSC, terminando com o registo de todo o procedimento pelos passos anteriormente descritos.

A minha prática foi então ao encontro daquilo que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), (2012) defende, uma vez que se preconiza a avaliação e monitorização da dor por parte do EE de todas as pessoas uma vez por turno, no início e/ou antes de um procedimento doloroso. Neste caso, a sua avaliação/monitorização deve ser ainda efetuada durante o procedimento doloroso, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica. A SPCI defende ainda que após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a autoavaliação do cliente consciente e com funções cognitivas mantidas. A avaliação sistemática da dor consiste numa das medidas preconizadas pelo Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, emanado em 2017 pela DGS.

A complexidade de monitorização da dor numa PSC, surge quando a mesma se encontra com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, habitualmente por presença de tubo oro-traqueal ou até mesmo por VNI contínua. A Escala Visual Numérica é considerada *gold standard* para a auto-avaliação da dor e para resposta à analgesia embora esta escala seja recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam (SPCI, 2012; Hylén et al., 2020). Por este motivo, não é indicada para as situações de criticidade onde as pessoas estão sob sedação e ventilação mecânica. Nestes casos, o EE deve fundamentar-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (SPCI, 2012; Hylén et al., 2020).

As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos (SPCI, 2012).

No que concerne à UCIP, a escala comportamental que mais utilizei ao longo da prática clínica foi a Behavioural Pain Scale, que avalia três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória) e cujo uso é preconizado pela SPCI (2012) e defendido também por Hylén et al. (2020). Adotei-a

sempre que avaliei a dor em utentes que se encontravam sob VMI e, por esse motivo em coma, sendo impossível utilizar por exemplo a escala numérica ou a de faces.

Várias foram também as situações em que registei dor moderada/intensa, principalmente em contexto de SU e de pré-hospitalar como: grandes traumatismos, fraturas expostas, dores torácicas com EAM associado, entre outras. Nem sempre a avaliação valorizava somente aquilo que o utente me referia, mas também dados como a sua frequência cardíaca ou o valor de tensão arterial que contribuía para uma classificação mais justa e real da dor do utente. Por vezes, a maioria dos utentes tendia a subvalorizar a dor que sentiam, sendo por isso essencial que o EEMC atenda também aos sinais que apresenta, tal como defende Dias (2018).

Já no que concerne à UTIC, neste contexto em específico a caracterização da dor, mais do que nunca, revelou-se essencial. Numa PSC com dor torácica é essencial que se caracterize esta dor. Para isso, procedia a questões às PSC de quem cuidei, que me permitissem avaliar as características da dor, bem como a sua intensidade, duração e localização.

Desta forma, ao longo deste percurso, acabei também por desenvolver competências na observação dos sinais comportamentais de dor, tais como os anteriormente descritos.

Vários autores defendem que a dor está quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou a ida até aos cuidados de saúde, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita (Damico et al., 2020; Hylén et al., 2020).

Desta forma, antes dos procedimentos invasivos procurei clarificar o utente sobre aquilo a que iria ser submetido, e sempre que se justificasse procedi à administração de analgesia pré-procedimento, por forma a facilitar as duas partes: promover o bem estar do utente minimizando a sua dor, e facilitando o profissional que iria prestar o cuidado uma vez que se o utente colaborar no procedimento, tudo se torna mais simples e rápido, traduzindo ganhos para ambas as partes. Claro que após a administração e antes do procedimento houve sempre uma nova avaliação da dor na PSC. Desta forma, acabei por demonstrar e desenvolver competências na gestão deste tipo de protocolo terapêutico, que envolve a sedo-analgesia, uma vez que geri também os efeitos indesejáveis que podem ocorrer tais como a hipotensão.

Como futura EEEMC achei fulcral para o desenvolvimento de competências conhecer e aplicar medidas não-farmacológicas no controlo da dor. Segundo a OE (2008) no Guia Orientador de Boa Prática acerca da Dor é recomendado que, as medidas não-farmacológicas surjam como complementaridade das medidas farmacológicas e não em substituição destas. A OE (2008) reforça ainda o princípio de que as intervenções não-farmacológicas devem ser selecionadas considerando as preferências da PSC, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Estas englobaram cuidados como a alternância de decúbitos no leito para maior conforto, técnicas de distração e toque terapêutico, e ainda a tentativa de procurar diminuir os pensamentos negativos associados a determinada situação, bem como o cuidado com o ambiente envolvente da PSC. A OE (2008), além destas intervenções, acrescenta ainda a importância da terapia cognitiva/comportamental, da reestruturação cognitiva, do treino de estratégias de *coping*, de técnicas de relaxamento com imaginação, distração, aplicação de frio/calor, exercício/imobilização, massagem e estimulação elétrica transcutânea. Importa referir que para grande parte destas intervenções supracitadas é necessária uma formação específica. Mota et al. (2019) acrescentam ainda a promoção do sono, a presença de familiar/pessoa significativa e musicoterapia como medidas complementares das anteriormente descritas para controlo da dor da PSC.

O contexto pré-hospitalar muitas vezes tem associado aspetos mais técnicos e procedimentos *life-saving*; no entanto, em momento algum senti que o conforto e a gestão da dor fossem descurados por parte da equipa de pré-hospitalar. Esta constituía, na verdade, uma das prioridades da intervenção: o conforto e bem-estar da PSC. Eram de imediato adotadas medidas farmacológicas para controlo da dor, através da administração de analgésicos tal como o paracetamol endo-venoso ou morfina por forma a minimizar a dor e promover o conforto e bem-estar.

O ICN (2019) acrescenta que a dor pode também revelar-se através de uma “expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”, sendo por isso essencial que o EEMC valorize não só aquilo que o utente diz, mas também a forma como este se comporta e expressa durante as situações decorrentes da prática.

É-me possível então aferir que o controlo e gestão da dor, além de influenciar o prognóstico da PSC, é também um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida essencial na prevenção de complicações e curto longo prazo, tais como, o stress pós-traumático. Para isso e como já mencionado, devemos ainda ter consciência que a presença de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, implicando partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e a formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível (Zuazua-Rico et al., 2020).

Desta forma é de salientar que quanto mais especializado e competente for um enfermeiro, mais conseguirá este direcionar e personalizar o seu cuidado a cada utente, neste caso específico, com comportamentos de dor.

Nesta linha de pensamento, emerge a necessidade de abordar uma temática sobre a qual, ao longo do MEMC tive oportunidade de realizar uma revisão integrativa, juntamente com dois colegas do Mestrado intitulada: *Intervenções Não Farmacológicas na Redução da Ansiedade em Doentes Submetidos a Cateterismo Cardíaco*. Faz sentido incluí-la nesta sequência de pensamento, uma vez que, frequentemente, a ansiedade se associa ao medo e a sensações de desconforto, mal-estar ou até mesmo dor nos doentes.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial e Portugal não é exceção (Ahmadi & Lanphear, 2022; WHO, 2020; Roth et al., 2020). Assim, o tratamento eficaz das síndromes coronárias agudas com elevação do segmento ST é fundamental. Das opções de tratamento disponíveis, a intervenção coronária percutânea primária demonstrou ser mais eficaz na redução da mortalidade e dos eventos cardíacos adversos e mais segura na redução das complicações hemorrágicas graves, comparativamente à trombólise (Soleimani et al., 2020).

O cateterismo cardíaco é o principal procedimento diagnóstico e terapêutico para a doença coronária aguda e que apresenta um baixo risco de mortalidade. Contudo, pacientes submetidos a este procedimento experienciam uma sobrecarga psicológica antes, durante e após o mesmo (Gillingham et al., 2020).

A ansiedade antes e durante o procedimento provoca reações fisiológicas indesejadas como o aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão sanguínea, palpitações, sensação de “aperto” torácico e vasoconstricção periférica. A ansiedade pode

ativar ainda o sistema nervoso simpático, provocando um aumento da contratilidade cardíaca, com maior risco de desenvolver arritmias durante o procedimento e causando uma pior recuperação. Como enfermeiros, somos detentores da autonomia para implementar diferentes intervenções não farmacológicas para reduzir a ansiedade nos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco (Man Ho et al., 2017).

Estratégias de educação sobre o procedimento e estratégias de relaxamento, como musicoterapia, aromaterapia e massagem terapêutica são intervenções não farmacológicas que reduzem eficazmente a ansiedade nos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco. Ferreira et al. (2015) acrescentam que, para além dos aspetos benéficos para os utentes, a aplicação da música é a estratégia não-farmacológica ideal pois é facilmente acessível e económica.

Como é possível constatar, estas traduzem-se em medidas facilmente acessíveis e disponíveis para que se reduza a ansiedade pré/pós procedimento. Importa ainda salientar que a ansiedade nestas situações pode ser desencadeante de outras sensações de mal-estar para as PSC tais como taquicardia ou dor.

Posso então afirmar que alcancei este objetivo e que desenvolvi a competência preconizada no Regulamento nº 429/2018 do EEEMCPSC referente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica e que também é preconizada pelo Regulamento nº 361/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC; este refere que o EE na procura permanente da excelência do exercício profissional maximiza o bem-estar das pessoas alvos dos seus cuidados, através da gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos, medidas farmacológicas e não farmacológicas, para o alívio da dor.

Ainda na mesma linha de pensamento, surge então a comunicação, visto ser através deste processo que o enfermeiro avalia a presença de dor e qual o nível de bem-estar da PSC e da sua família. A comunicação é um instrumento essencial na enfermagem, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção. É através dela que o enfermeiro poderá efetivamente compreender a PSC/ sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais agindo de modo a diminuir os níveis de ansiedade e do medo do desconhecido, através do desenvolvimento e aplicação de estratégias de *coping* (Mendes, 2020). Para Rodgers et al. (2020) o processo de aquisição de competências em

comunicação, resulta de uma simbiose entre a troca de informações entre a equipa multidisciplinar, com a PSC e a sua família.

