



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PROGRESSO PARA ESPECIALISTA E MESTRE EM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por: Carla Marisa Antunes Moreira

Porto, março de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PROGRESSO PARA ESPECIALISTA E MESTRE EM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**PROGRESS FOR SPECIALIST AND MASTER IN
NURSING CARE TO THE PERSON IN
CRITICAL SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por: Carla Marisa Antunes Moreira

Sob a orientação de: Professor Doutor Vasco Neves

Porto, março de 2023

RESUMO

O desenvolvimento e evolução da enfermagem enquanto disciplina e ciência, envolve o enfermeiro na procura da excelência da sua prática clínica, tornando-a cada vez mais específica de acordo com a área onde é exercida. Aliar novos conhecimentos à aquisição de competências baseadas em evidência conduz à transformação pessoal e profissional, que se repercute em ganhos na qualidade dos cuidados prestados e acrescenta valor à enfermagem.

O presente relatório reflete a mudança enquanto enfermeira e o progresso para Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, enquadra-se na unidade curricular designada por Estágio Final e Relatório referente ao plano de estudos do 15º curso de Mestrado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, foi desenvolvido numa unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e em Emergência Extra-Hospitalar no período de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022.

Os objetivos deste relatório são descrever os contextos para crescimento profissional; refletir sobre a obtenção de competências para o grau de Mestre em Enfermagem; redigir a análise crítica, reflexiva e descritiva da conceção da prática de cuidados especializados, com base na evidência científica e na aquisição de competências dos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A metodologia utilizada é descritiva, analítico-reflexiva e fundamentada pela pesquisa em bases de dados científicas. Encontra-se dividido em dois capítulos principais, no primeiro descreve-se a fundamentação que sustenta o desenvolvimento da aprendizagem, no segundo a abordagem às novas competências, experiências e atividades incrementadas.

A vulnerabilidade da pessoa em situação crítica e o ambiente em que está inserido potenciam a ocorrência de incidentes com possíveis danos. Como tal, elaborou-se uma sugestão de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, intitulada de “*Incidentes de Segurança em Cuidados Intensivos*”.

Na promoção da melhoria da gestão da qualidade, a Supervisão Clínica garante práticas consistentes e seguras, orientando o estudante e o profissional, tendo sido elaborado um “*Guia de Supervisão Clínica para Estudantes da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*”.

Para o crescimento das aprendizagens profissionais, outro contributo foi concretizado através de uma revisão da literatura, sobre a temática ventilação não invasiva. Concluiu-se que a dispneia é uma ocorrência frequente e a VNI Bi-nível apresenta-se como medida não invasiva de eleição, a ser protocolada para que os enfermeiros a possam utilizar com segurança e qualidade em diversas causas respiratórias.

Palavras-Chave: Enfermagem, Especialista, Supervisão Clínica, Incidentes de Segurança, Ventilação não Invasiva, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

The development and evolution of nursing as a discipline and science involves nurses in the search for excellence in their clinical practice, becoming increasingly specific according to the area where it is exercised. Grounding new knowledge to the acquisition of evidence-based competencies leads to personal and professional transformation, which has repercussions on gains in the quality of care provided and adds value to nursing.

This report reflects the change as a nurse and the progress for a Master in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Person in Critical Situation, is part of the curricular unit designated as final internship and report referring to the study plan of the 15th Master's course of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa of Porto, was developed in a Multipurpose Intensive Care unit and In Extra-Hospital Emergency from September 5 to December 17, 2022.

The objectives of this report are to describe the contexts for professional growth; reflect on obtaining competencies for the Master's degree in Nursing; to write the critical, reflexive and descriptive analysis of the specialized care practice, based on scientific evidence and the acquisition of competencies of the Domains of Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical in the area of Nursing to the Person in Critical Situation.

The methodology used is descriptive, analytical-reflective and based on research in scientific databases. It is constituted into two main chapters, the first describes the foundation that sustains the development of learning, in the second approach to new skills, experiences and increased activities.

The vulnerability of the person in critical situation and the environment in which they are inserted enhance the occurrence of incidents with possible damage. As such, a suggestion was made to improve the quality and safety of care entitled "Safety Incidents in Intensive Care".

In promoting the improvement of quality management, Clinical Supervision ensures consistent and safe practices, guiding the student and the professional, and a "Clinical Supervision Guide for Students of the Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing to the Critical ill" has been elaborated.

For the growth of professional learning, another contribution was made through a literature review on the theme of noninvasive ventilation. It was concluded that dyspnea is a frequent occurrence and Bi-level NIV is a noninvasive measure of choice, to be filed so that nurses can use it safely and quality in various respiratory causes.

Keywords: Nursing, Specialist, Clinical Supervision, Safety Incidents, Noninvasive Ventilation, Critical ill.

“Melhor do que correr atropelando regras e requisitos da ciência e da produção científica, é preciso aprender a caminhar, cautelosamente, pelas sendas da busca do próprio conhecimento.”

(Józef Maria Bocheński, 1961)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Vasco Neves, pela orientação, motivação, disponibilidade e por ter acreditado no meu percurso.

Aos tutores, pelo acompanhamento, oportunidade e reflexão que me proporcionaram nos locais estágio.

Aos amigos e colegas, pelas palavras de alento e perseverança.

À minha mãe, pelo esforço e apoio dedicado.

Ao meu marido, pelo amor, companheirismo e amparo incondicional.

Aos meus filhos, pela paciência e compreensão. Essências para a minha inspiração.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

Cm	Centímetros
DGS	Direção Geral da Saúde
DNR	Decisão de Não Reanimar
DL	Decreto-Lei
EE	Enfermeiro Especialista
EH	Extra-Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
Nº	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSC	Pessoa em Situação Crítica
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
SC	Supervisão Clínica
Séc.	Século
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica Portuguesa
SAV	Suporte Avançado de Vida
SIV	Suporte Imediato de Vida
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VNI	Ventilação Não Invasiva
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
RENTEV	Registo Nacional do Testamento Vital

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM	19
1.2 DE ENFERMEIRO A ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	22
1.3.1 Contexto de estágio em enfermagem intra-hospitalar na unidade de cuidados intensivos polivalente	22
1.3.2 Contexto de estágio em enfermagem em emergência extra-hospitalar	26
CAPÍTULO II - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES	31
2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL....	31
2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	35
2.3 DOMÍNIO GESTÃO DOS CUIDADOS	41
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	44
2.5 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	47
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	75
APÊNDICE 1 - Incidentes de Segurança em Cuidados Intensivos	76
APÊNDICE 2 - Guia de Supervisão Clínica de Estudantes em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de cuidados Intensivos	87
APÊNDICE 3 – Contributo da Ventilação Não Invasiva à Pessoa em Situação Crítica em Contexto Extra-Hospitalar	124

ANEXOS	145
ANEXO 1 - Certificado de formação profissional curso “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”	146
ANEXO 2 - Certificado de formação profissional curso “Metas internacionais para a segurança do doente”	148
ANEXO 3 - Certificado de aproveitamento da formação “iTEAMS”	150
ANEXO 4 - Certificado de formação profissional do curso “Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica”	152
ANEXO 5 – Certificado do curso “VNI - Ventilação Não invasiva”	154
ANEXO 6 - Certificado de formação profissional curso “Regime dos atos que tenham por objeto a dádiva ou colheita de órgãos”	156
ANEXO 7 - Certificado de formação profissional curso “Apresentação PRISMAX - TDC”	158
ANEXO 8 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde AVC - Edição 2022”	160
ANEXO 9 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde de Trauma”	163
ANEXO 10 - Certificado de formação profissional curso “Boas práticas no doente politraumatizado”	166
ANEXO 11 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde Sépsis”	168
ANEXO 12 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde Sépsis”	170
ANEXO 13 - Certificado de formação profissional curso “Reanimação de Alto Desempenho”	172

INTRODUÇÃO

A enfermagem, ao longo do tempo, teve uma notória evolução enquanto ciência e profissão, na medida em que os enfermeiros almejam constantemente níveis mais elevados de conhecimentos, numa perspetiva de melhoria contínua do seu desempenho ao nível dos cuidados que prestam, da tomada de decisão e de novos saberes alcançados pela produção científica que realizam.

Os pilares reflexivos, de questionamento, investigação e de avanço tecnológico mostram-se excelentes alicerces na construção de novas competências e de ações seguras, autónomas e responsáveis da prática de enfermagem baseada em evidência. Nesta premissa está implícito que, os enfermeiros situam-se no centro das experiências das pessoas, sendo-lhes exigido a prestação de cuidados de saúde com excelência, cada vez mais eficientes, eficazes e solidários. Por outro lado, é pouco visível, para as pessoas, que a enfermagem requer níveis mais elevados de conhecimento (Risjord, 2010).

O desenvolvimento do conhecimento de cada enfermeiro é a parte menos observável para a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. O enfermeiro inicia a sua trajetória profissional pela licenciatura, mais genérica e padronizada do que particular e específica. O seu enriquecimento surge de diversas fontes, nomeadamente das suas experiências pessoais e profissionais, da reflexão de si e sobre o outro, da investigação científica, da atualização e de novos conhecimentos rumo à especialização (Nunes, 2018).

Nesta linha de pensamento, este relatório, enquadra-se no meu segundo ciclo de estudos da formação superior em enfermagem, é referente ao plano de estudos do 15º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), situada no Porto. Está incluído na unidade curricular designada por Estágio Final e Relatório do terceiro semestre do curso, com uma carga horária total de 840 horas, que integra um estágio de natureza profissional com relatório final.

Este relatório é alusivo aos estágios desenvolvidos no primeiro semestre do ano letivo de 2022/2023, no contexto Intra-Hospitalar (IH) em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), no período de 5 setembro a 26 de outubro de 2022 e no contexto de Emergência Extra-Hospitalar (EH), no período de 27 de outubro a 17 de dezembro, com a

tutoria de Enfermeiros Mestres em Enfermagem e Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso culmina na transformação do meu conhecimento pela investigação, regulada por valores éticos, científicos e legais junto da pessoa em situação crítica (PSC) e família, que me proporcionou uma aprendizagem e aquisição de conhecimentos especializados, com o desenvolvimento pertinente de um conjunto de ações.

O aumento de doentes graves, com múltiplas comorbilidades, exige aos enfermeiros formação específica para dar resposta às necessidades de cuidados de medicina intensiva. O contexto IH em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é uma área altamente especializada, apoiada por uma equipa multiprofissional, nomeadamente enfermeiros, com competências em cuidar da PSC, que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e que necessita de resposta em tempo útil perante a complexidade da sua situação (Pinho, 2020). A abordagem à PSC neste contexto, permite o treino de intervenções de enfermagem especializada desde a via aérea, à ventilação invasiva e não invasiva, à rigorosa monitorização elétrica, hemodinâmica, metabólica e cerebral, às técnicas de substituição renal e à reanimação cardiorrespiratória, em diferentes áreas, principalmente médicas e cirúrgicas.

Por outro lado, para além da possibilidade de enriquecimento pelo contexto descrito anteriormente, o contexto de Emergência EH é de facto o meio mais desafiante na assistência à PSC, pelas suas próprias características. Abrange diversos cenários, vítimas de várias faixas etárias, múltiplas áreas clínicas, articula com diferentes meios, recursos humanos, instituições e está limitado de equipamentos e dispositivos médicos que poderiam facilitar o diagnóstico e tratamento. Assim, é necessária uma exímia preparação prévia para que a tomada de decisão se reflita numa atuação rápida e com perícia, que sustente uma prática de cuidados de enfermagem emergentes e especializados com eficiência e qualidade, que produza resultados com valor para a enfermagem pré-hospitalar e ganhos em saúde da pessoa e família (Marques, 2021).

Neste sentido, escolhi estes contextos pela relevância e pelo tipo de cuidados especializados que possibilitam a rápida e controlada reversão das patologias que causam risco de vida ou falência de uma ou mais funções vitais à pessoa em situação crítica. Estes cuidados asseguram o suporte das funções respiratórias, circulatórias, metabólicas da pessoa adulta em situação crítica por meio de técnicas, procedimentos e protocolos terapêuticos, que futuramente continuarão a ser parte substancial da minha realidade profissional, mas com a diferença do reconhecimento enquanto enfermeira especialista e mestre.

Assim, de forma a colmatar as minhas necessidades de um conhecimento mais profundo em cuidados especializados, na área de enfermagem à PSC, vou ao encontro de Benner (2001), quando refere que os cuidados altamente especializados tornam a enfermagem complexa, daí que o papel do enfermeiro e a sua responsabilidade também têm de mudar. Tornou-se, também, cada vez mais claro a necessidade de refletir sobre a prática clínica e repercuti-la com evidência científica, tal como refere Bernardo et al., (2004), experienciando e vivenciando novas aprendizagens e competências, além da prestação de cuidados, no âmbito do risco clínico, supervisão, investigação, formação e liderança.

Os objetivos deste relatório são:

- Descrever os contextos para o meu crescimento profissional;
- Refletir sobre a obtenção de competências para o grau de Mestre em Enfermagem;
- Redigir a análise crítica, reflexiva e descritiva da conceção de uma prática de cuidados especializados com base na evidência científica e na aquisição de competências dos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através do estágio de natureza profissionalizante em cuidados intensivos e em emergência EH.

Este relatório foi elaborado com metodologia descritiva, analítico-reflexiva e fundamentada com recurso à pesquisa em bases de dados científicas na revisão da literatura. Está estruturado em dois capítulos, no primeiro apresenta-se o enquadramento teórico que abordará os contextos da Enfermagem IH em Cuidados Intensivos e da Enfermagem em Emergência EH da PSC. O segundo, inclui a abordagem crítico-reflexiva para a aquisição das competências mencionadas. Utilizei a sétima edição da norma da American Psychological Association (APA)

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação científica é um método privilegiado de aquisição de novos conhecimentos. O seu carácter sistemático e rigoroso permite examinar factos, acontecimentos ou fenómenos, cujo objetivo é obter respostas a questões que se procuram aprofundar, estabelecendo ligações entre a conceptualização, métodos e a aplicação empírica (Fortin, 2009).

Cada método científico possibilita o progresso do conhecimento com solidez e fiabilidade, é um desafio sem fronteiras, sem idade, raças ou crenças (Oliveira, 2018). Tratando-se este trabalho de um relatório de natureza científica, procurarei pautar o relato desde percurso de conceção do conhecimento, sobre temática já descrita, com recurso ao rigor, objetividade e clareza.

As competências anteriormente adquiridas remetem-se ao meu percurso com o título de enfermeira desde há 17 anos, com exercício profissional desenvolvido em ambos os contextos intra e extra-hospitalar, com início num serviço de urgência básico, seguindo por um serviço de medicina interna e atualmente num serviço de urgência médico-cirúrgica e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Para este ciclo de estudos, compete-me referir que uma outra unidade curricular intitulada de “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, do ano letivo de 2021/2022, contemplava um outro estágio, que não foi realizado, em virtude da creditação atribuída à unidade curricular com base num relatório de experiência profissional.

1.1 CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

Conhecimento em enfermagem é um termo geral de compreensão, de habilidades e de informação necessária para desempenhar a prática em enfermagem com competência. É uma combinação de informações técnicas, científicas, teóricas, práticas e humanísticas. O conhecimento em enfermagem é a base para o cuidar em enfermagem e é adquirido através

da educação, experiência clínica, pesquisa e outras fontes. A compreensão dos princípios básicos de enfermagem, saúde, doença, tratamento e prevenção é necessária para o desenvolvimento de competências em enfermagem (Carvalho, 2007).

Indo ao encontro de Carvalho (2007) e entendendo que Enfermagem é uma ciência que busca uma realidade concreta e mensurável do seu objeto de estudo, que varia de acordo com uma multiplicidade de saberes dentro de diferentes áreas do conhecimento, torna-se importante entender e compreender as fontes do mesmo. O exercício profissional evolui pelo saber ser enfermeiro, onde o questionamento e a reflexão se revelam uma ferramenta do objeto que inquieta ou agita a consciência. Assim, é essencial realçar experiências com o pensamento crítico e fundamentado.

Segundo Nunes (2018), os prestadores de cuidados são produtores de conhecimento, através da consciência do enfermeiro, que produz teoria aplicada na prática, e as fontes do conhecimento científico da Enfermagem ligadas ao processo de investigação científica, de tradição, de experiência com operações mentais como a intuição, a reflexão, a imaginação e o pensamento heurístico. Ou seja, os enfermeiros usam-nas e combinam-nas através de processos de pensamento analítico, intuitivo e reflexivo, quando avaliam e questionam a sua prática.