Por este motivo, outras das competências do EEEMC são, de acordo com o Regulamento nº 429/2018: gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e foi ao encontro destas que tentei direcionar também o meu percurso de especialização.

O EEEMC além de todos os cuidados complexos que presta na vertente técnica, assume também um papel preponderante e de grande exigência na vertente humana da comunicação. Daí, ser capaz de estabelecer uma relação empática e de confiança com a PSC/sua família acaba por ser o ponto de partida para que tudo o resto se desenrole de maneira terapêutica para a PSC/família. Beneficiada pelas minhas próprias componentes de personalidade tive facilidade em estabelecer esta relação empática com todas as PSC/famílias a quem tive oportunidade de prestar cuidados ao longo das práticas clínicas. Representei para estes um elemento de referência, a quem recorriam sempre que surgiam dúvidas ou medo; tendo feito questão de “deixar a porta aberta” para todas as eventualidades que surgissem. Isto revelou-se essencial no processo de adaptação da PSC/família à situação decorrente, uma vez que várias vezes agradeciam a disponibilidade.

Desta forma, sempre que a PSC tivesse necessidade de ser submetida a algum procedimento, ou ser transferida para outra unidade de saúde (mesmo que intra-hospitalar) pude participar na sua preparação de forma a obter o seu consentimento informado. Algumas vezes este foi obtido junto da pessoa significativa (quando o utente não se encontrava consciente ou ciente das suas capacidades) e outras foi assumido como presumido, uma vez que a PSC não se encontrava consciente, não era possível contactar ninguém próximo e desta forma a equipa de saúde acaba por pesar os “benefícios/malefícios” da situação e prosseguir.

Das situações em que tive oportunidade de estabelecer a relação empática, esta traduziu-se num agente facilitador na obtenção do consentimento informado, por exemplo. Notei maior à-vontade em colocar questões que necessitavam ser esclarecidas pela equipa de saúde, uma maior segurança e confiança na qualidade de cuidados que iriam ser prestados e desta forma uma simbiose terapêutica sobretudo para a PSC, que ao se encontrar menos ansiosa melhorava o seu próprio bem-estar. Exemplos desta situação foram situações que

antecediam procedimentos como cateterismo cardíaco, entubação oro-traqueal para VMI, entre outros.

Tive oportunidade de demonstrar competências nesta vertente de gestão de ansiedade e medo, promovendo para isso a expressão de sentimentos tanto da PSC como da sua família, escutando ativamente, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos. Foi também importante uma palavra de esperança (embora realista) e a certeza que transmitimos ao afirmar que não iremos prometer nada que não possa ser concretizado.

Galinha de Sá et al. (2015), referem que “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança” (p. 42), e ainda que “cuidar a família da PSC exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (p. 31).

Sem dúvida que o facto de ter previamente estabelecido uma relação empática facilitou este processo, uma vez que ao conhecer a PSC/sua família na sua singularidade foi-me possível ir seleccionando as estratégias mais adequadas a cada uma delas, pois, obviamente que a mesma situação clínica em pessoas diferentes se repercute de maneira completamente distinta, e é também nesse sentido que o EEEMC faz a diferença. Na personalização e individualização dos cuidados que presta.

Foi sobretudo no contexto pré-hospitalar que denotei maior influência deste cuidado nas PSC/suas famílias. Um ambiente extra-hospitalar, sem os equipamentos de recurso à mão, sem o controlo da unidade hospitalar... Um ambiente algumas das vezes hostil e de grande tensão, em que uma palavra, um olhar e um esclarecimento fazem toda a diferença!

Comunicar com a PSC traduz-se num desafio para a equipa multidisciplinar, não descurando o facto de que quanto mais instável a PSC se encontra, mais difícil é estabelecer comunicação com a mesma. É imperativo que os enfermeiros criem estratégias de comunicação na prestação de cuidados à PSC/sua família, pois a comunicação é uma ferramenta que visa a melhoria e a excelência dos cuidados de enfermagem (Camelo, 2012).

A maior dificuldade na comunicação expressa pela equipa de saúde surge quando a PSC não consegue comunicar verbalmente. Tal acontecimento é comum em contexto de sala de reanimação no SU e de UCIP, visto que uma percentagem considerável dos utentes acaba por ser submetido a VMI, impossibilitando a ocorrência de comunicação oral pela colocação do tubo oro-traqueal. Quando nos deparamos com limitações/barreira à comunicação aquando da prestação de cuidados, atribuímos outro valor à comunicação. Aí

torna-se evidente o quão importante é o enfermeiro ser capaz de desenvolver competências pessoais, atitude de empatia e respeito pelo utente, por forma a aplicá-los visando obter uma relação terapêutica (que só surge se houver uma comunicação eficaz por base).

Ao longo das práticas clínicas surgiram múltiplas oportunidades de comunicar não verbalmente com os utentes. Relembro uma situação na prática clínica do SU no HSM de uma jovem de 30 anos que não conseguia verbalizar por ser portadora de mudez. Estabeleci comunicação através de mensagens escritas, gestos e também uma aplicação que existe nos smartphones em que basicamente aquilo que eu verbalizava ficava escrito no ecrã que a utente visualizava. Foi notória a sensação de segurança e conforto que a utente sentiu por se sentir compreendida num ambiente desconhecido e na situação de vulnerabilidade em que esta se encontrava.

É também nesta vertente que o EEEMC assume um papel preponderante. Pude observar algumas situações em que alguns elementos não estavam tão despertos para esta vertente essencial do cuidar. Muitas vezes, dada a afluência de utentes e a panóplia de tarefas a desempenhar, o foco dos enfermeiros num SU acaba por se restringir à parte técnica do “saber fazer” descurando as outras vertentes para um cuidado holístico. Denotei especial atenção desta vertente nos EEEMC que nunca descuravam nenhuma das vertentes humanas da PSC.

Desta forma, posso então afirmar que desenvolvi competências também na área da gestão da comunicação interpessoal face à situação de complexidade e ao processo de transição que a pessoa em situação crítica e a sua família vivenciavam e que sou capaz de reconhecer a comunicação como sendo indissociável dos cuidados de enfermagem, sendo através desta que a relação terapêutica entre enfermeiro e a PSC/sua família se estabelece, alcançando assim a humanização dos cuidados.

Outro aspeto em que detetei lacunas foi no registo destas intervenções. Por não se tratar de algo concreto e técnico, muitas vezes os enfermeiros acabavam por não fazer qualquer menção a estes momentos despendidos com a PSC/família nos seus registos de enfermagem. Fiz questão de mencionar sempre nos registos que efetuei, nos vários contextos pelos quais passei, bem como descrever as ações desenvolvidas. Apesar de não ser um cuidado palpável nem concreto, é um cuidado de enfermagem, com tamanha importância como se outro qualquer se tratasse. Na nossa prática sabemos que um cuidado que não é registado é como se nunca tivesse sido prestado e esta é uma vertente que não podemos descurar ou subvalorizar, pelas razões já anteriormente evidenciadas.

Relativamente a outro ponto essencial da comunicação, temos a transmissão de más notícias, que se apresenta como uma situação inegável em contexto de sala de reanimação de um SU, de cuidados intensivos e até mesmo de pré-hospitalar. Para o mesmo, é frequentemente utilizado o *Protocolo de Buckman* que preconiza seis etapas distintas para a comunicação de más notícias, que vão desde a seleção do local e preparação do ambiente para a transmissão de más notícias, avaliação daquilo que a PSC/família sabe e do quanto querem saber, transmitir a notícia, atender à expressão de sentimentos (ou dúvidas) da PSC/família e propor um plano de acompanhamento à PSC/família (Buckman, 2005).

Este momento traduz-se em grande fragilidade da própria pessoa, mas também da família, que recorrentemente manifesta sentimentos como: negação, incerteza, angústia e tristeza; vivenciando esta experiência com grande intensidade (Pires, 2020), requerendo por esse motivo o estabelecimento de uma relação terapêutica por parte da equipa multidisciplinar que permita à PSC/família o sentimento de acompanhamento. Denotei que, nestas situações em específico, sempre que possível era o enfermeiro especialista em saúde mental a estar presente, ou, quando tal não era possível, o enfermeiro com mais experiência e à-vontade para aquele tipo de intervenção em particular.

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

Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação constitui uma das competências específicas do EEEMC na vertente da PSC no Regulamento n.º 429/2018, onde se refere a uma prática da Enfermagem capaz de responder à imprevisibilidade do meio numa situação de emergência, exceção e catástrofe, com uma gestão e com um plano de atuação de elevada perícia correspondendo à conceção, permitindo uma ação fundamentada posteriormente. Desta forma é essencial para mim clarificar estes conceitos.

Assim, uma situação de emergência, segundo o Regulamento n.º 429/2018, é aquela que exige uma assistência imediata à pessoa, como resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe cause perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando a vítima em risco de vida.

Segundo o INEM (2012), a situação de exceção ocorre quando, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica, verifica-se de forma pontual ou sustentada,

um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É este desequilíbrio que condiciona a prestação das equipas de emergência médica, através de uma coordenação criteriosa e gestão de recursos humanos, recursos técnicos e informação disponível, em cada momento. Os incidentes com múltiplas vítimas são também eventos que causam vítimas em número suficientemente elevado para superar os recursos dos serviços médicos e de saúde pública da comunidade afetada, levando a situações de exceção (National Association of Emergency Medical Technicians, 2021).

As situações de catástrofe são definidas pela Lei nº 80/2015 relativa à Lei de Bases da Proteção Civil, no seu Artigo 3.º como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5316).