Os campos de estágio são cenários de práticas, e na resposta das suas ações surge o conhecimento, imbuído de saberes de várias fontes. Neste âmbito, existe uma racionalidade prático-reflexiva com respostas refletidas e concretas, pela reciprocidade entre a teoria, prática e investigação. O conhecimento cria-se numa espiral hermenêutica (Meleis, 2012; Queirós, 2022).

A criação de conhecimento leva à sua tipificação por padrões, sendo identificados o padrão empírico, estético, ético, pessoal, o sociopolítico, o emancipatório, o simbólico e sinóptico (Nunes, 2017; Queirós, 2022). Posto isto, a enfermagem é vista como ciência, mas também como disciplina da prática em função da ação, vai mais além que a aplicação na prática de teorias ou evidências científicas (Queirós, 2022).

1.2 DE ENFERMEIRO A ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os títulos de enfermeiro e enfermeiro especialista foram definidos com a criação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro pelo DL nº 161/96 de 4 de setembro no artigo 4º. O enfermeiro especialista (EE) possui competência científica, técnica e humana

para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializado na sua área de especialização e é reconhecido por um título profissional obtido após a conclusão de um curso de especialização em enfermagem ou estudos superiores especializados em enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

A obtenção dos títulos de enfermeiro e enfermeiro especialista é também conjugado com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho. Assim, de acordo com o nº 4 do artigo 4º, título de enfermeiro especialista é atribuído mediante processos formativos e de certificação de competências em determinada área de especialização, aprovados e regulamentados pela OE e Governo responsável pela área da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com o Regulamento nº140/ 2019, o EE de cada especialidade tem em comum um conjunto de competências aplicáveis a todos os contextos, envolvendo a educação da pessoa e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação, que contribuam para o avanço e melhoria da prática em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica dispõe de competências específicas que derivam do acompanhamento da evolução técnica e científica, tendo em consideração que os tratamentos médicos e cirúrgicos são cada vez mais inovadores e exigem cuidados de enfermagem especializados e mais complexos, desde a conceção, implementação, avaliação de planos de intervenção com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação da pessoa e família, perante situações que impliquem vigilância avançada, monitorização e terapêutica, prevenção de complicações e eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica bastante abrangente, face às necessidades de cuidados especializados, de acordo com o destinatário e o seu contexto, sobressaíram diferente áreas, das quais a área de Enfermagem à PSC. O título de EE em EMC na área de Enfermagem à PSC surge pela atribuição de competências específicas nesta área, descritas no regulamento nº 429/2018 da OE. Neste, o EE executa cuidados de enfermagem altamente qualificados à pessoa em situação crítica, descrita como aquela que tem a vida ameaçada por falência estabelecida de uma ou mais funções vitais ou a sua eminência. E a sua sobrevivência implica uso de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, perante situações de emergência, exceção ou catástrofe (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em 2017, o Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica alterou e aprovou os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em

Enfermagem Médico-Cirúrgica para cada área distinta, que estavam no regulamento nº 361/2015, de 26 de junho. A definição dos padrões de qualidade constitui um modelo para a prática de cuidados especializados que visam a reflexão e a melhoria contínua da qualidade. Na área da Pessoa em Situação Crítica os sete padrões de qualidade são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Diário da República, 2015).

1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Nesta caracterização insere-se o contexto de enfermagem intra-hospitalar na unidade de cuidados intensivos polivalente e o contexto em enfermagem em emergência extra-hospitalar.

1.3.1 Contexto de estágio em enfermagem intra-hospitalar na unidade de cuidados intensivos polivalente

As unidades de cuidados intensivos são consideradas os serviços hospitalares mais diferenciados e específicos para tratar a pessoa em estado crítico, sendo constituídas tanto por recursos humanos especializados, entre os quais os enfermeiros, como por diversos dispositivos abarcados pela tecnologia, que lhe permite o suporte, a vigilância e a monitorização contínua e minuciosa (Moraes & Kron-Rodrigues, 2021).

No entanto, esta consideração trata-se de uma evolução ao longo da história, marcada pela gravidade do estado da pessoa nas guerras, sendo necessário abordagens cirúrgicas e na área do trauma, bem como pelo aparecimento de doenças. Foi em 1952, na cidade de Copenhaga, que houve o incremento para unidades respiratórias com ventilação mecânica não invasiva no tratamento da poliomielite bulbar, através do ventilador tanque de Drinker, conhecido com pulmão de aço ou “Iron Lung”, o que transformou o futuro da assistência urgente e emergente .

Em Portugal, no séc. XX entre as décadas de 50 e 60, surgiram as primeiras unidades de cuidados intensivos, no Hospital Universitário de Coimbra e no Hospital Santo António respetivamente, e assim o início da preocupação com o desenvolvimento da medicina intensiva (Paiva et al., 2016).

Pela necessidade de reorganização das unidades de cuidados intensivos e integração das unidades cuidados intensivos covid, a sua designação mudou e passou-se a englobar diferentes unidades com cuidados ao doente crítico. Segundo Paiva (2016), perante a fragmentação e especialização na área da saúde, os serviços de medicina intensiva assumem um relevante papel pela capacidade que possuem em abordar doentes complexos e graves de forma multidisciplinar e como um todo, dentro do hospital. Assim, devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre. Com isto, verificou-se em muitos hospitais a passagem das unidades de cuidados intensivos para a designação de Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Com base no documento sobre atualização da rede nacional de especialidade hospitalar e de referência da medicina intensiva que Nuñez et al., (2020) elaboraram, os SMI da Administração Regional de Saúde do Norte, que se encontram em 11 entidades hospitalares, tiveram propostas de projetos para maior capacidade, nomeadamente, em camas de nível II e III para doentes críticos, cujo hospital onde foi realizado este estágio esteve incluído.

O contexto de medicina intensiva é definido pela prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda possíveis de serem reversíveis à pessoa que apresenta falência de uma ou mais funções vitais prestes acontecer ou que já aconteceram (Paiva et al., 2016). É nas unidades de cuidados intensivos que os enfermeiros se deparam com uma panóplia de intervenções complexas que os diferencia, corroborando com Benner (2001) quando refere que o nível de habilidades da prática dos cuidados em enfermagem se altera de acordo com o meio e situações complexas onde estão inseridos. Assim, possuem maior perícia na avaliação e monitorização contínua da PSC, na prática que envolve grande número de dispositivos de suporte vital, na administração simultânea de vários fármacos, na regulação da temperatura e nos conhecimentos tecnológicos (Pinho, 2020).

As unidades de cuidados intensivos possuem ambientes repletos de tecnologia, que auxiliam o suporte vital à PSC face às patologias e disfunções multiorgânicas que apresenta. E exigem aos enfermeiros o seu domínio de forma a conseguirem analisar, priorizar e tomar decisões responsáveis e em tempo útil. Torna-se num desafio integrar a tecnologia aos cuidados, que para além de cuidar do ser humano, o enfermeiro também necessita dominar os princípios da utilização da tecnologia perante complexas necessidades terapêuticas. Ficam por este motivo, sujeitos a maiores níveis de stress e grande comprometimento aos serviços de cuidados intensivos (Pinho, 2020).

Perante um ambiente de sofisticação, provido de equipamentos tecnologicamente diferenciados e complexo, juntamente com a gravidade das situações que acometem a

pessoa, o enfermeiro tem uma ação permanentemente vigilante que permite identificar e corrigir problemas que causem dano ou ameaça à vida, através da sua visualização direta. Esta realidade apesar de vantajosa, traz desvantagens sobretudo à privacidade e à exposição da pessoa a situações de crise ou de sobrecarga sensorial (Phipps 2003).

Indo ao encontro da definição de Paiva (2016) sobre medicina intensiva, o objetivo do serviço UCIP era diagnosticar e tratar doenças agudas potencialmente reversíveis, à pessoa adulta, que estivessem na iminência de desenvolver falência orgânica de uma ou mais das suas funções vitais, ou que já se encontrassem estabelecidas.

Designado como serviço UCIP desde 1992, estrategicamente, situado próximo do Serviço de Imagiologia, entre o Serviço de Urgência e o Bloco Operatório, prestava cuidados à pessoa do foro médico-cirúrgico, frequentemente com patologias respiratórias de múltiplas etiologias com necessidade a suporte ventilatório invasivo, pós-operatórios imediatos de cirurgias major de diferentes especialidades e de cirurgias menor de alto risco. A admissão da PSC acontecia de forma planeada ou não, da área da Urgência/Emergência, do Bloco Operatório, do internamento, ou de outras instituições de saúde.

Apesar de se encontrar em reestruturação para maior capacidade, reunia duas unidades de cuidados intensivos.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente disponha de seis *boxes* abertas com camas de nível III e uma *boxe* fechada com cama nível III, cada possuía diverso equipamento para monitorização eletrocardiográfica e invasiva, ventiladores para ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitores de parâmetros fisiológicos, seringas e máquinas perfusoras, material descartável de uso clínico, saídas de oxigénio, ar comprimido e vácuo. Para além de todo o equipamento anterior estar preparado em cada *boxe*, o carrinho de emergência e desfibrilhador, os aquecedores e os refrigeradores, as máquinas para técnicas de substituição renal estavam presentes e disponíveis para uso contínuo ou intermitente na unidade.

A Unidade de Cuidados Intensivos Covid-Intermédios: disponibilizava seis *boxes* abertas, com camas nível II e com todo o equipamento supracitado. Possuíam postos de enfermagem com vigilância centralizados com visualização e acesso rápido à PSC internada.

Em ambas as unidades disponham de áreas assistenciais, gabinete para preparação de medicação e material para procedimentos. As áreas de apoio distribuíam-se pela área de sujos, arrecadações de *stock* de equipamento e de material, gabinetes médicos, copas, vestiários, sala de comunicação e secretaria.

Quanto aos recursos humanos, a equipa era constituída essencialmente por quatro categorias profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativo. A equipa de enfermagem era a que apresentava maior representatividade, sendo formada por 47 enfermeiros, dos quais um enfermeiro Gestor, três enfermeiros especialistas em EMC na área da Enfermagem à PSC, três enfermeiros especialistas em Reabilitação, um enfermeiro responsável pela formação de serviço, um enfermeiro responsável pela Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, um enfermeiro responsável pela Gestão do Risco e um enfermeiro responsável pela supervisão de estudantes. Para além da prestação de cuidados à PSC, cada enfermeiro estava envolvido em grupos de trabalho no âmbito do controlo de infeção, processo documental, gestão dos equipamentos clínicos e não clínicos, prevenção e tratamento de feridas e úlceras, gestão do risco clínico, não clínico e notificações, quedas, avaliação da carga de trabalho, gestão de fármacos, *delirium* da PSC, contenção mecânica e boas práticas à PSC.

Na constituição das equipas das UCI com dotações seguras, a OE recomenda que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC no que respeita a cuidados à PSC, presentes 24h por dia e que cada turno respeite essa recomendação. Assim como, para camas de nível II um rácio enfermeiro/utente de 1/2 e nas camas de nível III um rácio de 1/1 (Regulamento nº 743/ 2019).

O Papel do Enfermeiro em UCI é diferenciado e especializado, pelo que, perante a complexidade do estado crítico da pessoa e a variedade de situações que conseqüentemente ocorrem, este contexto torna-se favorável para aquisição e desenvolvimento de competências específicas e complexas do enfermeiro. Moraes & Kron-Rodrigues (2021) identificaram que o enfermeiro em cuidados intensivos deveria ter competências que contribuíssem para a definição do seu perfil, tais como liderança, conhecimento técnico-científico, trabalho de equipa, tomada de decisão, gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais, comunicação, formação contínua e humanização.

O enfermeiro, em contexto de cuidados intensivos, desempenha um papel de grande importância, direcionando os cuidados de enfermagem altamente qualificados de forma contínua à PSC, que tem uma ou mais funções vitais em risco imediato, previne complicações e limita incapacidades, com vista à possível recuperação total. Deste modo, deve estar preparado para cuidar de todas as alterações da mesma e dotado de conhecimentos técnicos, científicos e habilidades para tomar decisões em tempo oportuno (Moraes & Kron-Rodrigues, 2021).

Os cuidados de enfermagem à população devem ser organizados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção, pelo que é o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica aquele que possui o core de competências adequado para dar resposta às necessidades da PSC, em contextos de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As características do enfermeiro de cuidados intensivos são singulares nesta realidade, são detentores de conhecimentos anátomo-fisiológicos de todos os sistemas orgânicos, possuem capacidades de observação perspicaz, de intervenção rápida em definir prioridades e tomar decisões; em situações complexas e stressantes devem ser ágeis e permanecer calmos; estabelecem relação forte com o doente e com a família, possuem maturidade emocional e psicológica que lhes permite adotar estratégias de promoção da sua saúde mental (Phipps, 2003).

1.3.2 Contexto de estágio em enfermagem em emergência extra-hospitalar

A emergência extra-hospitalar evoluiu com diversos marcos e contributos na sua história. A doença começou a ser tratada por elementos femininos sob influência da religião, por monges e freiras em mosteiros e igrejas (Solheim, 2016; Howard & Steinmann, 2011). Teve origens nos teatros da batalha de Napoleão com a projeção da “ambulância voadora” que se deslocava ao local dos soldados feridos (Reynolds & O’Donnell, 2017). Na guerra da Crimeia em 1854, onde Florence Nightingale liderou uma organização de um hospital para 4000 soldados britânicos, com apoio de 38 mulheres, irmãs anglicanas e católicas, as “Filhas de Charité”, reduzindo a taxa de mortalidade de 40% para 2% (Bandeira, 2008; Padilha & Mancia, 2005). Na Guerra da Coreia e do Vietname, o socorro pré-hospitalar das vítimas era por meios aéreos, aviões e helicópteros, sendo exigido aos enfermeiros formação especializada em missões de resgate e evacuação (Coutinho, 2011; Rocha et al., 2003; Malta, 2016, citados por Marques, 2021). E teve o contributo do médico ortopedista James Styner, de Nebraska, que após o seu trágico acidente aéreo em 1976, desenvolveu o programa *Advanced Trauma Life Support* (ATLS®) e mais tarde designado por *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), com a metodologia ABCDE (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007), que ainda hoje sistematiza, prioriza a abordagem à PSC na emergência EH.

Acompanhando a evolução dos sistemas de emergência a nível mundial, o exercício de enfermagem EH passou a ser evidente, nas situações de doença súbita, traumatismos, crises ou catástrofes, fora das unidades de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Atualmente, uma Emergência indica uma grave e súbita ocorrência que precisa de ação imediata (Solheim, 2016), que compromete uma ou mais funções vitais no imediato ou passíveis de rápido agravamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A emergência EH é variável, cada país ou estado determina o seu sistema e as suas categorias de profissionais envolvidos na assistência EH. Os dois grandes estilos de emergência EH são o anglo-saxónico (*Scoop and Run*) e o franco-germânico (*Stay and Play*).

O *Scoop and Run* é realizado, por técnicos ou paramédicos, com o princípio de abordagem breve à vítima, sendo esta rapidamente transportada para o hospital. Esta estratégia é adotada com o fundamento de uma taxa mais elevada de recuperação das vítimas de trauma quando recebem tratamento médico e cirúrgico até uma hora, daí a conhecida *golden hour* (Coimbra, 2021). Fisiologicamente é o tempo definido para o início da “tríade letal”, hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia (Pikoulis & Doucet, 2021). A maioria das vítimas de trauma necessita de tratamento cirúrgico em ambiente hospitalar, de forma a não aumentar a mortalidade já existente no imediato ou nos minutos seguintes às lesões, o que exige, às equipas, medidas para ganhar tempo e diminuí-lo até ao tratamento definitivo (Mota et al., 2021a).

O *Stay and Play* é um estilo de predomínio nos países europeus e em Portugal, onde operam médicos, enfermeiros e técnicos de emergência, com o princípio de que vítimas mais complexas são assistidas com o máximo de cuidados no local pelos elementos mais diferenciados, desde a estabilização ao transporte para a unidade hospitalar (Coimbra, 2021).

Em Portugal, usa-se também princípios de ambos modelos, sendo a assistência por médico e/ou enfermeiro com cuidados diferenciados no local e por atender-se ao conceito de *golden hour*, porém com dúvida de vantagem definitiva adapta-se um modelo misto “*Treat and Run*” (Direção Geral da Saúde, 2022).

A consciência da necessidade em reduzir a mortalidade e morbilidade tendo como causas potencialmente evitáveis como trauma, doenças cardiovasculares, intoxicações, queimaduras ou mesmo doenças da infância, levaram à criação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), em 1980. Sendo este, caracterizado por ações coordenadas, que resultam da intervenção objetiva e dinâmica de vários componentes do SNS, possibilitando uma atuação rápida, eficaz, bem como a ativação dos meios mais adequados às situações de emergência médica que possam ocorrer no EH, hospitalar e IH. Retratadas nas pontas da

“Estrela da Vida”, o SIEM opera em seis fases: na deteção; no alerta; no pré-socorro; no socorro; no transporte e no tratamento na unidade de saúde (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

Os intervenientes para a concretização destas fases são diversos e incluem o público em geral, técnicos, bombeiros, enfermeiros, médicos, polícia e entre outros. Cooperam adequadamente entre si, em tempo útil e fortalecem a cadeia de sobrevivência da pessoa em situação crítica (Coimbra, 2021).

Em Portugal continental, o SIEM está sob coordenação do Departamento de Emergência Médica, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), organismo do Ministério da Saúde, criado a 3 de agosto de 1981. E segundo o artigo 3º do Estatuto do INEM descrito na portaria nº 158/2012, de 22 de maio, incumbe-se de coordenação normativa, técnica, atividade inerente ao atendimento, triagem, regulação médica e acionamento de meios e acompanhamento (Portaria nº 158/2012, 2022).

Assim, o INEM garante a melhor gestão dos acidentados ou vítimas de doença súbita, bem como a rápida e adequada prestação de cuidados de saúde no local da ocorrência e transporte assistido das vítimas para o hospital adequado. Dá resposta aos pedidos de socorro da população através do número europeu de emergência 112 dirigidos pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013).

A estrutura, organização e dinâmica da emergência extra-hospitalar é específica. Os meios de emergência envolvidos no socorro, são selecionados com base na situação em que a vítima se encontra, e no que respeita à PSC, o INEM dispõe de Helicópteros de Emergência Médica (HEM), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), sendo o enfermeiro um dos intervenientes a desempenhar cuidados especializado em todos eles.

A primeira VMER entrou em funcionamento em Lisboa em 1989. À data atual, a nível nacional, existem 44 VMER, a maioria integradas em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicas (SUMC). É um meio de deslocação rápida até ao local da ocorrência, equipado com material e dispositivos avançados para a assistência emergente à PSC, desde a avaliação, estabilização, tratamento de causas ameaçadoras à vida e acompanhamento no seu transporte. A equipa VMER é constituída por um médico e um enfermeiro, com formação específica, sobretudo, em Suporte Avançado de Vida (SAV), ministrada pelo INEM, atribuindo-lhes competência que os vincula como profissionais disponíveis para assegurar a operacionalidade 24h por dia (Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

Em 1997, juntaram-se à rede de meios de emergência EH dois helicópteros, estando neste momento disponíveis quatro, sediados em Macedo de Cavaleiros, Viseu, Évora e Loulé. O HEM é um meio rápido, com a vantagem de que por via aérea encurta distâncias no transporte da PSC para unidades hospitalares diferenciadas, sendo ele primário ou secundário. Dispõem de equipamento para SAV ou mesmo para prestar cuidados intensivos. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica para este meio e por dois pilotos. Os custos deste meio, são manifestamente mais elevados, mas o benefício e o resultado são compensatórios. Pode-se dizer que o estilo *Stay and Play* caracteriza bem este meio, tanto pela disponibilidade de recursos humanos, como pelas suas intervenções à PSC (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2022).

As SIV, surgiram em 2007, no âmbito da requalificação das urgências, e as suas 41 unidades permanecem integradas em Serviços de Urgência Básicos. Este meio dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida e assegura cuidados de saúde até chegada de equipas de SAV. Destina-se, igualmente, ao transporte acompanhado de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, atuando na estabilização pré-hospitalar (Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde, 2014). São tripuladas por um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) e por um enfermeiro. A formação desde último é distinta e a sua atuação baseia-se em protocolos, sob orientação médica do INEM.

O desenvolvimento sustentável e contínuo do INEM tem evidenciado uma melhoria evolutiva do SIEM rumo à excelência, sendo proporcional ao contributo da enfermagem neste contexto, face à segurança e qualidade dos cuidados prestados na comunidade (Coimbra, 2021).

A Enfermagem possui grande relevância em Emergência EH. Ao longo do ciclo vital da pessoa, da família e da comunidade podem ocorrer situações ameaçadoras e inesperadas. Os cuidados de enfermagem especializados emergiram para dar resposta imediata face à diversidade de situações complexas, pelo aumento de doenças súbitas, traumatismos associados a acidentes, à violência urbana, crises e catástrofes que levam a pessoa ao risco de morte pela falência de uma ou mais funções vitais (Pinho, 2020).

Os cuidados de enfermagem, permitem ganhos em saúde, pela diminuição da taxa da mortalidade e diminuição da taxa de morbilidade. O exercício de enfermagem em emergência EH poderá estar incluído no desenvolvimento e valorização profissional com a Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, após reconhecimento e certificação pelo Regulamento nº 226/2018 da OE. O enfermeiro com competência em emergência EH detém conhecimento preciso e um pensamento

sistematizado, da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar e é responsável pelos cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, desde o local onde experienciam uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até à sua transferência para a unidade de saúde destinatária (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A presença de enfermeiros diferenciados no contexto EH permite uma assistência mais ajustada e precoce, que assegura cuidados de saúde complexos, tais como medidas de reanimação, suporte avançado de vida (SAV) e transporte mais seguro da PSC. O enfermeiro, no EH, também assegura administração de cuidados de enfermagem em processos saúde-doença, gere o risco e a segurança do socorro, promove investigação no âmbito da prestação de cuidados em emergência e destaca-se quando gere com liderança, sendo *team leader* na equipa de SIV (Mota et al., 2020).

CAPÍTULO II - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES

Neste segundo ciclo de estudos, os focos para a descrição deste capítulo são a aprendizagem e o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC relativos ao estágio realizado em cuidados intensivos e emergência extra-hospitalar, com recurso à investigação para uma prática baseada na evidência.

Como tal, importa referir que a obtenção dos títulos acima referidos coaduna com o planeamento prévio de objetivos específicos e várias estratégias/atividades, de forma a corresponder às exigências implícitas no Regulamento nº 140 da OE de 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e no Regulamento nº 429 da OE de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo Serrano (2008), os novos enfermeiros especialistas deverão não só adquirir competências, mas também contribuir para o desenvolvimento da profissão com base na aprendizagem e contributo para a ciência em enfermagem.

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Neste domínio os objetivos específicos desenvolvidos foram: desenvolver tomada de decisão no exercício profissional tendo em conta princípios, valores socioculturais e normas éticas e deontológicas; executar cuidados de enfermagem com responsabilidade e que assegurem os direitos humanos.

O direito à proteção da saúde da pessoa, é fundamental e está regulamentado na Constituição da República Portuguesa nos termos do artigo 64º. É o Estado Português que promove e garante o acesso aos cuidados de saúde, através do SNS, tendencialmente gratuito (Constituição da República Portuguesa, 1976).

Na Lei 95/2019 de 4 de setembro, no nº 1 da Base nº 28, refere que os profissionais de saúde prestam ações cujo objetivo principal é a melhoria do estado de saúde da pessoa ou

das populações (Lei de Bases da Saúde, 2019). Como tal os enfermeiros são profissionais de saúde essenciais nessa melhoria. A Enfermagem é a profissão da área da saúde com objetivos de “(...) *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(...)*”, descrita no nº 1 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96 do Ministério da Saúde, 1996, p. 2960). É nesta essência que a base e o foco do cuidar do enfermeiro é o outro, é a sua resposta nos processos de saúde-doença perante a relação entre si estabelecida.

Assumidamente, existe um compromisso com a pessoa que me remete para a preocupação que o enfermeiro tem para com o outro ser humano, sobretudo pelo bem-estar e pela humanização nos cuidados, “*gente que cuida de gente*” (Horta, citada por Gonçalves, 1988, p. 12; Lucília et al., 2005, p. 17). Para além de moral, exige um compromisso ético, legal e deontológico que se interligam e definem cada enfermeiro, tal como a mim mesma. A qualidade e a complexidade das práticas especializadas, técnicas e conhecimento científico em enfermagem são dimensões que, isoladas, dão valor insuficiente à enfermagem, pelo que as dimensões holística e humana orientadas por padrões éticos e deontológicos acrescentam valor e distinguem cada enfermeiro no seu agir (Nunes, 2018).

A Lei nº15/2014, de 21 de março, com as alterações pelo DL nº44/2017, de 20 de abril e pela Lei nº 110/2019, de 09 de setembro, determina os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. E como tal, também os enfermeiros detêm direitos e deveres legais, éticos e deontológicos que, em território nacional, devem cumprir no seu exercício profissional. Para além das Leis nacionais relacionadas com a saúde, também se regem pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e pelo Código Deontológico da profissão.

Reconheci que o enfermeiro especialista deve, antes de tudo, o respeito dos direitos que confere dignidade à pessoa humana: o direito à vida, o direito à saúde, à liberdade, à autonomia.

O “*direito à vida humana é inviolável*” está redigido no termo nº1 do artigo 24º da Constituição da República Portuguesa (1976, p. 14) e na Declaração Universal dos Direitos do Homem no artigo 3º “*todo o indivíduo tem direito à vida...*” (p. 2), este é o direito que assume a soberania sobre todos os outros, na medida em que o valor principal é o ser humano (Lucília et al., 2005).

Os valores humanos fundamentais destacam-se numa situação crítica. Procurei atuar perante o princípios da beneficência e não maleficência, isto é, fazer o bem e o melhor ao outro, procurar uma tomada de decisão em benefício do outro sem causar dano; o princípio

da autonomia, que diz respeito à liberdade da pessoa escolher e ser autónoma para agir ou decidir de acordo com as suas preferências; o princípio da justiça, implica beneficiar todos de igual forma, sem discriminação de género, raça, nível social, económico e outros (Lucília 2005).

Perante o descrito, a PSC que permanece numa situação ameaçadora e risco de vida, necessita de intervenções rápidas e imediatas que a restabeçam e a revertam. Daí que, no caso de paragem cardiorrespiratória (PCR) impera o direito de ser reanimado, “(...) *em PCR todos devem ser reanimados, exceto nos casos em que esse procedimento se revele inútil ou contrarie a vontade do doente*” (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019, p. 231).

Ao longo no estágio presenciei situações de PCR e executei manobras de reanimação cardiopulmonar. Este tema mereceu especial reflexão e questionamento, pelo que foco alguns aspetos que tornam uma tomada decisão distinta. Na reanimação como em qualquer emergência, o EE deve “*agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção das funções vitais*” e “*assegurar por todos os meios ao seu alcance a manutenção da vida*” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996, p. 2961). É no contexto extra-hospitalar, nomeadamente na SIV, que o enfermeiro, como elemento mais diferenciado, demonstra esta realidade, dando assistência avançada à PSC com início imediato da reanimação cardiopulmonar. No entanto, apesar de agir atendendo aos princípios fundamentais da ética e não praticar obstinação terapêutica, apenas cessa medidas invasivas e reanimação com a presença médica, o que constitui um dilema ético entre a ponderação do benefício e procedimentos inúteis em caso de PCR irrecuperável.

A decisão de não reanimar (DNR) aplica-se apenas em situações incompatíveis com a vida, tal como, a decapitação, incineração ou carbonização, decomposição ou putrefação e hemicorporectomia. As equipas do EH devem manter a reanimação até que haja recuperação da pessoa, transferência para equipa de SAV, decisão médica de suspender reanimação cardiopulmonar, reconhecimento seguro da morte, exaustão ou circunstâncias de risco do reanimador e suporte legal claro e inequívoco de DNR (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

Na PCR no EH, habitualmente inesperada, são desconhecidas vontades ou estado de saúde da pessoa, pelo que a pesquisa dessa informação implicaria demora ou atraso na reanimação cardiopulmonar. Assim, ao contrário do que acontece em contexto IH, o profissional não tem o dever de considerar as diretivas antecipadas de vontade (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

As diretivas antecipadas de vontade, podem ser feitas em testamento vital. Este é um documento escrito por uma pessoa maior de idade e mentalmente capaz, que expressa antecipadamente sua vontade consciente, livre e esclarecida em relação aos cuidados de saúde que deseja receber ou não, caso não possa manifestar a sua vontade pessoalmente. Este documento pode ser revogado a qualquer momento pela pessoa que o redigiu (Diário da República n.º 136/2012, Série I). No contexto IH é determinante o seu conhecimento e tido em conta na PSC por médicos e enfermeiros, sendo que em estágio foi uma realidade que averigui em cada doente. A portaria nº141/2018, 18 de maio veio integrar os enfermeiros na consulta do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) de forma a poderem confirmar a existência de diretrizes antecipadas para tomar decisões face aos cuidados de saúde que são da sua responsabilidade (Portaria nº 141/2018 da Saúde, 2018).

O estado de inconsciência existente em PCR, ou noutras situações emergentes, não permite o consentimento livre e esclarecido para os cuidados de saúde, segundo artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser realizada após a obtenção do mesmo. Aqui, importa esclarecer que estas situações foram frequentes no contexto de estágio, instituindo-se todas as intervenções possíveis em benefício direto da saúde da pessoa, conforme artigo 8º da mesma convenção (2001).

Se o estado de consciência da pessoa o permitir, todas as intervenções de enfermagem, sejam elas autónomas ou interdependentes devem ter anuência por parte pessoa que as recebe, pelo que, sempre que possível, procurei o consentimento para as minhas intervenções. EE tem o dever de prestar informação à pessoa e família no que respeita aos cuidados de enfermagem como previsto no artigo 105º do Estatuto da OE (2015) e obter o seu consentimento, ainda que seja um dever apenas verbal, aproxima-se de um cuidar com humanização desde a sua avaliação, planeamento e execução. Ao longo do estágio em cuidados intensivos, presumir o consentimento dos doentes incapazes foi uma realidade perante a manutenção da vida da PSC. Relativamente às intervenções interdependentes, importa aqui explanar que intervenções decorrentes da prescrição de outros, quando não consentidas pela pessoa, podem ser punidas com pena de prisão conforme artigo 66º do Estatuto da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A família manifesta grande preocupação e ansiedade aquando dos cuidados à PSC, sendo expectável receber informação sobre o seu familiar por parte dos profissionais de saúde. Assumi que o EE deve informar o que a pessoa assistida consentir. A informação da saúde é da propriedade da pessoa como descrito no artigo 3º, quer se encontre viva ou tenha

falecido, descrito no artigo 2º da Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde (Lei nº 12/ 2005 da Assembleia da República, 2005).

Intimamente ligado à informação está o sigilo ao qual me remeti, o EE tem a obrigação de o cumprir, abstendo-se de comunicar o que não deve. O artigo 106º do Estatuto da OE descreve que o enfermeiro é responsável por manter a confidencialidade das informações que obtém durante o exercício de sua profissão e só deve compartilhar informações relevantes com as pessoas envolvidas no tratamento do doente. Isso significa que o enfermeiro não pode divulgar informações do doente a terceiros, exceto em situações induzidas por lei (Lei nº 156/2015 da Assembleia da República, 2015).

O EE necessita envolver a família, estabelecendo comunicação terapêutica para maior conforto, segurança, apoio emocional e redução da ansiedade e stress, pelo que a família esteve incluída no meu foco de atenção ao longo do estágio. Segundo Ramos (2018), uma boa comunicação contribui para a excelência da prática de enfermagem, desperta sensação de confiança e segurança e, ao envolver a família, esta torna-se parceira nos cuidados e constitui-se alvo dos mesmos.

A segurança está implícita em atos de responsabilidade e no transporte da PSC, nos quais a família, frequentemente, não participa. O seu transporte requer coordenação e intervenção de diversos elementos, o acompanhamento e a rigorosa e estreita vigilância devem ser realizados pelo enfermeiro com competências para tal. Deste modo, procurei planear e executar procedimentos seguros, em particular no contexto extra-hospitalar.

Na execução de cuidados de enfermagem, o enfermeiro assume todos os atos e intervenções que presta, uma vez que apenas pode delegar tarefas ou atos em pessoal que deste funcionalmente dependam, com a devida preparação e qualificação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A saúde está declarada como um direito humano fundamental segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e estão definidas metas para todas as nações do mundo, de forma que pelo menos metade a população mundial tenha cobertura integral dos serviços de saúde, que diagnostiquem e tratem a doença, que promovam a manutenção e recuperação da saúde (ONU News, 2019; WHO, 2022).

A qualidade em saúde, tem sido uma área de grande relevância desenvolvida por diversas entidades e organizações internacionais e nacionais, sendo descrita como multidimensional, desde o planeamento segundo diretrizes macro até ao planeamento mais estreito (Frederico & Sousa, 2022) e multiprofissional pelo envolvimento de diversos colaboradores, dos quais enfermeiros. A qualidade em saúde não ocorre apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, porém este não pode ser negligenciado ou invisível, uma vez que contribuem com a sua excelência na obtenção da qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Em Portugal, o sistema de saúde é constituído pelo SNS, entidades públicas, privadas e liberais que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, proporcionando aos cidadãos cuidados de saúde de elevada qualidade e maior prontidão, tal como descrito no Estatuto do SNS atualizado pelo DL n.º 52/ 2022 de 4 de agosto (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros).