A OE, através do Regulamento nº 429/2018, referente às competências específicas do EEEMCPSC, explicita que os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Como tal, determina que o EE nesta área, necessita de possuir competências específicas para “dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”. Isto significa que, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência. Desta forma, concluo então que a enfermagem em situação crítica surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações. Isto leva a que a enfermagem à PSC possua uma importância significativa não só no cuidar da pessoa/família nestas circunstâncias, mas também na conceção, planeamento e gestão de cuidados, sendo elementos cruciais em todas as fases da catástrofe, desde a sua prevenção e preparação, até à sua recuperação.

Seguindo esta linha de pensamento a DGS (2010) declara que na possibilidade de ocorrência de uma situação destas é imperativo que as instituições do SNS possuam um plano para dar resposta a qualquer um dos cenários que possa ocorrer, que implique, de forma momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes. Como é previsível a chegada destas vítimas ao SNS dar-se-á pela porta de entradas das instituições de saúde, ou seja, pelo SU. Daí que implique a obrigatoriedade de um plano de atuação perante uma situação de exceção/catástrofe que permita a qualquer unidade de saúde fazer face a uma situação de exceção de forma a garantir a continuidade

dos cuidados e ainda preservando a segurança tanto dos utentes como dos profissionais de saúde.

Perante uma chegada de multi-vítimas a um SU é evidente que o seu funcionamento normal se altere. Segundo o Regulamento nº 361/2015 esta situação exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas, proporcionando-lhes o melhor tratamento e, para isso, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

Durante o ensino clínico no SU do HSM, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência. Este deve ser do conhecimento de todos os profissionais e deve estar num local acessível de consulta. Neste serviço, encontra-se no dossier de procedimentos que fica acondicionada no gabinete do enfermeiro chefe, estando sempre disponível a quem necessite consultar.

Neste dossier estão bem explícitos todos os passos a seguir nestas situações desde a fase de alerta (que está preconizada chegar ao HSM através do CCOU), a fase de alarme (que é quando o chefe de equipa de enfermagem ativa a sala de catástrofe e começa a contactar os intervenientes dos setores de crise) e a fase de execução em que é ativado o nível de resposta consoante o nível de ocorrência (nível um – resposta com meios permanentes disponíveis no SU, nível dois – resposta com recursos da unidade hospitalar que não estão em uso permanente, mas que são ativáveis em situações de exceção e nível três – resposta com recursos externos mobilizáveis preparados para situações de emergência). O nível de resposta é ativado consoante o número de vítimas que se preveem chegar ao SU. São os responsáveis de turno que “decidem” e ativam.

Através de uma entrevista à minha enfermeira tutora, aquando desta prática clínica, procurando aferir experiências vivenciadas aquando de uma situação de exceção/catástrofe no SU apercebi-me que no caso do HSM, nunca houve nenhuma situação real de catástrofe. Ou seja, o plano nunca foi ativado na realidade. Ainda assim, periodicamente são realizados simulacros para testar a operacionalidade dos recursos humanos e materiais perante uma situação de exceção/catástrofe.

Tive oportunidade de realizar uma visita guiada às áreas definidas para receção e prestação de cuidados às vítimas de catástrofe consoante a sua priorização na triagem efetuada já em contexto extra-SU - é montada uma pré triagem no exterior, em que mesmo antes da vítima sair da ambulância já é triada (triagem primária) por um enfermeiro do SU, seguindo posteriormente um circuito de acordo com a cor atribuída que se encontra ilustrado

no chão por forma a chegar à zona apropriada para esta. Ao chegar à zona destinada a vítima volta a ser triada (triagem secundária), desta vez com dados mais objetivos e aí então se inicia a sua abordagem de acordo com o ABCDE.

Falar de situações de catástrofe implica falar de triagem. A triagem advém da palavra francesa *trier*, que tem por significado escolher, classificar ou selecionar (INEM, 2012), ou seja, priorizar intervenções de acordo com as necessidades, procurando atender um maior número de vítimas de maneira eficaz num curto período de tempo, culminando com o seu transporte para o local mais adequado consoante as suas necessidades (Ferreira et al., 2021). Surge pela necessidade de racionalizar recursos médicos quando o número de vítimas excede os recursos humanos existentes (INEM, 2012).

Covos et al. (2016) sublinham a mesma ideia, referindo que o essencial deste processo é determinar as prioridades de ação, ou seja, há a separação das vítimas tendo em vista a sua gravidade clínica funcional, relacionando sempre com a hipótese da vítima recuperar ou de resposta ao tratamento efetuado. Por sua vez, Silva (2019) acrescenta que numa situação de catástrofe este processo de triagem deve ter em conta essencialmente a gravidade da doença/lesão, a capacidade da vítima sobreviver e na capacidade da unidade hospitalar para receber uma vítima em situação crítica, obedecendo a diretrizes e princípios instituídos a nível internacional.

Nestas situações de exceção e catástrofe os profissionais de saúde são confrontados com dilemas éticos, devendo este processo de triagem ser justo e obedecer aos princípios da justiça distributiva (Silva, 2019).

No que concerne a situações de catástrofe/exceção a triagem assume segundo Silva (2019) os seguintes objetivos como principais: a assistência precoce; utilização de manobras *life-saving*; documentação das vítimas; controlo do fluxo de vítimas e estabelecimento de áreas de prestação de cuidados/vigilância e a distribuição de profissionais por essas áreas para que se inicie o tratamento. O objetivo do sistema de triagem é que se salvem tantas vítimas quanto as possíveis com os melhores cuidados prestados.

Considero também pertinente clarificar os termos triagem primária e secundária para uma melhor compreensão dos procedimentos.

Num contexto de catástrofe, a triagem primária assume uma metodologia diferente daquela que usamos diariamente no SU segundo o protocolo de Manchester.

Em Portugal segundo Silva (2019) o método de triagem primária utilizado em situações de exceção/catástrofe é o método *Simple Triage and Rapid Treatment* (START).

Para executar esta triagem são utilizados parâmetros fisiológicos como a respiração, a circulação e o nível de consciência. É ainda, avaliada a capacidade da vítima deambular, fundamentando-se no grau de gravidade apresentado pelas lesões (Ferreira et al., 2021). Por isso, o INEM (2012) refere a importância da colocação de questões muito simples, como: Vítima anda? Encontra-se ferida?; Respira? Frequência Respiratória (FR)?; FC?. Silva (2019) ainda acrescenta questões como: O pulso é palpável?; Preenchimento capilar? (se o preenchimento capilar for superior a dois segundos a vítima é considerada como prioridade de cor vermelha; se o preenchimento capilar for inferior a dois segundos, procede-se à avaliação do estado neurológico) Cumpre ordens simples? Qual o seu estado mental? de modo a facilitar toda esta abordagem.

Sendo assim, segundo o INEM (2012), com base nas questões acima colocadas, surgem discriminadores, conseguindo desta forma efetuar uma divisão básica das vítimas classificando-se em: vermelho (prioridade 1): vítima emergente. Ferreira et al. (2021) completam referindo que é uma vítima com perigo imediato de vida, apresentando falência respiratória, lesões major e queimaduras, sendo prioritário e com necessidade de transporte. São vítimas que respiram após manobras de permeabilização da via aérea ou com FR > 30 ciclos por minuto (cpm) (Covos et. Al., 2016); amarelo (prioridade 2): vítima grave (INEM, 2012). A prioridade neste tipo de vítima é o atendimento imediato, apesar de não possuir risco iminente de vida, ou seja, pode aguardar (Ferreira et al., 2021). São vítimas com fraturas, traumas torácicos ou abdominais, mas, sem sinais de choque (Covos et al., 2016); verde (prioridade 3): vítima não grave (INEM, 2012). Esta vítima por não apresentar lesões ou lesões minor e deambular, não necessita de um atendimento imediato (Ferreira et al., 2021). O mesmo autor refere ainda uma cor cinza (prioridade 4): referem-se a vítimas que não têm possibilidade de recuperação a nível dos parâmetros fisiológicos anteriormente referidos (expectantes) ou que acabaram por falecer. O INEM (2012) fala-nos por fim do preto: vítima morta. Covos et al., (2016) completam referindo que são vítimas que mesmo após manobras simples para permeabilizar a via aérea não respiram.

No que concerne à Triagem Secundária o método mais utilizado a nível nacional é o Triage Revised Trauma Score (TRTS). que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas: FR, estado de consciência (com utilização da Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. A pontuação da TRTS é a soma destas variáveis (INEM, 2012).

O INEM (2012) defende ainda que, estas vítimas são categorizadas de acordo com a pontuação no TRTS obtida. Assim sendo, a prioridade um abrange TRTS entre 1 e 10; a

prioridade 2 é atribuída a TRTS de 11; a prioridade 3 a TRTS de 12; enquanto TRTS de 0 são considerados mortos.

É relevante referir que estes momentos de triagem não devem exceder 60 segundos por cada vítima (Ferreira et al., 2021).

Identifiquei a existência da sala de catástrofe, que acondiciona todo o material no seu interior, desde o kit de catástrofe individual para cada vítima - constituídos por pulseiras de identificação de cores, requisição de análises numerada, tubos para colheita de sangue, requisições de exames complementares de diagnóstico numeradas e folha de catástrofe numerada, de modo a dar resposta a uma situação desta natureza. O kit de catástrofes deverá acompanhar sempre a vítima ao longo da sua permanência no SU; existem também outros materiais como quadros onde é suposto sinalizar zonas de destino para as vítimas, entre outros.

Por inexistência de situações de catástrofe bem como de simulacros ao longo desta prática clínica não tive oportunidade de participar em nenhum deles, no entanto identificar as estruturas e o plano de atuação foi essencial para melhor compreender a dinâmica e desenvolver competências neste âmbito. Neste sentido, não posso deixar de fazer referência à situação de exceção que todo o mundo vivia aquando da realização das práticas clínicas: a pandemia por SARS-COV-2. Relativamente ao SU do HSM, encontrava-se já numa fase de adaptação ao contexto pandémico. Anexada ao SU existia uma estrutura física com capacidade para cerca de 80 utentes, um SU-COVID. Neste existia um gabinete para a admissão e triagem dos utentes, uma sala de reanimação própria e um serviço de imagiologia com capacidade para realização de radiografias e TAC. A equipa de enfermagem era então distribuída por todos os postos, sendo que o número de elementos destacados para o SU-COVID variava consoante a afluência de utentes com COVID. O mesmo critério era utilizado para a distribuição da equipa médica.

Relativamente às práticas clínicas desenvolvidas no HNM (UCIP e UTIC) estas partilham do mesmo plano de catástrofe, uma vez que se encontra implementado a nível institucional, intitulado-se de Plano de Catástrofe Externa de Urgência do HNM.

A elaboração deste plano contou com a colaboração de uma equipa multidisciplinar devidamente formada e treinada em socorro em catástrofe, e foi revisto em 2018, estando atualmente sob revisão. Existe ainda o Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, que se encontra documentado no manual de serviço PO.01 DAPO. 0022,

versão nº 003, elaborado pelo Gabinete da Qualidade em 31 de janeiro 2008, revisto em 2013 (atualmente sob revisão).

O plano de catástrofe adotado pelo HNM segue as mesmas linhas orientadoras do anteriormente referenciado no HSM, sendo que a entrada das vítimas também ocorre pelo SU, sendo o procedimento similar, diferindo apenas na parte estrutural.

Relativamente à prática clínica no INEM, tive a oportunidade de participar na formação do curso de VMER no capítulo das situações de catástrofe e multi-vítimas que ocorreu em Vila do Conde em março de 2022.

Na formação em que participei tive oportunidade de primeiramente assistir à componente teórica, em que todos os termos que acabei de enunciar foram transmitidos e esclarecidos aos formandos. Posteriormente foram feitos grupos de trabalho com situações de catástrofe teóricas que tínhamos de resolver na sala de trabalho; e por último dirigimo-nos ao exterior para uma banca prática de abordagem e gestão de multi-vítimas perante um cenário de catástrofe. Esta experiência foi muito proveitosa e muito enriquecedora para o meu percurso formativo até porque, segundo Primeau e Benton (2021), a simulação de situações de catástrofe traduz-se numa das estratégias mais eficazes de preparação e aquisição de competências para lidar com estas situações num momento real.

Foi curioso fazer o paralelo entre a formação do INEM e a que tive no MEMC. Constatei que, mesmo com alguns meios diferentes, os princípios são os mesmos. E é isso que rege a nossa profissão e a nossa intervenção. É isso que garante às nossas PSC os melhores cuidados possíveis e os mais eficazes. E é na gestão destes contextos de exceção que os EEEMC-PSC fazem a diferença e assumem um papel de referência para a atuação da restante equipa!

Ainda dentro deste contexto de catástrofe surge a oportunidade de lembrar um trabalho académico desenvolvido no MEMC, em que o grupo de trabalho perante uma situação de catástrofe tinha de definir o plano de intervenção para a triagem, estabilização e transporte das vítimas.

Este traduziu-se numa mais valia para o processo de aquisição de competências nesta vertente, até porque segundo Godinho (2018), através de uma revisão integrativa, foi possível determinar que a ineficaz preparação dos enfermeiros para dar resposta em situação de catástrofe é bastante evidente na literatura, sendo referida em vários artigos publicados. Com o propósito de colmatar esta ineficiente preparação, vários estudos sugerem ainda que o currículo de enfermagem deveria ser alterado de forma a incluir formação em gestão de

catástrofe e que existe, sem dúvida, a necessidade de implementar políticas de saúde que proporcionem aos profissionais formação e treino em situações de catástrofe, com o intuito de aumentar as suas competências nesta área, dando uma resposta adequada aquando de uma situação real e permitindo a diminuição da morbilidade/mortalidade das vítimas.

Nesta linha de pensamento, surge ainda a oportunidade de referir que cedo começou o meu interesse por esta área específica do cuidado à PSC, uma vez que em 2017 frequentei o curso: Medical Response To Major Incidents, lecionado pelo Madeira International Disaster Training Centre, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências no âmbito das situações de emergência e catástrofe.

Considero por isso, a aquisição de competências nesta vertente, efetivada, considerando as experiências anteriormente explanadas.

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

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, constitui a última competência específica para o EEEMCPSC.

No âmbito hospitalar, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o consequente aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos constituem problemas de extrema importância a nível mundial, motivo pelo qual as implicações associadas não podem ser ignoradas pelas instituições de saúde, pois traduzem graves impactos na população, tais como o aumento da mortalidade, da morbilidade e do tempo de internamento, o que consequentemente leva a um aumento dos gastos em saúde (DGS, 2018).

Este problema traduz-se numa das preocupações major para as unidades de saúde, motivo pelo qual um dos objetivos definidos no PNSD 2021-2026 consiste na prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

Tanto o HSM como HNM regem os seus princípios de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que surgiu em 2013 com o objetivo de

minimizar as IACS e a resistência aos antimicrobianos, com base em intervenções de saúde fundamentadas pela evidência científica, constando da sua versão mais atualizada no Despacho n.º 10901/2022.

Em 2016 o PPCIRA integrou a lista de programas de saúde prioritários pelo Despacho n.º 6401/2016, onde é bastante evidente a premissa de que “para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada” (p. 15239).

A prestação de cuidados de saúde no HSM e no HNM têm por base as normas e diretrizes emanadas pelo PPCIRA, motivo pelo qual após efetuar uma consulta das normas e procedimentos da UCIP, da UTIC e do SU do HSM face a esta temática, foi-me possível constatar que a identificação dos procedimentos e circuitos (pessoas, têxteis e lixos) requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC foi facilitada, pelo facto de serem transversais à minha prática diária.

Tive oportunidade de, ao longo das práticas clínicas em contexto hospitalar, prestar cuidados de enfermagem que fossem de encontro aos procedimentos e circuitos definidos para a prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC, e também para a prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Adotei sempre as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) que permitiam cuidados individualizados, com materiais individualizados, evitando a transmissão cruzada de infeção. Ainda para mais no contexto atual de pandemia, foi visível a preocupação dos serviços em ter sempre disponível todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que pudessem ser necessários para a prestação segura de cuidados. Verifiquei que se encontravam acondicionados em locais limpos secos, evitando também a sua contaminação e que eram descartáveis. O tipo de EPI foi sempre calculado consoante o risco de infeção e tendo em conta o cuidado a ser prestado (invasivo/não invasivo). Isto vai ao encontro do que a Norma n.º 029/2012 da DGS preconiza, referindo que “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p. 3). No SU do HSM, por exemplo, tendo em conta o elevado risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2, é exigida a utilização de EPI para a prestação de cuidados a todos os utentes admitidos na sala de reanimação, uma vez que uma PSC requer cuidados imediatos, que não podem ser protelados até o resultado da zaragatoa para despiste de COVID-19.

Várias foram as situações vivenciadas em que a aquisição desta competência foi trabalhada. Relembro na UCIP, uma utente do gênero feminino, com cerca de 65 anos de idade, que havia sido transferida da unidade COVID há um dia, por já se encontrar recuperada. A sua função respiratória estava comprometida e houve necessidade de proceder à entubação orotraqueal para posterior ventilação mecânica invasiva. O momento da entubação representa um grande risco para todos os profissionais de saúde em termos de infeção. Este é um procedimento potencial gerador de aerossóis, e por esse motivo observei sempre que a equipa utilizava o EPI nível 2. Este é essencialmente constituído por: touca, máscara FFP2, bata, proteção para o calçado, viseira e luvas. Este procedimento vai ao encontro do preconizado pela Norma n.º 007/2020 da DGS.

Relativamente às outras PBCI, por exemplo, no que toca à colocação dos utentes, denotei que a distância entre as unidades na UCIP e na UTIC é respeitada. Este é um cuidado importante na prevenção de IACS, uma vez que a DGS (2018) remete para o facto de que as características físicas e funcionamento dos serviços, tais como a constituição das equipas de saúde, a sobrelotação dos serviços, o número reduzido de quartos individuais, a distância insuficiente entre camas, são alguns dos fatores que contribuem para a potenciação do risco de transmissão cruzada de microrganismos em contexto hospitalar.

Seguindo esta linha de pensamento, torna-se compreensível que esta não é uma medida fácil de se pôr em prática em contexto de um SU central no nosso País. Por exemplo, no que toca à colocação dos utentes, nem sempre é possível respeitar a distância entre as macas, uma vez que, dada a elevada afluência para um espaço físico limitado, acabam por ficar dispostas de forma sequencial e próxima. No entanto, observei que, sempre que possível, procediam à colocação de um biombo por forma a tentar isolar e separar os utentes uns dos outros.

Tenho ainda que reconhecer que, ao longo da minha prática clínica, existiram algumas situações em que o controlo de infeção ficou para “segundo plano”. Em contexto de SU, os cuidados emergentes têm sempre tempo e recursos condicionados e a verdade é que quando chega a hora de estabelecer prioridades face a uma situação de risco de vida eminente o controlo da infeção acabou por não ser a primeira.

No que concerne a quartos ou divisões para internamento de pessoas que necessitam de isolamento constatei que no SU do HSM não existem. Por vezes, quando há necessidade extrema de isolamento inativa-se um gabinete médico ou a sala de reanimação mais pequena para esse fim. Denote-se que esta “inativação” tem associada grandes constrangimentos em

termos de funcionamento do serviço e por esse motivo, são sempre situações que são ponderadas e discutidas em equipa multidisciplinar. Considero importante reforçar a ideia de que as zonas para isolamento neste serviço, em concreto, constituiriam uma mais valia até porque segundo Rello et al. (2019) as PSC são particularmente vulneráveis a infeções por microrganismos multirresistentes.