Direção Geral da Saúde (DGS) é a entidade governamental responsável por emanar políticas orientadoras de saúde para as instituições integradas no SNS. Deste modo, as instituições objetivam propostas que se alinham em resultados que atribuem valor à saúde, nomeadamente em qualidade dos cuidados prestados, segurança e a satisfação das pessoas. A prioridade da DGS foi norteada pela estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 focada na prestação de cuidados de saúde num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde).

Neste sentido os enfermeiros, protagonistas de cuidados de saúde de qualidade, estão sujeitos a requisitos legais e éticos. Procurei a excelência dos cuidados, sabendo que enfermeiro tem a incumbência de refletir no seu ato profissional a excelência do exercício e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos de forma a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, assegurando o direito da pessoa a cuidados com qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Também precisam ser cumpridores de padrões de qualidade e de orientações das instituições onde estão inseridos. Porém, compete à OE zelar pela qualidade dos cuidados em enfermagem através dos padrões de qualidade dos cuidados gerais ou especializados. Neste âmbito, tive interesse em enriquecer conhecimentos através da formação contínua sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo 1).

A excelência da prática de cuidados à PSC implica investigação, reflexão e análise crítica permanente. A atualização de conhecimentos através da formação contínua em cuidados intensivos foi uma minha realidade constante que se repercutiu em qualidade.

Segundo Mendes et al., (2008) para fazer a diferença na assistência em enfermagem, é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas e da prática clínica.

A prática crítico-reflexiva tornou-se numa aliada indispensável para perceber e criticar os conhecimentos tácitos que se concebem em torno das experiências de uma prática especializada, e dar significado às situações de incerteza (Peixoto & Peixoto, 2016).

A pesquisa científica, oferece resultados que fundamentam a tomada de decisão e proporcionam um saber crítico (Mendes 2008), é afetada pela percepção de falta de conhecimento e pela incompatibilidade entre os elevados níveis de formação que os cuidados intensivos exigem e pela baixa responsabilidade sentida pelos enfermeiros (Pinho, 2020).

Neste âmbito, assisti a ações de formação com diferentes temáticas planeadas na unidade de cuidados intensivos e em contexto EH. Pretendi que o meu progresso profissional fosse autónomo. Apercebi-me que a baixa responsabilidade e falta de autonomia podem culminar na fácil ocorrência de incidentes de segurança ou mesmo em eventos adversos no contexto de cuidados intensivos, ficando omissos, assim como falhas na qualidade. As UCI são os locais onde os riscos e danos são mais graves pelas suas características intrínsecas, porém evitáveis entre 40 e 45% dos casos (Santos 2022).

Com o objetivo, face à necessidade de reforçar a notificação de incidentes de segurança e contribuir para a melhoria da qualidade prática de enfermagem à PSC em cuidados intensivos, elaborei e compartilhei uma pequena revisão de literatura intitulada de “*Incidentes de Segurança em Cuidados Intensivos*” (Apêndice 1).

As Unidades de Cuidados Intensivos e a vulnerabilidade do doente crítico, potenciam desmesuradamente a ocorrência de incidentes com dano para o doente (Pinho, 2020). A segurança é um dos focos da qualidade em saúde e da gestão do risco que, por sua vez, é um instrumento que contribui para a mesma (Direção Geral da Saúde, 2019). É premente a investigação e o desenvolvimento de projetos alusivos à qualidade e segurança, destinados a melhorar a qualidade dos cuidados (Fragata, 2012).

O estudo de Sabater et al., (2022) destaca a escala Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem, como instrumento de avaliação de medidas preventivas para evitar eventos adversos e como estratégia para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma das estratégias da OMS, que contribui para a segurança do doente, é o cumprimento das seis metas internacionais de segurança do doente, que realça a identificação correta do doente, melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e doentes, melhoria de segurança do uso de medicamentos, garantia de realização segura de

cirurgias, redução de risco de infeções associadas a cuidados de saúde e o de risco de danos provocados por quedas. Tive oportunidade de fortalecer os conhecimentos pela formação realizada sobre o tema (Anexo 2).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 é uma ferramenta alinhada com a OMS com cinco pilares em matéria da segurança do doente. O pilar 4, diz respeito ao sistema de notificação NOTIFICA®, que permite a notificação de incidentes de segurança. Na revisão que realizei, foquei que a gestão do risco clínico necessita também dos seus pilares para identificação, monitorização e tratamento dos incidentes, conforme norma nº 015/2012 de DGS e assim usar-se uma taxonomia para a notificação de incidentes e eventos adversos (Direção Geral da Saúde, 2012). Considerando o caráter não punitivo da notificação sugeri a criação de um formulário online, com base na Estrutura Concetual para a Classificação Internacional de Segurança do Doente usada pela DGS, que apoiasse a operacionalização da notificação de incidentes/eventos adversos na UCI, que permitisse maior anonimato e fácil acesso.

O contexto dos cuidados intensivos é controlado e normativo, de vigilância permanente, regido pela excelência de cuidados que atende a padrões especializados à PSC. Esta realidade de prática de cuidados com excelência, permitiu-me assimilar e realizar uma prática de cuidados especializados à pessoa perante situações saúde/doença com rigor, qualidade e segurança, atendendo aos objetivos específicos traçados de contribuir no desenvolvimento de estratégias que potenciem a melhoria da qualidade organizacional e fomentar uma prática de cuidados de enfermagem especializados de qualidade à pessoa num ambiente terapêutico seguro, prevenido do risco de incidentes.

O cumprimento e o domínio de normas ou protocolos organizados de forma hierárquica ou sistematizada, com constante acompanhamento do que é emitido pelos organismos oficiais, nomeadamente a DGS e as próprias instituições, norteou minha prática para que fosse segura e me conduzisse a nível elevado de qualidade. Segundo Nunes, et al., (2019), a PSC necessita de um ambiente que lhe favoreça a recuperação, com necessidade de organização através de cuidados de enfermagem contínuos e sistemáticos.

A utilização de *checklist* e de padronização de materiais de suporte à PSC constituem também contributos na melhoria da segurança e qualidade, verifiquei a sua existência nos diferentes contextos de estágio. Exemplo de padronização são os carros de emergência, possuem características similares em diferentes áreas, estando definidas regras de utilização, verificação de validades, regras de reposição e de localização. Definir o local onde deve encontrar-se o carro de emergência tornou-se imprescindível, uma vez que interfere na

otimização do tempo de resposta na administração de fármacos emergentes, a verificação da selagem constitui também garantia quanto à disponibilidade de fármacos e materiais (Oliveira et al., 2019; Orientação da Direção Geral da Saúde nº 008, 2011). Por outro lado, no contexto EH, pude usar de forma exaustiva *checklist*, a sua importância refletiu-se na necessidade em manter apostos os fármacos, material e equipamentos, ganhando tempo para abordagem da PSC, em situações de reanimação, doenças súbitas ou traumáticas. De forma a acompanhar a tecnologia, as mesmas conheçam a ser informatizadas e facilmente atualizadas.

Este estágio, fez-me refletir que ambientes descontrolados e inesperados, necessitam de maior investimento para a qualidade nos cuidados, em particular no controlo de infeções associadas a cuidados de saúde e redução de taxas de infeção hospitalares, sendo estes grandes indicadores de qualidade. A aplicação de *bundles* otimizariam resultados favoráveis na redução das taxas de infeção, pelo que em diálogo com os colegas pude abordar o uso de manómetro para a verificação da pressão do *cuff* após intubação endotraqueal e privilegiar a ventilação não mecânica em contexto EH.

O ambiente é parte fundamental para qualidade do exercício em enfermagem à pessoa em situação crítica, em que sistematizar tornou-se mais além que implementar protocolos, servindo para operacionalizar métodos e definir tempos para os cuidados com linguagem padronizada (Nunes et al., 2019).

A linguagem utilizada para a prática de enfermagem necessita ser comum e transversal, para que o processamento da informação seja possível. É constituída por um grupo de dados com importância para a Enfermagem enquanto profissão autónoma.

A OE definiu um referencial de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem, que considera altamente relevantes para a sua produção regular e sistematizada e que possa traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde da população (Pereira, 2009). O resumo mínimo de dados (RMDE) são entendidos como conjunto mínimo de informações que seguem uma uniformização de categorias e definições para a enfermagem e vão ao encontro das necessidades de informação de vários utilizadores dos dados no sistema de saúde (Werley et al., 1991). Têm como finalidade a compilação e gestão dos dados padronizados de enfermagem, permitir a comparação de dados, descrever os cuidados de enfermagem em diferentes contextos, estimular a investigação, fornecer dados sobre cuidados de enfermagem para a tomada de decisão (Leal, 2006) e visam também, o registo de diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem (Ordem Dos Enfermeiros, 2007).

De acordo com Almeida et al. (2008), os indicadores de qualidade em saúde são parâmetros relevantes do estado de uma população, usados como medidas representativas da sua realidade. Nas unidades de cuidados intensivos, estes identificam-nas como unidades de excelência, quando apresentam elevadas taxas de qualidade. No estudo de Rocheta (2018), foram identificados vinte e seis indicadores que monitorizam a qualidade dos cuidados prestados em unidades de cuidados intensivos. Entre estes e o local de estágio, observei, por exemplo, a existência da excelência de cuidados face às taxas infeção associadas ao cateter venoso central, à taxa de infeções multirresistentes, à taxa de infeção associada ao cateter vesical, às úlceras de pressão, à incidência de pneumonia associada à ventilação, às extubações não planeadas, à higiene das mãos, à avaliação da dor, à monitorização da sedação, analgesia e *delirium*.

Na pesquisa sobre indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC, no contexto EH, identifiquei que a sua referência é praticamente inexistente. O facto deve-se porque o enfermeiro das equipas de SAV não possuiu um sistema de informação, específico e articulado com as instituições hospitalares para os seus registos, que torne visível a sua prática. Os registos são fulcrais para a dinâmica de cuidados e afirma a profissão enquanto autónoma, própria, sólida e robusta (Marques, 2021).

Desde 2019, no EH, existe o sistema de informação Tool for Emergency Alert Medical System (i-TEAMS®), que permite o registo aos profissionais do EH. Constitui-se como ferramenta para o alerta precoce e estratificação da gravidade com escalas e critérios que ajudam na tomada de decisão em emergência, bem como para a localização em tempo real das equipas e identificar as unidades de saúde para orientação das vítimas (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019). A minha capacitação na utilização desta ferramenta tornou-se melhorada pela formação sobre a mesma (Anexo 3).

No estudo que Marques (2021) realizou sobre a necessidade de um padrão de documentação, propôs um resumo de dados passível do registo de focos de diagnóstico em enfermagem e suas intervenções autónomas, atendendo à abordagem ABCDE e à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) usada à vítima no EH. Acrescentou o desenvolvimento de um aplicativo modelo em conjunto com uma unidade hospitalar para que os registos do enfermeiro da equipa SAV possam ser implementados e consultados.

Por outro lado, a qualidade em enfermagem reflete-se na transmissão da informação nos dois contextos de estágio, aquando da passagem de turno ou do doente a outra equipa. A metodologia com mnemónica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes,

Avaliação, Recomendações) que utilizei, está implementada com ganhos na segurança da transferência da informação de forma objetiva clara e concisa conforme norma 001/ 2017 da DGS (Direção Geral da Saúde, 2017).

2.3 DOMÍNIO GESTÃO DOS CUIDADOS

As competências no domínio da gestão de cuidados, segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE, centram-se na gestão dos cuidados de enfermagem, na otimização de respostas em articulação com a restante equipa de saúde. O EE adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, proporcionando alta qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Esta competência comum, que por vezes coloquei em prática, foi essencial para o desenvolvimento de competência na gestão de recursos, materiais e humanos, nos diferentes contextos e diferentes cenários de intervenção, aos quais foi necessário dar uma resposta assertiva em tempo útil. Atribuindo aqui os objetivos específicos de cooperar em funções de liderança, gestão de recursos perante as necessidades para a prestação de cuidados e incrementar estratégia optimizadora na supervisão de cuidados especializados.

A gestão de enfermagem pode ser dividida em administrativa, que lida com a organização do trabalho e com os recursos humanos para proporcionar condições adequadas para os cuidados e para a atuação da equipa; e em assistencial, que abrange a intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa. Estas duas dimensões da gestão complementam-se entre si, agregando a gestão na prestação de cuidados (Mororó et al., 2017).

O estudo de Ferreira et al. (2019) destaca a importância da liderança, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos e comunicação eficaz para a administração adequada dos serviços de enfermagem nas instituições de saúde. Estas dimensões da gestão estão diretamente relacionadas com os cuidados assistenciais de qualidade e com o êxito do trabalho em equipa (Kaiser & Wegner, 2020).

As diferentes tomadas de decisão que observei e vivenciei, nos diferentes contextos, tiveram em consideração o ambiente envolvente, as necessidades identificadas, bem como as funções e papéis de cada um dos elementos da equipa, assisti a uma cooperação e confiança por parte dos liderados, que possibilitou um aumento da qualidade dos cuidados prestados à PSC. Ou seja, proporcionar condições para a criação de um ambiente positivo e favorável à prática, pôr em prática estratégias motivacionais dos diferentes elementos da

equipa com vista num desempenho diferenciado, optar por modelos de liderança adequados às características dos elementos da equipa e suas condicionalidades, promover processos de mudança com o objetivo de implementação de práticas inovadoras nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A gestão de conflitos está quase sempre associada ao trabalho em equipa (Correia et al., 2019), embora não tivessem sido identificadas situações com necessidade de intervenção mais diretiva, observei comunicações objetivas e abertas, com a equipa, de forma resolver situações adversas por parte do enfermeiro responsável.

A cultura de segurança e desenvolvimento profissional, foram os faróis sempre presentes e que propaguei junto das equipas em colaboração com os tutores, a sua sensibilização face à necessidade irrefutável de que as práticas tivessem suporte numa evidência científica atualizada (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A promoção de ambiente terapêutico seguro, proporciona motivação e satisfação por parte dos profissionais, da formação e preparação para os cuidados, da disponibilidade de recursos tecnológicos, humanos e farmacológicos, bem como um ambiente acolhedor e facilitador da prática de enfermagem. Para tal, em grande parte, é exigido que a liderança esteja próxima dos liderados e do ambiente em que estes exercem a atividade, fomentando a autonomia, o trabalho em equipa e o envolvimento dos enfermeiros (International Council of Nurses, 2006).

As dotações seguras foram um aspeto importante que o gestor e os enfermeiros especialistas sempre tiveram em consideração, permitindo que tivesse uma perceção correta quanto à mobilização dos recursos humanos disponíveis, o que refletiu na segurança e na qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros responsáveis de turno levaram a cabo a supervisão clínica (SC) de forma constante e apropriada, com objetivo de assegurar a melhor qualidade de cuidados prestados (Correia et al., 2019). Os elementos com esta função, são considerados uma referência para as equipas, pois detêm conhecimentos científicos, técnicos aliados a um perfil relacional e humano bem como um pensamento crítico-reflexivo de destaque. Neste sentido, desde cedo percebi a falta de um elemento com formação que se que destacasse na equipa da UCI.

Perante esta preocupação, questionamento e necessidade no serviço, empenhei-me na realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema de Supervisão Clínica (SC) em Enfermagem e na contribuição com um *Guia de Supervisão Clínica para Estudantes da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em*

Situação Crítica (Apêndice 2), com objetivo apoiar o desenvolvimento profissional, a formação contínua e contribuir com os tutores no processo de certificação da idoneidade formativa do serviço. E ainda motivar os enfermeiros especialistas na aquisição da competência acrescida avançada em SC.

É de referir que os serviços de saúde adquirem ou não capacidade formativa pelo alcance da acreditação da idoneidade formativa e na certificação de competências de Supervisores Clínicos. De forma a melhorar o entendimento sobre o processo da idoneidade formativa assisti à formação contínua sobre a temática (Anexo 4).

A SC é um processo dinâmico, organizado, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturar aprendizagem, desenvolver habilidades analíticas e reflexivas e conhecimento para a uma tomada de decisão autónoma, que valorize a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, a SC é essencial para garantir práticas consistentes, seguras e de alta qualidade, para melhorar a prática clínica a nível individual e organizacional, deve ser incluída na cultura organizacional, promover o desenvolvimento pessoal e profissional, promover o bem-estar dos estudantes e profissionais. É imperioso adequar a SC, uma vez que meramente normativa e avaliativa, dificilmente é aceite pelos estudantes e profissionais (Pestana, 2022).