Já a UCIP e a UTIC são detentoras de unidades de isolamento individuais, indo ao encontro do preconizado pelos autores supracitados.

Constatee ainda outras PBCI que aconteciam de forma correta tais como: a higiene das mãos, etiqueta respiratória, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Todas estas práticas, tal como a Norma n.º 029/2012 da DGS defende, destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. As fontes de infeção podem incluir sangue, outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes.

Estas medidas devem ser aplicadas a todos os utentes, independentemente de se conhecer ou não o seu estado de infeção, e foi isso que observei e também pus em prática ao longo das práticas clínicas.

Relativamente ao ambiente do doente, a DGS preconiza a limpeza e descontaminação diárias, essencialmente nas superfícies e dispositivos de contacto frequente/objetos de utilização comum, como por exemplo o aparelho para avaliar a tensão arterial, pelo menos uma vez turno. Pude observar este cuidado em cada turno pelos assistentes operacionais, tanto na UCIP como na UTIC. No entanto, no SU nem sempre foi exequível ao longo da prática clínica, uma vez que a carga de trabalho era muito superior ao número de assistentes operacionais disponíveis para a executar.

Relembro ainda momentos em que a família estava presente na unidade da PSC, ou momentos a sós que a equipa de saúde proporcionava entre a PSC e sua família; nesta situação orientei sempre para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção, por forma a tentar minimizar a sua ocorrência. Nomeadamente a importância de não retirar a máscara e ainda os momentos de higienização das mãos.

No que concerne ao ambiente pré-hospitalar, este é frequentemente um meio que é considerado como aquele em que o controlo de infeção é completamente descurado, pelas

circunstâncias em que este ocorre. Esta ideia está completamente errada e os profissionais que lá desempenham funções adotam cuidados em todas as suas saídas que permitem, de facto, garantir o controlo de infeção.

Desde a limpeza assídua da viatura, à desinfeção após cada saída da célula sanitária, à troca de dispositivos descartáveis como máscaras, elétrodos, entre outros; ao acondicionamento dos materiais dentro da viatura. Existem locais apropriados para a separação e gestão dos resíduos, bem como EPI disponíveis para os tripulantes e para as vítimas sempre que necessário. A primeira regra de atuação no meio pré-hospitalar corresponde à segurança. Segurança da equipa, do local e da vítima; e nesse sentido as medidas de controlo de infeção são sempre tidas em conta.

Existem ainda materiais disponíveis para a lavagem e desinfeção dos espaços.

Assim sendo, posso constatar que encaminhei o meu percurso por forma a seguir sempre com normas de segurança e de prevenção e controlo de infeção, cumprindo para isso com as PBCI para todos os utentes por mim cuidados, independentemente do contexto. Procurei maximizar estas mesmas intervenções para o controlo de infeção, com o objetivo de obter a excelência dos cuidados prestados.

Desenvolvi, igualmente, competências comuns do EE, à luz do Regulamento n.º140/2019, em diversos domínios, nomeadamente, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na promoção de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, ao detetar comportamentos de risco aquando da prestação de cuidados e adotando medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas; no domínio da melhoria contínua dos cuidados ao “garantir ambiente terapêutico e seguro”, ao cumprir todos os feixes de intervenção na prevenção e controlo da infeção, e finalmente, no domínio das aprendizagens profissionais, ao basear a minha intervenção na “praxis clínica especializada em evidência científica”, ao demonstrar conhecimentos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes e por fim, ao fazer de cada oportunidade de aprendizagem um momento de análise e reflexão para a minha prática futura.

CONCLUSÃO

A concretização deste relatório permitiu-me uma análise crítico-reflexiva acerca do meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem comuns, especializadas e de mestre em EMC, na vertente do cuidado à PSC.

Ao longo das práticas clínicas tive oportunidade de cuidar da PSC acometida de EAM, entre outras situações de doença, em contextos diferenciados, desde o SU, à UCIP, ao pré-hospitalar e à UTIC, permitindo um vasto conjunto de oportunidades de aprendizagem que facilitaram assim a minha aquisição de competências nesta área do cuidar em enfermagem.

Tal como a OE (2017) defende, a noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquirida ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É, por isso, um saber agir complexo baseado na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação. Assim sendo, a OE defende ainda como sendo benéfico para o profissional, que este tenha a oportunidade de, ao longo do seu percurso profissional, vivenciar o maior número possível de situações e experiências clínicas.

A PSC acometida de EAM é detentora de uma grande necessidade de cuidados de enfermagem seguros e com qualidade, e revestidos de grande complexidade.

Considerando a complexidade inerente ao cuidar da PSC/sua família tornou-se, ao longo deste percurso, evidente o quanto a especialização em enfermagem faz sentido. O quanto o EEEMCPSC contribui para a obtenção de resultados positivos para as PSC de quem cuida, uma vez que baseia a sua prática na mais recente e adequada evidência científica, aliando a estas a sua experiência profissional. É o EEEMCPSC quem faz a diferença no cuidar, uma vez que tem como princípios a promoção da saúde, da segurança e qualidade dos cuidados e ainda do bem-estar e conforto da PSC/família. É também o EEEMCPSC que assume a responsabilidade de identificar as necessidades humanas e materiais em saúde, quem organiza e gere os recursos necessários, quem tem papel ativo na prestação de cuidados holísticos, não descurando nenhuma das vertentes bio-psico-social da PSC.

Preocupa-me o não cumprimento das dotações seguras no SNS, uma vez que a afluência de doentes é cada vez maior, as situações são cada vez mais complexas e, por isso,

a necessidade de cuidados seguros e de qualidade é maior, sendo, por este motivo, essencial que se aposte na formação em enfermagem.

Após refletir sobre as experiências vivenciadas e complementá-las com fundamentação teórica, é-me possível concluir que alcancei os objetivos a que me propus desde o início deste percurso académico, uma vez que, após concluir este processo, sinto que adquiri um conjunto de conhecimentos e competências que garantem uma abordagem holística, personalizada, especializada e baseada na mais recente evidência científica, garantindo assim maior segurança aquando da minha prática de enfermagem.

Foram desenvolvidas as competências comuns do EE, seguindo o Regulamento nº 140/2019, no que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados prestados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desenvolvi, igualmente, as competências específicas do EEEMCPSC, seguindo o Regulamento n.º 429/2018, no que concerne ao cuidar da PSC/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na resposta às situações de emergência, da conceção à ação, e na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

Simultaneamente, foram desenvolvidas as competências de mestre, no que concerne à aquisição de conhecimentos técnico-científicos e da sua compreensão, na capacidade em integrar os conhecimentos, no seu todo, na formulação de juízos, nas tomadas de decisão e na apresentação de soluções, na aptidão em divulgar os conhecimentos adquiridos e da autoformação contínua.

Ao longo de todo o percurso formativo aponto a gestão de tempo como um dos aspetos que mais dificultaram o processo. O conseguir gerir a componente teórica das aulas, com as práticas clínicas, com a minha atividade profissional e ainda com a vida pessoal não foi de todo fácil, no entanto, com determinação e apoio das pessoas mais próximas tudo se tornou possível.

Sem dúvida que este percurso irá aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados que prestarei enquanto futura EEEMCPSC, uma vez que se traduziu numa experiência rica em oportunidades de desenvolvimento de conhecimento, da prática e da reflexão em enfermagem, mas também do desenvolvimento e crescimento pessoal, através da demonstração de capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificam enquanto enfermeira e futura EE. Considero que este relatório transpõe todo o meu

percurso, o meu crescimento e evolução através da descrição que fiz etapa a etapa, bem como a aquisição gradual de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra e Lisboa: EDUCA e Sinais Vitais.
- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Ahmadi, M. & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: na assessment of Rose's big idea. *BMC Public Health*, (22)14. <http://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-12421-0>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S. & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics* (2nd ed.). Springer.
- Bohula, E. A. (2019). Acute coronary syndromes. In A. K. Singh, & J. Loscalzo (Eds.), *The Brigham intensive review of internal medicine* (3rd ed., pp. 820-833). Elsevier
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G. & Carvalho, E. (2016). Atividades dos serviços de urgência hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (3), 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Bresolin, P., Martini, J. G., Lazzari, D. D., Galindo, I. S., Rodrigues, J., Barbosa, M. H. P. A. (2019). Aprendizagem experiencial e diretrizes curriculares nacionais de enfermagem: revisão integrativa de literatura. *Revista Cogitare Enfermagem*, 24. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59024>

- Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology* 2(2), 138-142. <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>
- Câmara, P. (2018). *Efetividade da terapia fibrinolítica para tratamento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25145/1/PriscilaFernandesMaireles_DISSERT.pdf
- Camelo, S.H.H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 20(1). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?lang=en>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crneu-pdf.aspx>
- Constituição da República Portuguesa. Diário da República I Série. 86 (10-04-1976). [Consult 03 Mar 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Corrêa, W. O., Batista, V., Cavalcante, E. F., Júnior, Fernandes, M. P., Fortes, R., Ruiz, G., Machado, C. J., & Pastore, M., Neto (2017). Mortality predictors in patients with pelvic fractures from blunt trauma. Preditores de mortalidade em pacientes com fratura de pelve por trauma contuso. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(3), 222–230. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003001>
- Costa, F. N., Melo, K. A. da S., Silva, T. C. S., Ribeiro, J. F., & Andrade, J. M. F. (2021). Desafios vivenciados pela equipe de atendimento pré-hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), e-021088. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.954>

- Covos, J. S., Covos, J. F. & Brenga, A. C. (2016). A importância da triagem em acidentes com múltiplas vítimas. *Agrárias e da Saúde*, 20(3), 224-229. <https://www.redalyc.org/pdf/260/26049965012.pdf>
- Damico, V., Macchi, G., Murano, L. & Forastieri, M. (2020). Incidence of pain at rest and during nursing procedures in IUC patients: a longitudinal observational study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 32(4), 407-418. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2364>
- Decreto-Lei n.º 23/2008. **Diário da República** I série. 28(28-02-2008) 946–947. [Consult 02 Jun 2022. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/23-2008-248228>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I série. 205 (27/05/2015). [Consult. 04 jun 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/decreto-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 234/1981. **Diário da República** I Série. (03-08-2981). [Consult 02 jul. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/6301/decreto-lei-234-81-de-3-de-agosto>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 02 jun. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Despacho n.º 6401/2016. **Diário da República** II Série. 94. (16-05-2016) 15239. [Consult. 2 mar. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/74443131>
- Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** 2ª Série. 153 (11/08/2014) 20673-20678. [Consult. 4 jul 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?q=Despacho+n%C2%BA%2010319%2F2014>
- Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021) 96-103. [Consult. 20 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

- Dias, A. S., (2018). *Gestão da dor aguda na pessoa em situação crítica: uma intervenção de enfermagem especializada* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29488/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio_Ana%20Dias_7361.pdf
- Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa n.º 011/2013: Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto. 2013. Atualização 2017. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). 2020. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde - Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. 2017. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. 2013. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). 2012. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e referência: medicina intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-MedicinaIntensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.). Author. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-deacreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-aprevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp->

content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.

Fernandes, M. C. (2015). *Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP* (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/13538>

Ferreira, A. (2013). *Estudo psicométrico do índice de bem-estar pessoal em pessoas portadoras de deficiência mental (PWI-D)* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24864/1/INSTITUTO%20SUPERIOR%20DE%20CIE%cc%82NCIAS%20EDUCATIVAS.pdf>

Ferreira, B. S. S., Rocha, R. V. C., Oliveira, W. E., Caldeira, A. G. & Aoyama, E. A. (2021). Importância da triagem no atendimento pré-hospitalar no incidente com múltiplas vítimas. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(2), 7-14. <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/189/155>

Ferreira, M. (2019). *Prevenção da úlcera por pressão contributos da enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20-500.11960/2281/1/Margarida_Ferreira.pdf

Ferreira, N., Ramalho, E. & Lopes, J. (2015). Non-pharmacological strategies to decrease anxiety in cardiac catheterization: integrative review. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1093-1102. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680614i>

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Revista Nursing*, 1-7. <http://www.nursing.pt/wpcontent/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-decuidados-de-enfermagem.pdf>.

- Gillingham, I., Neubeck, L., Williams, B., & Dawkes, S. (2020). Role expansion for nurses in the cardiac catheter laboratory: Findings from a systematic scoping review. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15(4), 1-14. <https://doi.org/10.12968/bjca.2019.0128>
- Godinho, F. (2018). *Catástrofe ou emergência multivítimas: Desenvolvimento de competência para uma intervenção especializada de enfermagem* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/27910>
- Godinho, M., Garcia, D. F. V., Parreira, J. G., Fraga, G. P., Nascimento, B. & Rizou, S. (2012). Tratamento da hemorragia da fratura pélvica em doente instável Hemodinamicamente. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 39(3). <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000300014>
- Gonçalves, R. (2017). *Perfil do enfermeiro para o exercício profissional na VMER*. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1975/1/Rui_Goncalves.pdf
- Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019). *Relatório grupo de trabalho serviços de urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Horta, V. S. (2018). *Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST* *Números do Centro Hospitalar Cova da Beira* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior). <http://hdl.handle.net/10400.6/8541>
- Hylén, M., Akerman, E., Idvall, E. & Alm-Roijer. (2020). Patient's experiences of pain in the intensive care: the delicate balance of control. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2660-2669. <https://doi.org/10.1111/jan.14503>
- Instituto de Administração da Saúde. (2020). *Plano estratégico do sistema regional de saúde (PESRS): extensão a 2020: Avaliação intercalar monitorização 2017/2021*. https://www.iasaude.pt/attachments/article/6253/PESRS_Avaliacao%20Intercalar_Agosto2019.pdf

- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de Exceção: Manual TAS: Versão 2.0*. [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Meios-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *INEM encaminhou 898 casos de enfarte através da Via Verde Coronária em 2021*. <https://www.inem.pt/2022/02/14/inem-encaminhou-898-casos-de-enfarte-atraves-da-via-verde-coronaria-em-2021/>
- International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Kwok, C. S., Naneishvili, T., Curry, S., Aston, C., Beeston, M., Chell, S., Cripps, J., Gunter, B., Jackson, D., Thomas, D., Jones, A., Bethell, H., Sandhu, K., Morgan-Smith, D., & Beynon, R. (2020). Description and development of a nurse-led cardiac assessment team. *Future Healthcare Journal*, 7(1), 78-83. <https://doi.org/10.7861/fhj.2018-0078>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. ASA.
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions (7^a ed.)*. Eyrolles.
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult 03 jul 2022. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 80/2015. **Diário da República** I Série. 149 (3 ago 2015). [Consult. 30 jun 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>

- Lei n.º 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult 15 jan 2022. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 4 mar 2022. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lucchini, A., Felppis, C., Elli, S. & Bambi, S. (2019). The burden of not-weighted factors in nursing workload: Can Nursing Activities Score be more suitable than TISS 28 and NEMS?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 82-83. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.002>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Mestrado em Enfermagem Médico-Ciúrgica, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Man Ho, C., Ting Wu, Z., & Shim Wong, Y. (2017). Use of non-pharmacological intervention to reduce anxiety during cardiac catheterization. *Reserach Connections The world of Critical Care Nursing*, 11(2), 28-32. <https://connect.springerpub.com/content/sgrwfccn%3A%3A%3A11%3A%3A%3A2%3A%3A%3A28.full.pdf>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R., Meyfroidt., M., Nakagawa, S., Pelosi, P. Vincent, J., Vollman, K. & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.
- Martin, L., Murphy, M., Scanlon, A., Naismith, C., Clark, D., & Farouque, O. (2014). Timely treatment for acute myocardial infarction and health outcomes: An integrative review of the literature. *Australian Critical Care*, 27(3), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.11.005>

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, A. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-dasitua%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.p>
- Monteiro, M. (2020). *Risco de queda em utentes adultos e idosos no serviço de urgência* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). <http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5428/1/Dissertação%20-%20Risco%20de%20Queda%20em%20Utentes%29Adultos%20e%20Idosos.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., Reis Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma. *JBIS Database of systematic reviews and Implementation Reports*, 17(12), 2483-2490. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004036>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2021). *PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado* (9^a ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Neto, M. R. M. (2016). *Satisfação profissional versus metodologia de trabalho: percepção dos enfermeiros numa USF* (Projeto de Graduação, Universidade de Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde). <http://hdl.handle.net/10284/5499>
- Niza, F. (2018). *Intervenção especializada do enfermeiro à pessoa com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST: todos os minutos contam* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/25325>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática: Dor*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pacheco, S. (2004) - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética* (2^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Pavão, S. (2021). Transporte do doente crítico. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 98-106). Lidel.
- Peres, M. A. A., Aperibense, P. G. G. S., Dios-Aguado, M. M., Gómez-Cantarino, S. & Queirós, P. J. P. *El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos*. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200228. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
- Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H. & Nolan, J. P. (2021). *European resuscitation council guidelines*. https://www.erc.edu/assets/documents/RESUS-8995-Exec-Summary_copy.pdf
- Pires, V. (2020). *“Apenas falar, não é comunicar”*: A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33518>
- Portaria n.º 141/2018. **Diário da República** I Série. (18-05-2018) 2211-2212. [Consult. ago 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/141-2018-115344086>

- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2018). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (9ª ed.). Elsevier.
- Primeau, M. S. & Benton, A. M. (2021). Multilevel disaster simulation in nursing: lessons learned in undergraduate and nurse practitioner student collaboration. *Nursing Education Perspectives*, 42(3), 188-189. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000602>
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3787. [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 2419-2420. [Consult. 1 de dez de 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 361/2015. **Diário da República** 2ª série. 123 (23-06-2015) 17240-17243. [Consult. 4 mai 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67613096/details/normal?q=regulamento+361%2F2015>
- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16/07/2018) 19359 - 19370. [Consult. 23 fev 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 4 mai 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019>
- Rello, J., Eshwara, V., Conway-Morris, A., Lagunes, L., Alves, J., Alp, E., Zhang, Z., Mer, M. & TOTEM Study Investigators. (2019). Perceived differences between intensivists and infectious diseases consultants facing antimicrobial resistance: a global cross-sectional survey. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 38, 1235-1240. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03530-1>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. **Diário da República** I-A Série. 2 (03-01-2001) 14-36. [Consult. 21 mai. 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/235128>

- Ribeiro, A. (2020). *Avaliação do risco de úlcera por pressão no doente crítico – estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Cubbin-Jackson* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35655/1/Disserta%20de%20Mestrado_Ana%20Ribeiro.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M. & Trochin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rodgers, G. P., Linderbaum, J. A., Pearson, D. D., Fernandes, S. M., Housholder-Hughes, S. D., & Mendes, L. A. (Eds.). (2020). 2020 ACC Clinical Competencies for Nurse Practitioners and Physician Assistants in Adult Cardiovascular Medicine. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(19), 2483-2517. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.005>
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., Barengo, N. C., Beaton, A. Z., Benjamin, E. J., Benziger, C. P., Bonny, A., Brauer, M., Brodmann, M., Cahill, T. J., Carapetis, J., Catapano, A. L., Chugh, S. S., Cooper, L. T., Coresh, J., Criqui, M., ... GBD-NHLBI-JACC Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, (19), 31-46. <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Sapeta, P. (2013). *Desenvolvimento de Competências: os saberes teóricos e os saberes práticos*. URL: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R_IPCB4_1.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2022a). *Doação e transplantação de órgãos*. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/doacao-e-transplantacao-de-orgaos-2>