A coordenação das equipas era uma tarefa atribuída a um enfermeiro especialista, que demonstrasse competência e perfil no âmbito da gestão. Estas competências de gestão estão descritas no regulamento do enfermeiro gestor (Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente à avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos, observei e compreendi sobre o uso da escala “*Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score*” (NEMS), sendo a escala adotada. Segundo a literatura, apesar da NEMS ser de uso simples e útil, alguns autores indicam a “*Nurse Operation Workload*” (NOW), pois permite a medição do tempo total dispensado no doente, integra outras atividades de enfermagem e explica cerca de 89% dos cuidados de enfermagem à PSC.

Em ambos os contextos de estágio, foi possível acompanhar o processo de reposição de consumíveis, desde como é efetuada a notificação para o aprovisionamento e farmácia até à sua reposição, tendo ficado com uma visão mais alargada do circuito e da interação existente entre as estruturas de apoio. A nível hospitalar o circuito do medicamento tem vindo a atualizar-se com novos equipamentos como a Pyxis® ou Dosys®, sistema de gestão automatizada de medicação com benefícios operacionais desde a mobilização dos enfermeiros, ruturas de stock, gestão eficiente de estupefacientes na sua contagem ou acesso;

benefícios clínicos uma vez que limita o acesso a doses unitárias; benefícios para a padronização de processos destinadas a melhorar a segurança e a produtividade (Grifols International, S.A., 2020).

Assim, é exigido ao EE que atue na área da gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais e uma articulação com a equipa multidisciplinar, adaptada a cada contexto e cada situação em particular, o que reflete a plasticidade do mesmo para que alcance os objetivos de cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento de aprendizagens busca aprimorar competências para a prática com qualidade e segurança já descrito anteriormente. E a sua complexidade exige formação contínua e responsabilidade na atualização do conhecimento.

Segundo Nazário et al., (2019) citado por Izaguirres et al., (2022), as ações educativas são benéficas a nível profissional, institucional e para o doente, mas a sua falta de interesse, baixa adesão e ineficiência lavam à desatualização face aos avanços tecnológicos e científicos, aumentando riscos e más práticas.

A assistência à PSC tem características específicas, sendo executados procedimentos invasivos aliados a protocolos terapêuticos e a equipamentos tecnológicos complexos de monitorização e diagnóstico que exigem formação e treino para a sua correta utilização (Lima et al., 2022).

O EE demonstra habilidades para o autoconhecimento e baseia a sua prática em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019), como tal os objetivos específicos foram promover formação na sua área de especialização, participar e promover investigação em serviço, identificar as necessidades formativas na área de especialização, atuando como formador.

Em contexto EH, verifiquei que os dispositivos de ventilação necessitam de atualização e que promovam intervenções de enfermagem, ainda que interdependentes, mais acessíveis e com melhores resultados para a PSC. A abordagem à PSC com o uso da mnemónica ABCDE, prioriza a via aérea, e em situações emergentes a resposta passa pela intubação endotraqueal e pelo uso de protocolos desatualizados.

Esta realidade levou-me ao questionamento sobre a pertinência da Ventilação Não Invasiva (VNI) à PSC. Contrastando com as unidades de cuidados intensivos com tecnologia

de ponta, as equipas de emergência de Suporte Imediato ou Avançado de Vida, na sua maioria, necessitam acompanhar esta evolução, sabendo que adotam o modelo de *Stay and Play* (Coimbra, 2021).

Dando cumprimento aos objetivos propostos e entendendo que a investigação científica na área da prestação de cuidados emergentes com recurso à PBE, consolida a existência e marca a posição de forma clara dos enfermeiros no extra-hospitalar (Mota et al., 2020), realizei e apresentei aos pares uma revisão de literatura intitulada de *Contributo da Ventilação Não Invasiva à Pessoa em Situação Crítica em contexto Extra-Hospitalar* (Apêndice 3).

Assim, a VNI possibilita o suporte ventilatório com pressão positiva sem via aérea invasiva ou em doentes que recusem medidas invasivas (Pereira et al., 2016). Sendo que a bordagem emergente pré-hospitalar na exacerbação de DPOC e o EAPC com a utilização de VNI, possibilita uma melhoria mais rápida dos sintomas do doente crítico (Dunand, et al., 2021). E na insuficiência respiratória aguda as modalidades de VNI contínua positiva (CPAP) ou pressão positiva (Bi-nível) devem ser a primeira linha de atuação (Abubacker, et al., 2021).

Dos resultados obtidos concluiu-se que a dispneia no extra-hospitalar é uma grande preocupação das equipas de emergência. A formação específica permite aos profissionais o conhecimento para utilizarem VNI com sucesso. O modo ventilatório mais recomendado pela bibliografia consultada, é o Bi-nível (García, et al., 2022), devendo ser uniformizados e atualizados os protocolos/critérios para utilização de VNI em contexto extra-hospitalar, para tal é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde e órgão de gestão das instituições para a pertinência em utilizar equipamentos alternativos, tecnologicamente avançados, que disponibilizem modos ventilatórios mais adequados à PSC e às suas patologias respiratórias (García, et al., 2022).

A utilização de equipamentos de VNI, quando recomendados, possibilitam ganhos significativos em saúde da PSC pela redução da taxa de mortalidade; diminuição da taxa de ventilações invasivas; minimização do tempo de internamento; redução a taxa de infeção associada à intubação traqueal e diminuição da despesa em cuidados de saúde (Pikoulis & Doucet, 2021). Para além da revisão da literatura, participei em formação contínua sobre a VNI (Anexo 5).

Outras aéreas tiveram destaque para o meu desenvolvimento profissional através de formação contínua. Uma dessas áreas foi a Morte Cerebral da PSC e doação de órgãos pelo que assisti a uma formação na UCI intitulada de “*Regime dos atos que tenham por objeto a*

dádiva ou colheita de órgãos” (Anexo 6). Em cuidados intensivos é uma realidade frequente e exige cuidados rigorosos na manutenção dos órgãos vitais. A definição da morte cerebral ou encefálica está associada a um novo conceito, sendo “*a cessação secundária à morte das funções cerebrais devido a causa conhecida e irreversível*” (Eira et al., 2018, p. 201).

Em Portugal, a legislação determina a morte cerebral através de condições que demonstrem a cessação das funções do tronco cerebral e a sua irreversibilidade, desde que haja conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos (score de 3 na escala de coma de Glasgow); ausência de respiração espontânea com necessidade de ventilação invasiva; constatação de estabilidade hemodinâmica e exclusão de fatores de supressão das funções do tronco cerebral (hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou bloqueadores neuromusculares). O diagnóstico da morte cerebral ocorre mediante rigorosos critérios como a ausência de reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo, de reflexos oculocefálicos, de reflexos oculovestibulares, de reflexos corneopalpebrais, de reflexo faríngeo e de prova de apneia confirmativa de ausência de respiração espontânea (Coimbra, 2021; Lei nº 12/93 da Assembleia da República, 1993).

Perante esta confirmação, o EE possui um papel fulcral na assistência às provas de morte e na prestação de cuidados a um possível dador de órgãos sendo conhecedor de todo o processo que envolve o diagnóstico de morte cerebral, doação, colheita e transplantação. Tive oportunidade em estágio de vivenciar e assegurar cuidados de prevenção de complicações e problemas do dador, perante o compromisso das trocas gasosas com aspirações frequentes de secreções orais, traqueobrônquicas e recrutamento alveolar, perante lesões da córnea com aplicação de lubrificante, perante risco de hipotermia com vigilância da temperatura corporal e medidas para a normotermia, perante desequilíbrios eletrolíticos com vigilância da eliminação urinária e entre outros.

A dádiva de órgãos tem consentimento presumido do dador cidadão ou residente em Portugal, desde que não esteja inscrito no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), criado para viabilizar o direito à oposição à dádiva. Segundo o estudo de Eira et al., (2018), os potenciais dadores de órgãos são do género masculino consequentes de AVC hemorrágico com antecedente de hipertensão, com dádivas de dois a três órgãos.

2.5 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas ocorrem pela demonstração de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, face às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que cada área de especialidade abrange, (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, as competências do EE impõem cuidados de enfermagem na *“pessoa, família/cuidador em situação crítica, exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados(...)”*, com os objetivos de *“(...) conhecer, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

Este capítulo destina-se à abordagem crítico-reflexiva das competências em particular. E relativamente à *competência cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*, compete ao EE mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da PSC e família, em tempo útil, face à complexidade. Assim os objetivos específicos traçados foram conhecer o local de estágio quanto à sua estrutura, organização e dinâmica para o cuidado da pessoa e família em situação doença crítica, já abordados; realizar cuidados especializados à PSC e família; aplicar protocolos terapêuticos complexos; intervir perante a PSC e família no alívio da dor, no sofrimento e na morte; promover o bem-estar e conforto da PSC e família; empregar comunicação terapêutica com a pessoa em situação crítica e família em contexto extra-hospitalar e em cuidados intensivos.

A prestação de cuidados especializados ao longo do estágio proporcionaram-me várias oportunidades de aprendizagem, umas novas e outras que serviram para cimentar as já adquiridas. Em cuidados intensivos, os cuidados à PSC que realizei, incidiram no foro médico e cirúrgico, em situações de pós-operatórios com instabilidade hemodinâmica, choque distributivo, choque séptico e com necessidade de técnicas dialítica contínuas, em particular a hemodiafiltração. As técnicas de substituição renal foram aplicadas através de máquinas Prismax® e assisti a uma ação de formação sobre este dispositivo (Anexo 7).

Contactei frequentemente com a PSC com compromisso da via aérea com necessidade a ventilação invasiva e não invasiva, quer por intubação endotraqueal quer por traqueostomia. Manipular a tecnologia dos diferentes monitores mostrou-me a importância

de conhecer bem os dispositivos perante a grande variedade existente e treinou-me sobre a aplicabilidade dos modos ventilatórios e das suas modalidades perante cada situação de doença. Manipulei, igualmente, outros diversos dispositivos de monitorização da PSC, desde telemetria, pressão venosa central, pressão arterial invasiva, índice bispectral da sedação, à temperatura transcutânea. A realidade tecnológica favorece o tratamento e a vigilância, porém conduz ao distanciamento e cria discrepância na relação entre o profissional e o doente (Moraes & Kron-Rodrigues, 2021).

Consegui aprimorar a preparação e manuseio de terapêutica e protocolos terapêuticos complexos usados em cuidados intensivos, tais como fármacos de suporte vasopressor e de sedoanalgesia. A noradrenalina, o remifentanil, a dexmedetomidina, o midazolam, o propofol, a ropivacaína e fentanilo, foram administrados frequentemente e foi importante refletir sobre o seu uso e efeitos de acordo com o estado clínico da PSC, havendo a necessidade de consultar a bibliografia das suas propriedades farmacodinâmicas. A dexmedetomidina juntamente com psicóticos mostrou diminuição do *delirium* da PSC em comparação com as benzodiazepinas de acordo com Pinho (2020). Não obstante, os efeitos mais frequentes da dexmedetomidina são a bradicardia (Afonso & Reis, 2012) e risco de hipotermia pela vasoconstrição e tremores significativos (Villela & Júnior, 2003).

As vias de administração de terapêutica da PSC objetivadas e mais manuseadas foram por cateteres venosos centrais e epidurais. Mas, os cateteres venosos periféricos de longa duração foram também colocados, com punção ecoguiada por enfermeiros, experientes e com formação específica, sendo vez mais usados em UCI, em doentes que deles beneficiam. Recordo-me de uma grávida de termo com diagnóstico de cetoacidose diabética com perfusão de insulina. De facto, esta prática ainda é pouco comum, e estendê-la a outro tipo de internamento, seria benéfico a doentes com difíceis acessos venosos periféricos, face ao insucesso das inúmeras punções e complicações, para além de capacitar os enfermeiros com mais conhecimentos e autonomia em acessos vasculares (Braga, 2017).

Ainda sobre a sedação da PSC, foi importante refletir sobre o impacto da agitação, da dor e do *delirium*, sendo que na prática de cuidados envolvi o uso de escalas para avaliação e gestão das mesmas. O uso de sedativos na PSC tem como objetivos principais diminuir o stress da ventilação invasiva e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tratar patologias como convulsões, hipertensão intracraniana, abstinências de substâncias, reduzir o consumo metabólico e de O₂, aliviar a ansiedade, melhorar o conforto e proteger dos danos provocados pela agitação (Pinho, 2020). Porém, pode prolongar o uso de ventilação mecânica, criar dependência física e psicológica, maior tempo de internamento e

consequentemente *delirium* (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018; Oliveira et al., 2022; Pinho, 2020).

A agitação e ansiedade são frequentes em cuidados intensivos relacionadas com a patologia, ambiente adverso, medo, alteração do sono, estimulação excessiva e diversos procedimentos invasivos. A dor quando tratada inadequadamente, torna-se fator de agitação e stress da PSC (Barr et al., 2013). Daí que, a PSC pode ter variados comportamento que dificultam a diferença entre a dor, agitação ou *delirium* (Teixeira & Durão, 2016). Assim, em estágio, foram múltiplas as escalas que usei e que me auxiliaram na monitorização da sedação, da dor, da agitação e do *delirium*.

A escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) foi a mais usada, evita a sobressedação e complicações, fácil de usar, com pontuação positiva agitação e negativa para a sedação, em dez níveis corroborando com o estudo de Paulino et al., (2022).

A abordagem à dor é das mais relevantes para a enfermagem definida como uma experiência subjetiva de sofrimento, alterando o bem-estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010 citado por Teixeira & Durão, 2016) e primordial na PSC com comunicação, sono e estado mental alterado, ventilação mecânica, procedimentos e dispositivos invasivos e com imobilidade (Devlin, et al., 2018). A escala Behavioral Pain Scale (BPS), de três itens, avaliou a expressão facial, movimento dos membros superiores e compliance associada à ventilação mecânica, foi a utilizada tal como sugere Paulino, et al., (2022) e aconselhada para a PSC entubada pelas diretrizes no tratamento da dor, emanadas por Devlin et al., em 2018. Esta avaliação esteve envolvida nos inúmeros procedimentos à PSC, como exemplo nos cuidados de higiene, posicionamentos, manipulação da via aérea e tratamentos de feridas.

Perante esta avaliação para além de medidas farmacológicas, promovi o alívio da dor e sofrimento pela gestão de medidas não farmacológicas, proporcionando um ambiente aquecido e confortável, atenção aos estímulos prejudiciais como tração de dispositivos, ruído, luminosidade excessiva, cuidados à pele como hidratação e vigilância de zonas de pressão, posicionamentos frequentes e ajustados, indo ao encontro de Pinho (2020).

O *delirium* surge frequentemente na PSC em cuidados intensivos, define-se como uma disfunção cerebral aguda, manifestada pela perturbação da atenção ou da consciência (Faria, 2013 citada por Oliveira 2022). Avaliei o *delirium* através da escala Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU), objetivada igualmente, como a mais usual em Portugal segundo Paulino et al., (2022). A sua utilização tornou-se possível para níveis de consciência despertáveis à voz e mínimo de RASS (-3) (Pinho, 2020). O EE constitui-se um

elemento-chave na prevenção do *delirium* através de intervenções como na mobilização precoce, na correção das alterações hidroeletrólíticas, na prevenção da hipoxia, na suspensão precoce da ventilação mecânica, remoção de dispositivos invasivos, no uso de menor sedação possível, exercício precoce, tratamento da dor, ação no ambiente, na promoção do sono, na avaliação cognitiva e orientação e em protocolos (Devlin et al., 2018; Oliveira et al., 2022; Paulino et al., 2022). Os protocolos são MORE (música, otimização de persianas, estimulação cognitiva) e a Bundle ABCDEF (redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha da analgesia e sedação, monitorização do *delirium*, mobilização precoce e empoderamento familiar). Estes não estavam adotados no local de estágio.

Foram diversas as plataformas informáticas que usei, entre as quais, as que possibilitaram o registo da monitorização, vigilâncias, cuidados de enfermagem no (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalar) S-Clínico®, terapêuticas no (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia) Ghaf® e notificações no (Health Event & Risk Management) Her+®. As ferramentas tecnológicas adaptadas à saúde apresentam enorme impacto na qualidade da gestão, na assistência e satisfação do doente, ao possibilitar a troca de dados apoiam a tomada de decisão. Contudo o sucesso do seu uso implica habilidades profissionais eficientes (Sudré et al., 2020). É previsível que através de sistemas de informação haja visibilidade e avaliação dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021).