- Serviço Nacional de Saúde. (2022b). *Testamento vital*.
<https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/testamento-vital/>
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto)
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>
- Silva, M. (2020). *O papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de exceção* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica do Porto).
https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31612/1/Mafalda%20Sofia%20Tavares%20Silva_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Silva, T. A. (2019). *A triagem realizada no pré-hospitalar e hospitalar por profissionais em situações de exceção/catástrofe garantindo a continuidade dos cuidados* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria)
https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4713/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Triagem%20em%20Situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Cat%C3%A1strofe_TANIA%20ALVES%20SILVA.pdf
- Simões, J. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança).
<http://hdl.handle.net/10198/22672>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Soleimani, M., Soleimani, A., Roohafza, H., Sarrafzadegan, N., Taheri, M., Yadegarfar, G., Azarm, M., Dorostkar, N., Vakili, H., & Masoumeh, S. (2020). The comparison of procedural and clinical outcomes of thrombolytic-facilitated and primary percutaneous coronary intervention in patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI): Findings from PROVE/ACS study. *ARYA Atheroscler*, 16(3), 123-129. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778513>

- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O perfil do enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Ed.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 20-24). https://www.researchgate.net/publication/348555848_O_Perfil_do_Enfermeiro_n_uma_Unidade_de_Cuidados_Intensivos
- Vahdatpour, C., Collins, D., & Golsberg, S. (2019). Cardiogenic shock. *Journal of the American Heart Association*, 1-12. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011991>.
- Veloso, D. (2018). *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* (Trabalho de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25477/1/TeseMestradoDanyellenVelo_so.pdf
- Vidal, R. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados: Prevenção de úlceras por pressão no doente crítico* (Relatório de mestrado, Universidade Católica de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.14/32467>
- Woo, B. F., Lee, J. X., & Tam, W. W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15(63), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- Zawawi, A. A., & Nasurdin, A. M. (2017). The impact of task characteristics on the performance of nursing team. *International Journal of Nursing Sciences*, 4, 285-290. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.03.009>
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Diaz, M., Maestro-Gonzalez, A. & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. *Pain Management Nursing*, 21 (6), 510-515. [10.1016/j.pmn.2020.03.009](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.009)

APÊNDICES

APÊNDICE A – “TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS, QUAL O PAPEL DO EEEMCPSC?”

Descrição da atividade desenvolvida

Chegou à sala de reanimação do Hospital Santa Maria por volta das 20h do o Sr. L., devido a uma síncope com queda, e posterior TCE. Chegou entubado e ventilado, com um Score na Escala de Glasgow de 3.

De entre todos os cuidados prestados e exames complementares de diagnóstico efetuados, eis que o resultado da TAC CE manifesta uma hemorragia subaracnoídea com uma grande extensão, que do ponto de vista da neurocirurgia seria irreversível e que o plano terapêutico para aquele senhor seriam “cuidados de conforto”.

Antes de desadaptar o ventilador do tubo oro-traqueal que permeabilizava a via aérea do utente (uma das medidas de conforto pretendidas pela equipa médica), era necessário falar com a família que se encontrava no exterior do Serviço de Urgência e que queria saber “como é que o Sr. L. se encontrava”; de forma a que a equipa pudesse prosseguir com o conhecimento da família; não só do estado de saúde do Sr. L., como também dos cuidados que seriam posteriormente prestados.

Reflexão crítica e autoanálise

A morte é parte integrante da vida de todos nós. Experienciamo-la de forma única e singular, e são as nossas vivências que tornam a passagem por esta experiência marcante para toda a vida. Perder alguém que nos é querido não é tarefa fácil. Aceitar a morte de uma pessoa que nos é muito significativa requer um processo, que para muitos de nós, é bastante doloroso: o processo de luto. Aquando deste momento procuramos conforto e respostas muitas vezes em pessoas que nos são desconhecidas: os profissionais de saúde; mas que acabam por se tornar no nosso pilar e apoio para que possamos transitar e iniciar o processo de luto e consequente aceitação da perda, não esquecendo que o luto acaba por ser o preço do amor/vinculação que tínhamos com a pessoa em questão.

Este momento traduz-se em grande fragilidade da própria pessoa, mas também da família, que recorrentemente manifestam sentimentos como: negação, incerteza, angústia e tristeza; vivenciando esta experiência com grande intensidade (Pires, 2020).

Também para mim, enfermeira, traz sentimentos como impotência e frustração uma vez que trabalho num serviço de urgência, cujo principal objetivo é salvar vidas, estabilizar as pessoas em situação crítica e, numa fase posterior, tratar a causa/ doença de base. Claro que desempenhar funções num serviço de urgência tem associado o facto de esta ser uma realidade inevitável, que está presente em praticamente todos os dias da minha prática, uma vez que é muito ténue a linha que separa a vida e a morte da pessoa em situação crítica. Estes sentimentos advém do facto que muitas das vezes a ambição pela recuperação do estado de saúde (cura) se torna quase como que a única prioridade na abordagem à pessoa em situação crítica, o que nem sempre é o mais adequado, como por exemplo na situação do Sr. L., em que se pretende um fim de vida sereno e com conforto, e não medidas invasivas de busca de salvamento. Essas são medidas incompatíveis com a promoção de conforto e qualidade de vida na fase final do ciclo vital. É imperativo ser dotado de capacidade de reconhecer que há situações em que não é possível reverter as situações críticas.

Deste modo, para esta situação em específico, foi adotado o protocolo de Buckman para a transmissão de más notícias à família do Sr. L. Procedeu-se inicialmente ao acolhimento da família do Sr. L. (esposa e filho) na sala de transmissão de más notícias do Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria por parte da enfermeira responsável pelo Sr. L., por mim e ainda pelo chefe de equipa de Cirurgia Geral (responsável pelo Sr. L.,) daquele dia.

Tentámos na primeira instância avaliar o que é que os familiares já sabiam sobre o estado do Sr. L., e o quanto pretendiam saber.

De forma clara, mas adaptada ao nível de literacia e conhecimento da família foi explicado o que tinha acontecido, os exames que tinham sido realizados, as conclusões a que se tinha chegado e qual era o prognóstico para o Sr. L. Todo este processo traduziu-se num momento triste para a família, mas em que foi muito evidente que nós os três acabávamos de nos tornar no “apoio” no processo de luto que se iniciava. O olhar dos familiares, as perguntas que nos colocaram, a necessidade de lhes garantirmos que o Sr. L., não estava a sofrer acabavam por traduzir essencialmente isso. E nesse sentido, esta experiência acabou por ser muito gratificante e enriquecedora para mim, não só enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, mas também enquanto pessoa.

Foi feita a expressão de sentimentos da família, disponibilizada a presença para esclarecimento de dúvidas e ainda questionado se pretendiam se despedir do Sr. L. A família manifestou essa vontade. Explicámos ainda que após se despedirem do Sr. L., procederíamos

à desconexão da prótese ventilatória invasiva e que não tínhamos garantia se o Sr. L., conseguiria respirar espontaneamente ou se, caso conseguisse, por quanto tempo mais iria ser. Especificámos que poderiam ser segundos, horas ou dias. Tentámos ser breves, dando sempre tempo e espaço à família para interiorizar e processar o que acabávamos de dizer. Repetiu-se a informação algumas vezes, de formas distintas, e foi questionado aos familiares acerca da sua compreensão da situação.

Toda a abordagem à família do Sr. L., foi de encontro ao que é preconizado pelo regulamento (429/2018) em que, dentro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descreve-se que deve ser adaptada a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (neste caso em específico, como o prognóstico era muito reservado e delicado, foi tida em conta a forma como se iria comunicar à família, tendo para isso sido selecionado um ambiente calmo, reservado, utilizada linguagem simples e clara, com presença e disponibilidade para ouvir a expressão de emoções por parte da família e com espaço para toque terapêutico e outras medidas de comunicação não verbal). Ou seja, acabei por estabelecer uma relação terapêutica com a família em situação crítica, que se manifestou uma ponte de apoio para o momento que estariam a começar a vivenciar (processo de transição).

O momento em que se confirmou o desfecho esperado do Sr. L., foi avassalador para a família. Certamente que aceitar que uma pessoa que foi vista até há poucas horas atrás no seu estado normal, sem qualquer queixa ou sintomatologia, poderá em breves instantes falecer é aterrador para quem lhe é próximo. Por isso mesmo todo o processo de comunicação foi feito com uma seleção adequada das estratégias a adotar, com base no apoio e assistência perante as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

A ansiedade e o medo vivenciados por aquela família foram respeitados e nesse sentido tentou-se desmistificar o que viria depois, uma vez que pretendiam se despedir do Sr. L.

Nesse sentido eu e a enfermeira responsável pelo Sr. L., preparámos o ambiente da unidade de cuidados onde o utente se encontrava para a receção da família junto a este. Estivemos presentes durante esse momento, explicámos novamente o que já havia sido explicado na sala de transmissão de más notícias: que iriam ver o Sr. L., adaptado a vários dispositivos que poderiam ser “assustadores” mas que serviam para nos indicar o seu estado hemodinâmico, que ele estaria a dormir e adaptado a um tubo que desempenhava a função

respiratória mas que estava sereno e sem dor. Incentivámos a expressão de sentimentos perante o Sr. L., que poderiam tocar e ficar junto a ele o tempo que precisassem e pretendessem.

Deste modo, acabei então também por demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

Nesta linha de pensamento e em jeito de resumo de toda esta situação Galinha de Sá, et al. (2015), referem que “a comunicação eficaz é a base da relação entre a família e os enfermeiros, devendo ser honesta, mas também portadora de esperança” (p. 42), e ainda que “cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto de urgência e emergência” (p. 31).

Fez sentido para mim abordar esta temática, e vivenciar esta experiência em contexto de SU uma vez que uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica consiste em cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; estando para isso descrito dentro da unidade de competência - identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, os seguintes critérios de avaliação: estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados; demonstrar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto e reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Sem dúvida que a presença da família nesta fase de transição é essencial. Acaba por se traduzir num mecanismo facilitador de adaptação a essa mesma transição, o que acaba por muitas vezes facilitar o processo de tomada de decisão pela equipa multidisciplinar. Uma família informada e devidamente esclarecida, é uma família que apoia e ajuda a decidir. Que participa no “plano terapêutico” mais adequado para o doente. Tudo isto se traduz graças à eficácia da relação terapêutica e em ganhos de saúde para todos.

Em jeito de conclusão, assumo o compromisso de perante situações idênticas à descrita inicialmente ser capaz de identificar as necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família, tentar dar resposta às mesmas de forma holística e personalizada a cada pessoa. Procurarei adotar a melhor e mais adequada forma de comunicação (quer verbal

como não verbal) entre a pessoa/família e equipa de saúde; terei consciência que a minha atitude é preponderante e que o papel que represento para aquela família é crucial para que se sintam “amparados” e com uma pessoa de referência a quem recorrer em caso de dúvidas, medos e incertezas.

Procurarei sempre promover a expressão de sentimentos, estabelecer uma relação empática e terapêutica com a pessoa em situação crítica e a sua família de forma a demonstrar que tenho capacidade de me colocar no lugar do outro e que procuro compreender a forma como se sentem, escutá-los, respeitar a sua privacidade e singularidade. Ao longo do processo de comunicação tentarei expressar uma esperança realista, reforçando que todas as medidas têm como objetivo o bem-estar da pessoa em questão.

Serei o mais credível possível, sucinta e clara na transmissão de informação e não irei prometer coisas que não possa cumprir, tendo para isso atenção de dizer sempre a verdade, procurando clarificar todas as dúvidas que possam surgir.

Não esquecendo claro, que tudo isto ocorrerá num lugar com ambiente apropriado à transmissão de más notícias (por ex: sem ruídos de fundo, sem interrupções, sem muita luz e estímulos externos), seguirei o protocolo de *Buckman* e terei uma linguagem e atitude apropriados às necessidades expressas que irá de encontro ao perfil enfermeira especialista em médica cirúrgica de na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Referências Bibliográficas:

Galinha de Sá, et al. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro. URL: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Pires (2020). “Apenas falar, não é comunicar” – A comunicação do enfermeiro com a família/pessoa em situação crítica no SU. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33518>

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 jul 2018). Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, n.º 135, II Série.

PÊNDICE B – “CHECK LIST PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO”

Preencher com ✓ os itens verificados

Identificação do utente	
Nome:	Idade:
Nº de processo hospitalar:	Diagnóstico:
Antecedentes Pessoais:	
ALERGIAS:	
Serviço de Origem:	Hora (de saída):
Serviço Recetor:	Hora (de chegada):
Equipa que efetuou o transporte	
Enfermeiro:	Médico:

FASES DO TRANS-PORTE	DECISÃO	OBS:	RUBRICA:
	Avaliação pré transporte efetuada? (benefícios superam os riscos?)		
	PLANEAMENTO	OBS:	RUBRICA:
	Monitor operacional	Bateria / com capacidade para monitorizar FC, FR, SPO2, TA; Parâmetros para alarmes ajustados	
	Bala de oxigénio cheia	Em suporte vertical na maca	
	Mala de reanimação operacional	Material de reanimação (medicação + adjuvantes) íntegro e dentro do prazo de validade	
	Bombas e seringas infusoras em suporte próprio e com bateria		
	Tempo estimado de transporte		

EFETIVAÇÃO					
A+B VIA AÉREA + RESPIRAÇÃO	Respiração Espontânea		Ventilação Não Invasiva	Ventilação Invasiva	
	Sem aporte suplementar		VNI com bateria	Ventilador portátil com bateria	
	Óculos nasais		Máscara adequada e ajustada	Parâmetros para alarmes ajustados	
	Máscara facial de alto débito		Traqueia com comprimento suficiente para movimentar durante o transporte	Tubo Oro Traqueal Fixo	
	Máscara facial com reservatório			Pressão do cuff adequada	
	Máscara facial venturi (FiO2)			Aspiração de secreções (TOT ou Subglótica)	
	Adjuvantes da via aérea			Traqueia com comprimento suficiente para movimentar durante o transporte	

C CIRCULAÇÃO + (fármacos)	Acessos venosos periféricos (pelo menos 2) funcionantes	
	Acesso venoso central funcionante	
	Drenos torácicos	
	Conteúdo dos drenos	
	Reservatório para drenagem acondicionado na maca	
	Penso do dreno limpo e seco externamente	
	Medicação para substituição das perfusões em curso	
	Suporte vasopressor?	
	Sedação	
	Analgesia	
Outros fármacos (ex: antibióticos)		

D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGI- CA	Score da Escala de Coma de Glasgow à saída do serviço	
	Avaliação pupilar - Reatividade - Diâmetro - Simetria	
	Características da pele/mucosas	
	Temperatura corporal	
	Despiste de convulsões	
	OUTROS	- Catéter vesical - Suporte adequado - Saco coletor zerado antes de sair SNG – verificada permeabilidade

<i>Sinais vitais à saída:</i>	TA:	FC: FR:	SpO2: T°C:	BMT:	Rubrica:
<i>Sinais vitais à chegada do serviço recetor</i>	TA:	FC: FR:	SpO2: T°C:	BMT:	Rubrica:

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE C – “VIA VERDE CORONÁRIA NA RAM”

Via Verde Coronária-RAM

Abreu, L.^{1,4,7}; Alves, A.^{2,5,7}; Freitas, B.^{3,6,7}; Ornelas, S.^{1,4,7}; Vale, S.^{3,4,7}

1- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Ciências do Consumo Alimentar, 3- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4- SU, 5- SIVL, 6- Serviço de Cardiologia, 7- Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade a nível mundial e Portugal não é exceção (Ahmadi & Lanphear, 2022; Vahatalo et al., 2021; WHO, 2020; Roth et al., 2020). Assim, o tratamento eficaz das síndromes coronárias agudas com elevação do segmento ST é fundamental. Das opções de tratamento disponíveis, a intervenção coronária percutânea primária demonstrou ser mais eficaz na redução da mortalidade e dos eventos cardíacos adversos e mais segura na redução das complicações hemorrágicas graves, comparativamente à trombólise (Soleimani et al., 2020).

Objetivos

- ✓ Caracterizar os doentes submetidos a intervenção coronária percutânea primária (ICPp) provenientes do ambulatório e nos quais foi ativada a via verde coronária (VVC), no serviço de urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Metodologia

- ✓ Tipo: estudo retrospectivo descritivo e analítico;
- ✓ Amostra: doentes submetidos a ICPp, proveniente do ambulatório e ativada a VVC no SU;
- ✓ Período: 01-01-2020 a 31-12-2021.

RESULTADOS



Gráfico 1: Ativações da VVC

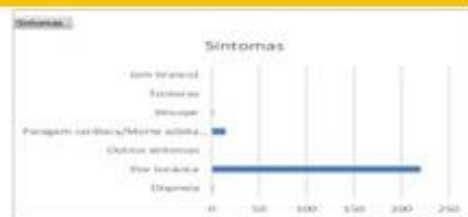


Gráfico 2: Principais sintomas da VVC

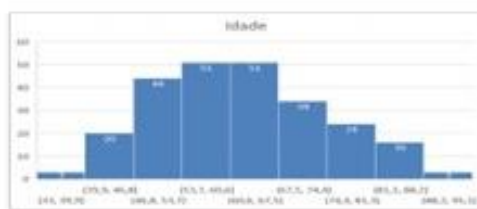


Gráfico 3: Idade predominante na VVC



Gráfico 4: Género predominante na VVC

CONCLUSÃO

- ✓ A VVC é a VV mais ativada no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com aproximadamente 3000 ativações em dois anos. Cerca de 10% dos indivíduos deslocaram-se ao SU por meio de socorro pré-hospitalar e 8% tiveram critérios para ICPp;
- ✓ O principal sintoma manifestado foi a dor torácica;
- ✓ O género masculino foi prevalente;
- ✓ A idade mais frequente foi entre os 53 e os 67 anos.

Referências Bibliográficas:

- Ahmadi, H. & Lanphear, B. (2022). The impact of clinical and population strategies on coronary heart disease mortality: no assessment of Rose's old idea. *BMC Public Health*, (22)16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12911-4>
- Roth, G. & Menson, G. & Johnson, C., et al (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*, (75), 25, 2882-3021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.12.049>
- Soleimani, H. & Soleimani, A. & Roudsari, H., et al (2020). The comparison of procedural and clinical outcomes of thrombolytic-facilitated and primary percutaneous coronary intervention in patients with acute ST-elevation myocardial infarction (SEMI): findings from PROTECT study. *ARYA Atherosclerosis*, 16(2): 123-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arys.2020.05.012>
- World Health Organization - (WHO). (2020). World health statistics 2020: monitoring health for sustainable development goals. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330330/2/WHO-WHS-2020-0001.pdf;jsessionid=570024000105?sequence=1>