A família é parte fundamental no processo de doença da PSC e começa, muitas vezes, no contexto EH. Cabe ao EE estabelecer a ponte entre ambos através de práticas relacionais, suportadas por estratégias de comunicação terapêutica eficazes. A comunicação em enfermagem em situações críticas levou-me à necessidade de desenvolver estratégias e habilidades comunicacionais, assumindo que comunicar com a família é cuidar dela. A comunicação em enfermagem é uma ferramenta terapêutica que permite ao EE conhecer a personalidade, o ambiente e a forma como a pessoa concebe o mundo. A troca de informação a através de habilidades de comunicação aumenta a confiança e a compreensão mútua. Permite diminuir o sofrimento, clarifica a compreensão da situação, dá suporte emocional e reduz a ansiedade da família (Sá & Henriques, 2021).

Algumas das estratégias de comunicação usadas com a família foram ao encontro de Sá & Henriques (2021), pelo que tentei transmitir informação forma regular e real, com linguagem acessível para compreensão, mostrando atitude empática, mantendo contato visual, realizando escuta ativa no sofrimento e nas perturbações emocionais. O silêncio, a postura e orientação corporal, os gestos, as expressões faciais, tom de voz, transmitem

mensagens sem o uso de palavras (Ramos & Bortagarai, 2012), pelo que em situações difíceis pratiquei este tipo de comunicação não verbal.

Relativamente às más notícias, a sua comunicação revelou-se uma das mais difíceis intervenções do EE. A morte é comunicada frequentemente pelo enfermeiro sendo-lhe exigido treino e aplicação de ferramentas, para que a notícia não se torne num acontecimento de choque, de negação e de incredulidade, contribuindo em processos de lutos intensos, dolorosos e prolongados (Cerqueira, 2004, citado por Coimbra, 2021).

O protocolo SPIKES é usualmente a ferramenta de eleição na comunicação difícil, *S-Setting Up* (planear a comunicação), *P-Perception* (perceber o que a família ou o doente sabem), *I-Invitation* (convidar a expor dúvidas), *K- Knowledge* (dar informação clara e delicada), *E-Emotions* (acolher as emoções com resposta empática), *S-Strategy* (indicar próximos passos, resumir) (Coimbra, 2021; Silva-Xavier, 2023).

No contexto EH, a comunicação de más notícias poderá ser realizada pelo protocolo com acrónimo ACOLHER, *A* (avaliação da cena), *C* (comunicar de forma clara e eficaz), *O* (ouvir), *L* (legitimar o sofrimento), *H* (humanização), *E* (estabelecer vínculo de confiança), *R* (Reavaliar, refletir e reorganizar) (Cintra 2022).

Outros protocolos terapêuticos complexos são usados em situação crítica, em particular com início no contexto EH. As Vias Verdes são circuitos de encaminhamento extra e intra-hospitalares, que sistematizam passos, procedimentos e responsabilidades numa cadeia de cuidados, a situações que beneficiam de uma abordagem estruturada e precoce em termos de mortalidade e morbidade (Grupo Português de Triagem, 2011).

Neste contexto pude refletir e aprimorar as boas práticas à PSC elegível de Vias Verdes, sendo elas a Via Verde AVC (Anexo 8), Via Verde Trauma (Anexo 9) (Anexo 10), Via Verde Sépsis (Anexo 11), Via Verde Coronária (Anexo 12) e Via Verde Reanimação, dando importância às escalas facilitadoras existentes, para as suas ativações. As participações em ações de formação sobre as mesmas reavivaram conhecimentos.

A Via Verde Reanimação tem-se revelado uma via promissora de recuperação da PCR e no aumento da possibilidade de doação de órgãos através da terapia Oxigenação por Membrana Extracorporal (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

Este conceito une todos os elos da cadeia de sobrevivência ao acesso à abordagem intensiva da PCR com vista à ressuscitação cardiopulmonar assistida com oxigenação por membrana extracorporal ou mesmo à possibilidade de dador de coração parado. Araújo, (2019) revelou a existência de vítimas de PCR, assistidas no norte de Portugal com critérios para aplicação de oxigenação por membrana extracorporal.

Ao longo do estágio, apesar de realizar manobras de reanimação em situações de PCR, não houve experiências de aplicação de critérios para oxigenação por membrana extracorporeal, contudo tornou-se relevante manter manobras de reanimação de qualidade e compreender a necessidade do treino e formação para o seu alto desempenho (Anexo 13).

No contexto EH, consegui realizar e participar noutros protocolos e algoritmos, como a dispneia, alteração do estado de consciência, trauma crânio-encefálico, trauma torácico, trauma dos membros e extremidades, dor torácica, convulsão, queimadura, hematemese, bradi e taquidisritmia. De referir que a abordagem inicial ou primária à vítima que realizei, foi segundo a metodologia ABCDE do Concelho Europeu de Ressuscitação, que tem como princípio a correção das condições que mais ameaçam a vida. A (airway): Via aérea com controlo da coluna cervical; B (breathing): Respiração e oxigenação; C (circulation): Circulação com controlo de hemorragia; D (disability): Disfunção neurológica; E (exposure): Exposição com controlo da temperatura. Uma etapa fundamental antes desta avaliação inicial foi avaliar o local e garantir as condições de segurança.

Para a competência *dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*, os enfermeiros pelo descrito no artigo 100º do Estatuto da OE, nos deveres deontológicos, atuam conforme a sua área de competência e devem ser solidários com a comunidade, em caso de crise ou catástrofe. Segundo regulamento nº 429/2028, numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, é o EE que concebe o planeamento e gere uma resposta rápida e sistematizada, com eficácia e eficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com nº 2 do artigo 3º da Lei nº27/2006, de 3 de julho referente às Bases da Proteção Civil, catástrofe é 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. Perante esta situação, cabe à comissão Nacional de Proteção Civil a coordenação em matéria de proteção civil, que se estende a comissões regional e municipais sob definição de planos de emergência, onde diversos agentes de proteção civil atuam, formando o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS). Na área de cuidados de saúde, o INEM e os demais serviços de saúde devem atuar de forma protocolada.

As emergências, exceção e catástrofe são oriundas de desastres e acidentes naturais ou de ação humana como acidentes ambientais, incêndios urbanos ou florestais e industriais, fenómenos naturais relacionados com cheias, vagas de calor ou frio, ataques terroristas e guerras, que levam a cenários de múltiplas vítimas (Pikoulis & Doucet, 2021). O derrame

de petróleo no Alasca em 1989, o atentado do 11 de setembro em Nova Iorque, o furacão Katrina em 2005 nos EUA, são exemplos bem reconhecidos (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012). Embora tenham aumentado drasticamente na última década, em Portugal continental, as situações de exceção e catástrofe são pouco frequentes. Todavia a pandemia Covid-19 foi um exemplo recente da atuação concertada da emergência extra-hospitalar.

Esta competência é bastante própria para o enfermeiro especialista na área da PSC. O enfermeiro presta assistência pré-hospitalar de forma especializada, diferenciada e avançada sob estratégias e protocolos de uma criteriosa coordenação e gestão do SIEM, diferenciando-se do contexto IH.

Desde 2019, existe na emergência EH uma equipa emergência médica designada de EMT Tipo 1 Móvel e Tipo 1 Fixo, certificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Permite resposta rápida e eficaz a situações de acidente grave e catástrofe nacionais ou internacionais com elevado número de vítimas. Na sua abordagem sequencial é feita a triagem, a estabilização inicial, a referenciação para unidades de saúde adequadas e o tratamento de situações médicas e traumáticas de menor gravidade (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019)

Uma vez que o estágio decorreu sem ocorrências desta natureza, mantive a pesquisa e a atualização de conhecimentos indispensáveis nesta temática, nomeadamente sobre a triagem e a atuação em situações com múltiplas vítimas (Montagner et al., 2022), de forma a cumprir os objetivos específicos de participar na abordagem à PSC, na área de emergência, trauma, exceção e catástrofe; contribuir na melhoria da qualidade dos cuidados emergentes nesta área.

Nesta pesquisa, deparei-me que, atualmente, cenários de catástrofes acontecem noutros países e as suas populações dependem de ajuda internacional, uma vez que o seu próprio país não tem condições para assegurar a assistência necessária. Os enfermeiros são elementos intervenientes das equipas de emergência, quando dotados de competências para atuar em situações de catástrofe, reconhecidas pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros através de competências de enfermagem em desastres, nomeadamente o nível III. Baseado no programa Global Health Emergency Health Workforce da OMS, é visto como uma estratégia de melhorar a qualidade e prática profissional com base num padrão coerente, padronizado, comum e universal para enfermeiros destacados na resposta a um desastre no seu país ou além-fronteiras, com a possibilidade de liderar uma equipa multidisciplinar, analisar, planear, intervir e investigar (International Council of Nurses, 2022). Assim, torna-

se imperativo desenvolver programas de educação em enfermagem em desastres para fortalecer, de forma abrangente, as capacidades dos estudantes (Kang et al., 2022).

Percebi que a atuação do EE neste tipo de cenário, implica habilidades técnicas específicas e controlo emocional diferenciado pela sua dimensão, bem como a exigência em conhecimentos dos recursos e ações planeadas para a melhor assistência, sabendo que há um desequilíbrio entre o número de vítimas e os recursos para a sua assistência (Araujo, et al., 2019). Importou assim entender que a gestão e o planeamento sejam realizados segundo o princípio fundamental de proporcionar o bem máximo a um número máximo de pessoas, ou seja, salvar o maior número de vítimas (Araujo, et al., 2019).

Na fase de intervenção inicial, é fundamental uma gestão organizada e eficiente, a primeira equipa a chegar ao teatro de operações em detrimento da prestação de cuidados deverá avaliar, estimar os danos e necessidades da situação usando a estratégia dos 5 S's para cenários com múltiplas vítimas "*Mass casualty management incident the Virginia model*" (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012; Northern Virginia EMS Operations Board et al., 2021):

- Safety: identificar fatores ameaçadores da segurança das equipas;
- Size up: avaliação do cenário quanto ao tipo e causa da ocorrência, estimar o número aproximado e gravidade das vítimas de forma a determinar os recursos necessários;
- Send: informar o centro de orientação de doente urgentes, que permitirá o acionamento estruturado de recursos em tempo útil, assim como o alerta para as instituições para as quais serão transportadas as vítimas;
- Set up: assumir o comando no cenário na distribuição dos locais das vítimas, definir áreas de atuação, acesso e retiradas das vítimas;
- Start: iniciar a triagem das vítimas.

Após esta avaliação e gestão do cenário, deve organizar-se a forma como será realizada a triagem primária e definir-se os locais de evacuação das vítimas e ilesos. A setorização do teatro de operações são análogos nos planos de emergência nacional, distrital e municipal, divide-se em Zona de Sinistro (ZS), onde atuam as equipas de resgate e salvamento, assim como as equipas de emergência médica que poderão realizar a triagem primária; Zona de Apoio (ZA) onde estão concentrados meios de apoio e logística; Zona de Concentração e Reserva (ZCR) onde permanecem meios e recursos sem missão imediata; Zona de receção e de reforços (ZRR) é a zona de controlo, apoio logístico e coordenação das operações (Autoridade Nacional da Proteção Civil, 2018).

Em contexto intra e extra-hospitalar compreendi que a triagem é um método que racionaliza e maximizar os recursos na assistência desproporcionada face a um grande número de vítimas, tem como objetivos proporcionar uma assistência precoce de acordo com a sua gravidade e aplicar manobras life-saving. O método START (Simple Triage and Rapid Treatment) é o mais utilizado e o mais conhecido, comparando com os métodos JumpStart, CRAMP, SALT e CareFlight (Araujo, et al., 2019). É um fluxograma padrão, simples, objetivo e o erro na sua execução é praticamente inexistente. Somente duas manobras estão autorizadas a realizar-se, a permeabilidade das vias aéreas e a compressão de hemorragia (Montagner et al., 2022).

O START foi desenvolvido em 1983 no Hoag Memorial Hospital na Califórnia e permite na triagem primária a identificação da gravidade das vítimas de forma rápida e dinâmica gastando 60 a 90 segundos por vítima. Atendendo à mnemónica “30-2-pode fazer”, a atribuição das prioridades P1(emergente) etiqueta vermelha, P2 (urgente) etiqueta amarela, P3 (não urgente) etiqueta verde, P4 (morto) etiqueta preta, resultam de “30” corresponder ao máximo da frequência respiratória, de “2” corresponder ao tempo de preenchimento capilar, e “pode fazer” ao obedecer a ordens na escala de coma de Glasgow (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007; Coimbra, 2021; Montagner et al., 2022).

Este método compreende uma triagem secundária, ordenando e hierarquizando a evacuação segundo prioridades das vítimas. Para tal, usa-se o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) através da soma de três parâmetros fisiológicos, a frequência respiratória, a pressão arterial e a consciência pela escala de coma de Glasgow (Coimbra, 2021).

Segundo Montagner et al., (2022), o método START tem fatores limitativos por não considerar o mecanismo do trauma, nem enquadrar as situações de menor ou moderado risco das vítimas, o que poderia pesar na decisão de transporte das mesmas.

Um outro objetivo específico que tracei neste âmbito foi o de colaborar com cuidados especializados na identificação, preservação de prova e alerta em situações com indícios da prática de crime. Durante o estágio também não ocorreram situações com indício de crime, no entanto, é no contexto EH que, inesperadamente, mais ocorre este tipo de situações. Através da reflexão com os colegas e tutores pude rever e perceber a importância da atuação do EE em EMC na área da PSC, o qual possui competências para identificar os indícios de crime, preservar os vestígios, apoiar e encaminhar as vítimas e famílias (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Estando na linha da frente o EE, deve examinar e reconhecer as eventuais situações com indícios de crime no local, tais como agressão sexual, violência doméstica, abuso e negligência, homicídios, tentativas de homicídios por arma de fogo ou arma branca, agressão, enforcamento e intoxicações (Macedo & Souza, 2021; Mota et al., 2021b), procedendo à recolha e preservação de vestígios para que a cadeia de custódia ocorra corretamente (Macedo & Souza, 2021), mediante procedimentos específicos respeitante ao local, ao corpo da vítima, aos objetos e à documentação, tal como detalha Silva (2022).

Define-se vestígio como qualquer material útil que relacione um crime com um presumível suspeito da prática do mesmo (Mota et al., 2021b). Atendendo ao Princípio de Locard, existe transferência de vestígios desde que duas superfícies se estejam em contato, ocorre uma transferência mútua de material. Mesmo sendo muito subtis e não visíveis a olho nu, no local de um crime ficam vestígios do criminoso e este transporta em si vestígios do local do crime (Coimbra, 2021).

A cadeia de custódia é o processo que assegura e valida a preservação, registo das amostras e vestígios recolhidos da cena no crime, assim como a sua não contaminação, desde o local até às autoridades judiciais (Coimbra, 2021; Mota et al., 2021b).

A participação do EE nestes cenários com recolha e preservação de vestígios, deve respeitar o princípio básico de que a necessidade de assistência médica e a segurança da vítima são as prioridades absolutas, pelo que não devem interferir com intervenções de reanimação (Coimbra, 2021). Acontece que a contaminação ou a destruição dos vestígios leva à perda de provas importantes para a resolução de crimes, o registo fotográfico torna-se relevante, nomeadamente antes da abordagem à vítima (Silva et al., 2022).

Em estágio EH verifiquei a inexistência de material para a recolha e documentação de vestígios e a constante preocupação dos enfermeiros na obtenção de conhecimentos nesta área, o que corrobora com o estudo realizado por Mota et al., (2021b).

Contudo, o EE precisa ter sensibilidade e manter sempre presente uma suspeita ao abordar as vítimas, considerar a possibilidade de que uma pessoa que sofreu trauma tenha sido vítima de um crime, a menos que existam provas concretas de que isso não seja verdade. Frequentemente, as lesões causadas pelo trauma podem ser resultado de uma agressão, sendo importante que EE esteja atento para garantir que todos os indícios relevantes sejam preservados (Coimbra, 2021)

Para a competência *maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica*, os objetivos específicos que tracei foram: colaborar na melhoria face às necessidades da prevenção e controlo da

infecção e resistência aos antimicrobianos (PCIRA); executar cuidados especializados decorrentes de doença aguda ou crónica à PSC, na área da PCIRA.

Perante os diversos contextos, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados de saúde à PSC que implicam medidas invasivas, o EE deve agir na prevenção, no controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (RAM) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O contexto de cuidados intensivos acarreta maior taxa de prevalência de infeções, com consequências em grandes custos e maior tempo de internamento. A infeção associada a cuidados de saúde, vistas como infeções que se manifestam no internamento ou após alta, são adquiridas 48h após a admissão do doente nas unidades hospitalares e responsáveis por taxas de mortalidade até 60% (Pinho, 2020).

Neste sentido, desde 2013, o programa de prevenção e controlo da infeção das resistências aos antimicrobianos tem como objetivo a redução das infeções associados aos cuidados de saúde e da taxa de RAM. A sua atualização evidencia os seus indicadores de qualidade sobretudo face às precauções básicas de controlos de infeção (higiene das mãos, uso de luvas e auditorias) e a vigilância epidemiológica de infeção do local cirúrgico, bacteriemia relacionada com o cateter venoso central, pneumonia associada à intubação endotraqueal, infeção urinária associada ao cateter vesical, cumprimento dos feixes de intervenção e prevenção de infeção, consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobiano (Despacho nº10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022).

Cerca de 30% a 40% das infeções associadas a cuidados de saúde surgem de infeção cruzada, tendo como veículo de transmissão as mãos dos profissionais de saúde assim, a higienização das mãos, com solução antisséptica 70% alcoólica quebra a cadeia epidemiológica da infeção de forma eficaz e com baixo custo (Pinho, 2020). Ao longo do estágio foi a medida mais simples e mais usada em ambos os contextos, respeitando os seus 5 momentos preconizados pela campanha “*Save Lives: clean yours hands*” da OMS. No entanto, o uso de equipamento de proteção individual foi constante e igualmente importante como barreira à infeção e à transmissão. O estudo realizado por Pereira et al., (2020), revela que a pessoa assistida no contexto EH apresenta risco aumentado para infeção associada a cuidados de saúde relacionado com a higienização das mãos, falta de trocas de luvas, falta de asséptica com o cateter venoso e vesical.

Em situação crítica no EH, verifiquei que as equipas de SAV, cumprem protocolos e normas procedimentais, nesta base reflexiva, estender a *bundle* de pneumonia associada à

intubação, seria uma mais-valia a avaliação do *cuff* entre 20-30 cm H₂O, o posicionamento da cabeceira entre os 30° e os 45° e privilegiar o uso de VNI. Segundo Barros (2019), no contexto de cuidados intensivos, esta *bundle* é de extrema importância, pelo que pode frequentemente praticá-la, todavia deve estar associada ao uso de tubos endotraqueais de aspiração subglótica, para doentes com intubação superior a 48 ou 72h, uma vez que uma das principais causas de pneumonia associada à intubação é a aspiração de secreções, nem sempre o *cuff* é eficaz devido ao seu isolamento deficitário da traqueia.

Constatei que a taxa de infeção urinária associada ao cateter urinário é um indicador a melhorar, pela sua maior incidência em cuidados intensivos. Segundo Lobão & Sousa (2016) e Mota & Oliveira (2019), a taxa de infeção associada ao cateter urinário é uma das mais elevadas em cuidados intensivos. Importa refletir que o procedimento para a colocação do cateter urinário à PSC raramente cumpre *bundles* de prevenção de infeção em contexto emergente o que reflete a longo prazo a sua incidência. Em cuidados intensivos existiu grande preocupação na prevenção da infeção associada ao cateter urinário e para além de *bundles*, a utilização de *checklist* reforçou o cumprimento do procedimento asséptico sem falhas na sua execução.

As *bundes* não garantem uma diminuição de taxas de infeção isoladamente, devem ser associadas a outras ações com os mesmos objetivos (Barros, 2019).

CONCLUSÃO

O enfermeiro que presta cuidados especializados, necessita aliar a sua qualificação à capacidade de evidenciar, através da sua competência profissional e uma prática que domine conhecimentos técnicos e científicos, que acompanhe a evolução tecnológica e sem esquecer a humanização de cuidados, observando a pessoa em situação crítica como um todo (Pinho, 2020).

Os diferentes contextos de estágio possibilitaram-me a aprendizagem e desenvolvimento de novas competências. O crescimento na área de investigação, o treino na pesquisa e utilização de fontes bibliográficas para consulta da evidência e o desenvolvimento de revisões de literatura destacaram-se, o que me permitirá autonomia para a realização de trabalhos futuros como EE, assim como adequar a prática especializada à evidência disponível.

Cada objetivo de estágio foi realizado com dedicação, investimento e empenho pessoal. Cuidar da pessoa em situação crítica foi exigente pela sua complexidade e a sua vulnerabilidade, assim a prática avançada, só se conseguiu com disciplina, rigor e resiliência. Foi fundamental uma atualização permanente de técnicas, procedimentos, protocolos e normas de forma a manter a segurança e a qualidade dos cuidados à PSC e à família, com atitude antecipatória e preventiva de complicações ou limitações, com foco na recuperação.

Para além da prestação de cuidados, fiquei com maior perceção da intervenção abrangente que o enfermeiro mestre e especialista tem na área da PSC e família. Como tal, os resultados favoráveis neste progresso de competências verificaram-se ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria de competências de gestão da qualidade e segurança; no aperfeiçoamento da gestão da relação terapêutica e da comunicação; da aquisição de saberes sobre a SC; do conhecimento da gestão de situações em catástrofe e exceção.

Para além da realização de cuidados à pessoa em situação crítica, abri horizontes para complementar necessidades dos contextos de estágio, abraçando a elaboração de trabalhos com partilha de saberes baseados em evidência aos pares. Os temas subordinados focaram-se na área da SC de estudantes em EMC na área da enfermagem à PSC, na área da gestão do

risco como os incidentes de segurança em cuidados intensivos e na VNI da PSC no extra-hospitalar. Todos os trabalhos permitiram abrir horizontes, reflexão da prática desatualizada e contribuição para a mudança de novos comportamentos e intervenções, bem como conduzir a cuidados com excelência à PSC.

Na prática de cuidados de qualidade, o EE reflete muito o seu investimento pessoal, em que a formação contínua e o treino são caminhos necessários. Deste modo, tive oportunidade de assistir a ações de formação que me enriqueceram, mas também desenvolvi competências ao nível da comunicação, aos pares, dos temas trabalhados para esta área de especialização.

Neste estágio, os focos foram o progresso, o incremento e o desenvolvimento pessoal, profissional e autónomo para o grau de mestre e especialista. Todavia, houve limitações que ocorreram pelas circunstâncias dos contextos de estágio, pela indisponibilidade de outros profissionais, pela falta de oportunidade para o desenvolvimento prático de competências e pela impossibilidade de abranger toda a dimensão que rodeia a PSC e família.

Perante as dificuldades encontradas, ambos contextos de estágio foram fundamentais pelas oportunidades que me proporcionaram. Ficou o meu contributo para que a excelência de cuidados se fundamente na evidência e que possa acrescentar valor à enfermagem.

Sugere-se a realização de estudos primários, experimentais ou outros trabalhos para dar continuidade à melhor implementação da SC aos estudantes em EMC na área da enfermagem à PSC. Também é premente desenvolver investigação em enfermagem, em contexto extra-hospitalar, de forma a validar e atualizar protocolos e conhecimentos de enfermagem emergentes à PSC. Face à raridade dos acontecimentos em catástrofe e desastres em Portugal, o EE precisa desenvolver mais as capacidades práticas nesta área de atuação, o treino frequente é uma necessidade preparando-o assim para a atual realidade mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubacker, A. P., Ndakotsu, A., Chawla, H. V., Iqbal, A., Grewal, A., Myneni, R., . . . Khan, S. (2021). Non-invasive Positive Pressure Ventilation for Acute Cardiogenic Pulmonary Edema and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Prehospital and Emergency Settings. *Cureus*, *13*(6), p. e15624. Obtido em dezembro de 2022, de Doi:10.7759/cureus.15624
- Afonso, J., & Reis, F. (2012). *Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000100015>
- Almeida, M. F., Mello Jorge, M. H., & Laurenti, R. (2008). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil* (2. ed. ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Araújo, I., Raul, P., Monteiro, F., Lobo, M., Rodrigues, M., & Filipe, F. (2019). *Ativação de oxigenação por membrana extracorpórea: uma atitude terapêutica a ponderar*. Obtido em fevereiro de 2023, de DOI: 10.5935/0103-507X.20190053
- Araujo, J. A., Gonçalves, k. G., Filho, R. F., Silva, H. K., Menezes, R. S., & Matos, T. A. (2019). *O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/496/487>
- Assembleia da República. (2015). *Lei 156/2015, de 16 de Setembro*. Obtido em 21 de dezembro de 2022, de <https://dre.tretas.org/dre/1535131/lei-156-2015-de-16-de-setembro>
- Assunção, M., Guilherme, E., Silva, P., Gonçalves, A. F., & Labiza, S. (2020). Desenvolvimento de estudantes e profissionais de Enfermagem em Portugal. *Journal of Aging & Innovation*, *9*(2), 153-166. doi:10.36957/jai.2182-696X.v9i2-12 154
- Autoridade Nacional da Proteção Civil. (2018). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Obtido em fevereiro de 2023, de <http://planos.prociv.pt/Documents/130313331474961281.pdf>
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe: da exemplificação histórica à iatroética*. Porto: Universidade do Porto.

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, W., Gélinas, C., & Dasta, J. F. (2013). Diretrizes para Prática Clínica da Gestão da Dor, Agitação e Delirium em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva. *41*, 263-306.
- Barros, F. R. (2019). *Adhesión al bundle de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica*. Obtido em janeiro de 2023, de Doi:10.15649/cuidarte.v10i2.746
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bernardo, M., Nobre, R. C., & Jatene, B. (2004). A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as Evidências em Fontes de Informação. *Revista Brasileira de Reumatologia*, *44*, pp. 403–409. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100045>
- Braga, L. M. (2017). *Práticas de enfermagem e a segurança do doente no processo de punção de vasos e na administração da terapêutica endovenosa*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Carvalho, V. (2007). Sobre conhecimento geral e específico: destaque substantivos e adjetivos para uma epistemologia da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, *11*(2), pp. 337–342. doi:10.1590/S1414-81452007000200024
- Cintra, D. C., Dias, P. M., & Cunha, M. L. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, *36*. Obtido em fevereiro de 2023, de DOI 10.18471/rbe.v36.44267
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (Primeira ed.). Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la Vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. Obtido de https://www.academia.edu/40376724/Marie_Françoise_Colliere_Promover
- Collière, M. F. (2009). *Promover la vida*. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.academia.edu/32030917/Libro_Promover_La_Vida_Rinconmedico_n_et_3_
- Constituição da República Portuguesa . (10 de abril de 1976). Decreto de Aprovação da Constituição. *Diário da República, Série I n° 86*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

- Correia, T. S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (22 de 11 de 2019). Estratégias de Gestão de Enfermagem para a Segurança de Clientes e Profissionais. doi:10.13140/RG.2.2.25255.37287
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (4 de agosto de 2022). *Diário da República, n.º 150/2022, Série I*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (março de 24 de 2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, Série I-A, n.º 60, Série I-A n.º 60, 2242-2257*. Obtido em janeiro 2023 de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (23 de abril de 2014). *Diário da República n.º 79/2014, Série II*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (27 de maio de 2015). *Diário da República n.º 102/2015, Série II*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (8 de setembro de 2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República n.º 174/2022, Série II*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., . . . Bru. (2018). Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation / Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine, 46(9)*, pp. 1532–1548. Obtido em dezembro de 2022, de Doi: 10.1097/CCM.00000000000003259
- Diário da República. (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2ª série — N.º 123. *Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8109/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosospenfessoasituacaocritica.pdf
- Direção Geral da Saúde. (17 de dezembro de 2012). Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos. *Norma n.º 015/2012*. Portugal. Obtido em 2023 de janeiro, de http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Norma_015_2012.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2023 de janeiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma 001/2017*. Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Relatório de Progresso de Monitorização. Incidentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. 4.º Trimestre. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notific>
- Direção Geral da Saúde. (novembro de 12 de 2022). *Via Verde do Trauma no Adulto*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>
- Dunand, A., Beysard, N., Maudet, L., Carron, P.-N., Dami, F., Piquilloud, L., . . . Pasquier, M. (2021). *Management of respiratory distress following prehospital implementation of noninvasive ventilation in a physician-staffed emergency medical service: a single-center retrospective study*. Obtido em novembro de 2022, de <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00900-7>
- Eira, C. S., Barros, M. I., & Albuquerque, A. M. (2018). *Organ donation: the reality of an intensive care unit in Portugal*. Obtido em fevereiro de 2023, de Doi: 10.5935/0103-507X.20180040
- Ferreira, V. H., Teixeira, V. M., Giacomini, M. A., Alves, L. R., Gleriano, J. S., & Chaves, L. D. (2019). Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. *Revista gaucha de enfermagem*, 40, p. e20180291. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Frederico, M., & Sousa, F. (2022). *Gerir com Qualidade em Saúde* (Primeira ed.). Lisboa: Lidel.
- García, C., Sanz, A. M., Misis, A., Quintana, M., Poza, A., Fernández, O., . . . Conce. (2022). *Protocol for assessing mortality reduction with the early use of noninvasive ventilation in prehospital emergency services: A multicentre, observational cohort study in Madrid, Spain*. Obtido em novembro de 2022, de doi: 10.1016/j.aucc.2021.05.010
- Gonçalves, J. V. (1988). Wanda de Aguiar Horta Biografia. *Rev. Esc. Enf.*, 22, 3-13.
- Grifols International, S.A. (2020). Pyxis® Sistemas de fornecimento automatizado. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.grifols.com/documents/260038/75436/pyxis-soluciones-dispensacion-pt-br-en/02efb00b-c5d5-495f-a559-13226e898122>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes*. Amadora.
- Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2011). *Sheehy Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (Sexta Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Imaginário, C., Correia Ribeiro, J. L., & Pires de Sousa, M. d. (2022). A História do Ensino de Enfermagem em Portugal. 25, 88–101. doi:10.23925/2178-2911.2022v25espp88-101
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situações de Exceção* (Versão 2.0, 1ª ed.). Lisboa, Lisboa: Departamento de Formação de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *O Sistema Integrado de Emergência Médica* (Versão 2.0, Primeira ed.). Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Aspectos Éticos e Legais na Reanimação. Em *Manual de Suporte Avançado de Vida* (Versão 1.0, 1ª ed.). Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *i-TEAMS: manual clinico*. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (19 de março de 2019). Módulo de Emergência Médica do INEM Certificado pela OMS. Lisboa. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-21-MÓDULO-DE-EMERGÊNCIA-MÉDICA-DO-INEM-CERTIFICADO-PELA-OMS.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Dia do SHEM 25 anos do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica*. (Webinars INEM) Obtido em janeiro de 2023,

de

https://www.youtube.com/watch?v=VNlut0xADp0&list=PLxBCiCR2B_XvAxgl-dyQvUSS_mYL295pT&index=13

International Council of Nurses. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Genebra: International Council of Nurses.

International Council of Nurses. (2022). *Core Competencies in Disaster Nursing: Competencies for Nurses Involved in Emergency Medical Teams (Level III)*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.icn.ch/node/1608>

Izaguirres, A. d., Silva, C. B., Lima, A. A., & Paz, A. A. (2022). Formação profissional da enfermagem para aprimoramento de competências: revisão integrativa. *Recien Revista Científica de Enfermagem*(12(38)), 183-193. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.1>

Kaiser, D. E., & Wegner, W. (13 de março de 2020). Gestão do cuidado por enfermeiros: quais as competências necessárias? *BlogRev@Enf*. Obtido em 03 de fevereiro de 2023, de <https://blog.revenf.org/2020/03/13/gestao-do-cuidado-por-enfermeiros-quais-as-competencias-necessarias/#.Y9y4R3ZBzGI>

Kang, J., Lee, H., & Seo, J. (2022). Relationship Between Nursing Students' Awareness of Disaster, Preparedness for Disaster, Willingness to Participate in Disaster Response, and Disaster Nursing Competency. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.198>

Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Lusociência.

Lei 27/2006 da Assembleia da República. (3 de julho de 2006). *Diário da República n.º 126/2006, Série I*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>

Lei n.º 12/ 2005 da Assembleia da República. (26 de janeiro de 2005). Obtido de Diário da República n.º 18/2005, Série I-A: <https://files.dre.pt/1s/2005/01/018a00/06060611.pdf>

Lei n.º 12/93 da Assembleia da República. (22 de abril de 1993). Diário da República, n.º 94/1993, Série I-A. *Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana - Diploma(1ª Versão)*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/1993/04/094a00/19611963.pdf>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Diário da República, Série I n.º 181. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 18 de agosto de 2022, de

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4807/lei_156_2015_segundaalteracaoestatutooe_set2015.pdf
- Lei nº 25/2012 da Assembleia da República. (16 de julho de 2012). Diário da República n.º 136/2012, Série I. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República. (2019). *Lei de Bases da Saúde*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/169-2019-124417100>
- Lima, J. P., Sátiro, L. S., Silva, M. G., & Araújo, S. M. (2022). Estratégias usadas por Profissionais de Enfermagem para Promover a Segurança do Paciente e Prevenir Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*, 11. Obtido em dezembro de 2022, de <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35730>
- Lobão, M. J., & Sousa, P. (2016). Infecções urinárias associadas a cateter vesical: contributos para a prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.24950/rspm.848>
- Lucília, N., Manuela, A., & Rogério, G. (2005). *Código deontológico de Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Macedo, A. A., & Souza, I. L. (2021). Contribuições do Enfermeiro Junto Segurança Pública: Enfermagem na Abordagem Forense. *Rev Recien. Revista Científica de Enfermagem*, 355-364. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.355-364>
- Marques, J. R. (2021). *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: uma proposta de Padrão de Documentação*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde. Obtido em janeiro de 2023, de <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2702>
- Mendes, J. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. 45(nº1), 6–15. Obtido de Repositório Universidade de Évora: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3158>
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2023 de Janeiro de 2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério Público. (10 de dezembro de 1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Humanos, Declaração Universal dos Direitos*. Lisboa, Portugal. Obtido de

- https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf
- Montagner, G., Sousa, K. K., & Santos, M. V. (2022). Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) algorithm in accident and disaster triage: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(15), pp. e314111537234-e314111537234.
- Moraes, A., & Kron-Rodrigues, M. (2021). *Competência Profissional do Enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: revisão integrativa da literatura*. Obtido em janeiro de 2023, de DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.320-329>
- Mororó, D. D., Enders, B. C., Lira, A. L., Silva, C. M., & Menezes, R. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Mota, É. C., & Oliveira, A. C. (2019). Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03452. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007503452>
- Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021b). *Cuidados de Enfermagem Forense: Uma Análise dos Conhecimentos e Práticas de Enfermeiros Portugueses*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.29352/mill029e.25287>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *2(ed espec. n°5)*, 147-152. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, A., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. (2021a). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*(Série V, N° 6). Obtido em janeiro de 2022, de DOI: 10.12707/RV20114
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). *Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura*. Obtido em março de 2023, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2007). *PHTLS Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Northern Virginia EMS Operations Board; Northern Virginia Emergency Response System; Northern Virginia Hospital Alliance; Northern Virginia EMS Council. (2021).

- Multiple Casualty Incident Manual* (Terceira ed.). Obtido em fevereiro de 2023, de <http://www.northern.vaems.org/index.php/documents/regional-plan/290-multiple-casualty-incident-manual-02-2021/file>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2ª Edição ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2019). *Bibliografia dos estudos de Histórias da Enfermagem em Portugal: anotações e análise* (1ª ed.). Setúbal: Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Nunes, R. M., Nunes, M. R., Assunção, I. A., & Lages, L. d. (2019). Sistematização da Assistência de Enfermagem e os Desafios para sua Implantação na Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão de Literatura. *Revista Uningá*, 56, 80-93. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2179>
- Núñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf
- Oliveira, C., Garnacho, M. N., Dourado, M. R., Madureira, L. M., & Cruz, P. S. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.15649/cuidarte>
- Oliveira, E. C., Oliveira, C. R., Silva, P. F., & Nunes, C. S. (2019). Padronização de fármacos em carros de emergência nas unidades de terapia intensiva e emergência. *Referência*. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV19021>
- Oliveira, L. A. (2018). *Escrita científica da folha em branco ao texto final*. Lidel.
- ONU News. (2019). *ONU destaca que metade da população mundial não tem acesso a serviços de saúde*. Obtido em 4 de 2 de 2023, de <https://news.un.org/pt/story/2019/04/1667291>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. (O. d. Enfermeiros, Ed.)

- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento 101/2015, de 10 de Março*. Obtido em 3 de 2 de 2023, de <https://dre.tretas.org/dre/524650/regulamento-101-2015-de-10-de-marco>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº 15/2018. *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*, 2. Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº 96/2018 do Conselho Jurisdicional. *Responsabilidade dos Enfermeiros no Ambito dos técnicos de Emergência Pré-Hospitalar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (14 de junho de 2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 226/2018. *Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8153/regulamento-nº-223_2018-regulamento-da-competência-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (28 de junho de 2018). Regulamento nº 392/2018 . *Diário da República nº 123 Série II*, 17993-17999. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/2s/2018/06/123000000/1799317999.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento 140/2019, de 6 de Fevereiro*. Obtido em 3 de 2 de 2023, de <https://dre.tretas.org/dre/3608205/regulamento-140-2019-de-6-de-fevereiro>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento nº 743/ 2019. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido

- de Diário da República nº 184/2019, Série II:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Orientação Direção Geral da Saúde nº 008. (28 de março de 2011). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf
- Padilha, M. I., & Mancia, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Obtido em 2023 de janeiro, de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., . . . Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Paulino, M. C., Pereira, I. J., Costa, V., Neves, A., Santos, A., Teixeira, C. M., . . . Granja, C. (2022). Abordagem da sedação, da analgesia e do delirium em Portugal: inquérito nacional e estudo de prevalência. *34(2)*, 227–236. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220020-pt>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*(Série IV- Nº11). Obtido em janeiro de 2023, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, E. R., Rocha, R. G., Monteiro, N. d., Oliveira, A. B., & Paes, G. O. (2020). *Risco de infecção associado ao cuidado no atendimento pré-hospitalar: impactos para a segurança do paciente*. Obtido em janeiro de 2023, de DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5846>
- Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. 209. Coimbra: Formasau.
- Pereira, J., Sequeira, R., Marques, M. d., Oliveira, N., & Realista, S. (2016). *Ventilação não-invasiva: opção terapêutica nos cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar*. Obtido em dezembro de 2022, de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/20492/1/art%202016-VNI.pdf>
- Pestana, C. (2022). Webinar: A Supervisão Clínica como estratégia para o desenvolvimento profissional. Madeira. Obtido em janeiro de 2023, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/madeira/not%C3%ADcias/conteudos/webinar-a-supervis%C3%A3o-cl%C3%ADnica-como-estrat%C3%A9gia-para-o-desenvolvimento-profissional/>

- Phipps, J., Sands, K., & Marek. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica* (sexta edição ed.). Loures: Lusociência.
- Pikoulis, E., & Doucet, J. (2021). *Emergency Medicine, Trauma and Disaster Management*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34116-9>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Portaria nº 141/2018 da Saúde. (18 de maio de 2018). *Diário da República nº 96/ 2018, Série I*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/2018/05/09600/0221102212.pdf>
- Portaria nº 158/2012. (22 de maio de 2022). *Diário da república nº 99/2012, Série I. Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.* Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/158-2012-551999>
- Prado, J. P., Vitor, E. M., Cândido, E. M., Dázio, E. M., & Resk, Z. M. (2022). Humanização em enfermagem na terapia intensiva à luz da teoria de Wanda Aguiar Horta: um estudo reflexivo. *Enfermagem Brasil*, 21(5), pp. 680–689.
- Queirós, P. J. (2022). Evidencias científicas y conocimiento disciplinar de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 62, 279-293. Obtido em janeiro de 2023, de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.19>
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). *A comunicação não-verbal na área da saúde*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>
- Ramos, R. M., Coelho, S. P., Ferreira, M. C., & Oliveira, J. P. (2018). Vivências da Família do Doente Crítico: um Estudo Qualitativo. Obtido em janeiro de 2023, de <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. (3 de janeiro de 2001). *Diário da República nº2/2007, Série I-A*. Obtido em janeiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Reynolds, L., & O'Donnell, M. (2017). *A profissionalização dos paramédicos: o desenvolvimento de cuidados pré-hospitalar*. Obtido em janeiro de 2023, de Nurse Key: <https://nursekey.com/the-professionalisation-of-paramedics-the-development-of-pre-hospital-care/>
- Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy*. (Wiley-blackwell) Obtido em janeiro de 2023, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781444315516.fmatter>

- Rivera, D. I., Sandoval, J. P., Zambrano, L. Y., Montes, M. A., & Romero, L. A. (2022). Métodos empleados para cuantificar la carga de trabajo en Enfermería en las unidades de cuidados intensivos: Una revisión de la literatura. *Revista Cuidarte*, 13(3).
- Rivera, D. I., Zambrano, L. Y., Montes, M. A., & Romero, L. A. (2022). Métodos empleados para cuantificar la carga de trabajo en Enfermería en las unidades de cuidados intensivos: Una revisión de la literatura. *Revista Cuidarte*, 13(3). doi:10.15649/cuidarte.2301
- Rocheta, J. F. (2018). *Indicadores de Qualidade em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado em Gestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública-Universidade Nova de Lisboa. Obtido em março de 2023, de <http://hdl.handle.net/10362/68138>
- Sá, F. L., & Henriques, H. M. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://discovery.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/jvqwpqabfz>
- Sabater, A. M., Ortega, C. S., Navalón, M. M., Sierra, E. C., & Tarín, M. L. (2022). *Spanish Version of the Scale “Eventos Adversos Asociados às Práticas de Enfermagem” (EAAPE): Validation in Nursing Students*. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://doi.org/10.3390/nursrep12010012>
- Santos, M. L., Correia, J. A., & Silva, M. V. (2022). Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. 26. Obtido em 2022 de outubro, de <https://doi.org/10.1590/interface.21>
- Serrano, M. T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A., Sá, G. G., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galinho-Neto, N. M. (2022). Brasil. Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. *RLAE: Revista Latino-Americana de Enfermagem*(30:e3540). Obtido em fevereiro de 2022, de DOI: 10.1590/1518-8345.5849.3593
- Silva-Xavier, E. A. (2023). *Comunicação de Notícias Difíceis: desafios e oportunidades para as práticas em saúde*. São Paulo: Dialética.
- Solheim, J. (2016). *Emergency Nursing: The Profession, The Pathway, The Practice*. USA.

- Souza, A. d., Cortes, H. M., & Pinho, P. H. (2018). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. *Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: Uma revisão narrativa*, N°20, 72-80. Obtido de <https://doi.org/10.19131/rpesm.0229>
- Sudré, G. A., da Silva Vergílio, Henrique Andrade, Jesus, L., & Sudré, M. R. (2020). Estudo da Implantação das Tecnologias de Informação na área da Saúde em Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *Journal of Health Informatics*, 12(1).
- Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*. Obtido em fevereiro de 2023, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Vargas, M. A., Luz, K. R., Vieira, D. F., & Cardozo, D. O. (2022). *Unidade de terapia intensiva: aspectos históricos e contextuais*. Obtido em janeiro de 2023, de https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/5205/1/livro_PdE-historia_e_teorias_em_cuidados_intensivos-pdf-online.pdf#page=33
- Villela, N. R., & Júnior, P. d. (2003). *Dexmedetomidina in Anesthesiology*. Obtido em dezembro de 2022, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942003000100013>
- Werley, H. H., Devine, E. C., Zorn, C. R., Ryan, P., & Westra, B. L. (1991). The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American journal of public health*, 81(4), pp. 421–426.
- WHO. (12 de 12 de 2022). *Cobertura universal de saúde (CUS)*. Obtido em 4 de 2 de 2023, de [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/universal-health-coverage-(uhc))

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Incidentes de Segurança em Cuidados Intensivos



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

INCIDENTES DE SEGURANÇA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Estudante: Carla Moreira

Orientador: Vasco Neves

Guimarães, outubro 2022

“Se errar é humano,
não aprender com os incidentes de segurança
é insistir no erro”
(Fernando Esbérard, 2021)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

Carla Moreira

2

Sumário

Introdução

- I. Fundamentação Teórica
- II. Categorização dos Incidentes de Segurança do Doente
- III. Categorização do Evento Adverso
- IV. Sistemas de Notificação
- V. Realidade do Serviço de Medicina Intensiva
- VI. Estratégias de Melhoria para a unidade de cuidados intensivos
- VII. Evidência Científica

Conclusão

Referências Bibliográficas



Introdução

- ❖ Contexto da atividade formativa;
- ❖ Necessidades identificadas tendo em consideração competências do EEMC:
 - identificação correta de incidentes e eventos adversos;
 - incentivar a notificação de incidentes e eventos adversos;
 - promover a cultura de segurança do doente e a melhoria na qualidade de cuidados;
- ❖ Os Eventos Adversos estão relacionados com cirurgias e procedimentos invasivos decorrentes de erros no processo assistencial.
- ❖ Ambientes complexos e a vulnerabilidade do doente crítico potenciam desmesuradamente ocorrência de incidentes com dano para o doente (OMS, 2009 citado por Pinho, 2020).

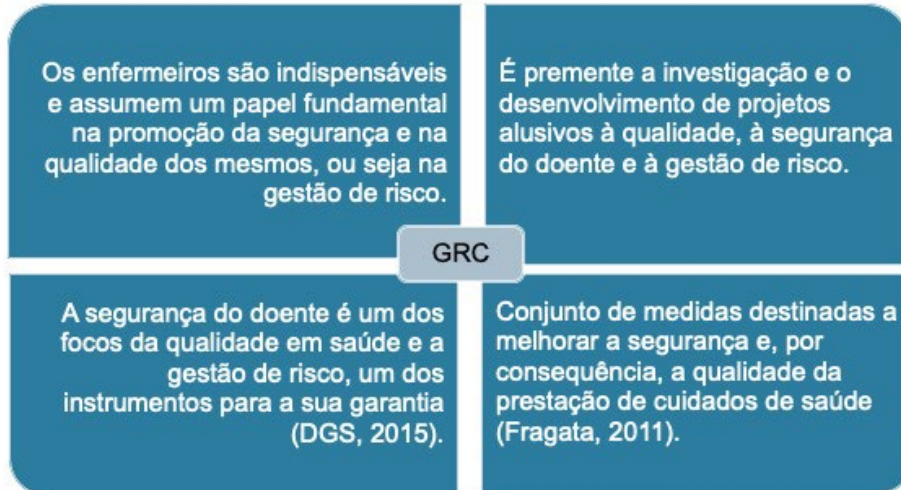
Objetivos da Sessão:

- Reconhecer a importância da Notificação de Incidentes;
- Contribuir para a melhoria da Gestão do Risco Clínico na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Apoiar o aumento da Segurança da PSC em Cuidados Intensivos.



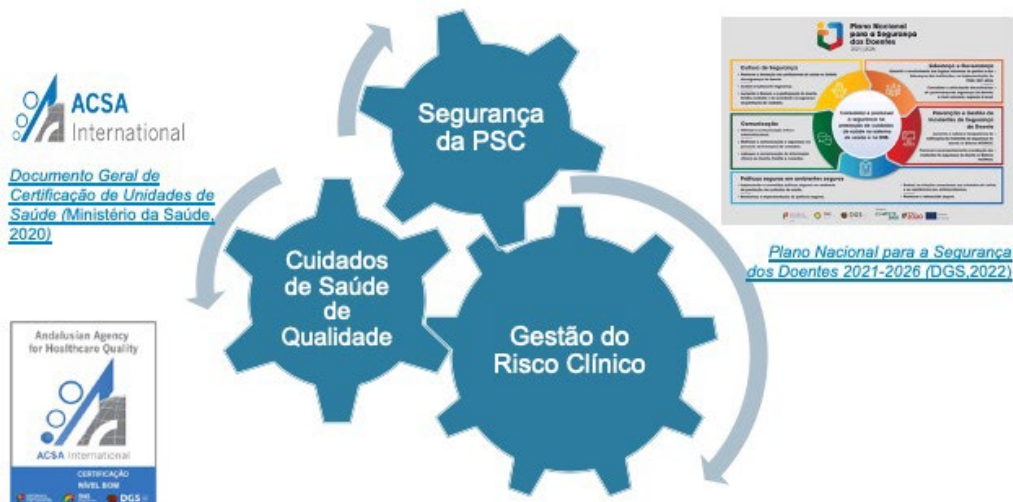
I. Fundamentação Teórica

Gestão do Risco Clínico

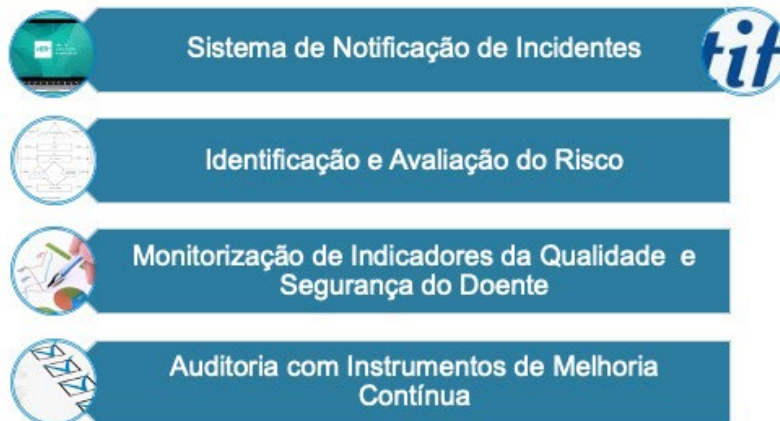


Gestão do Risco Clínico

Focos



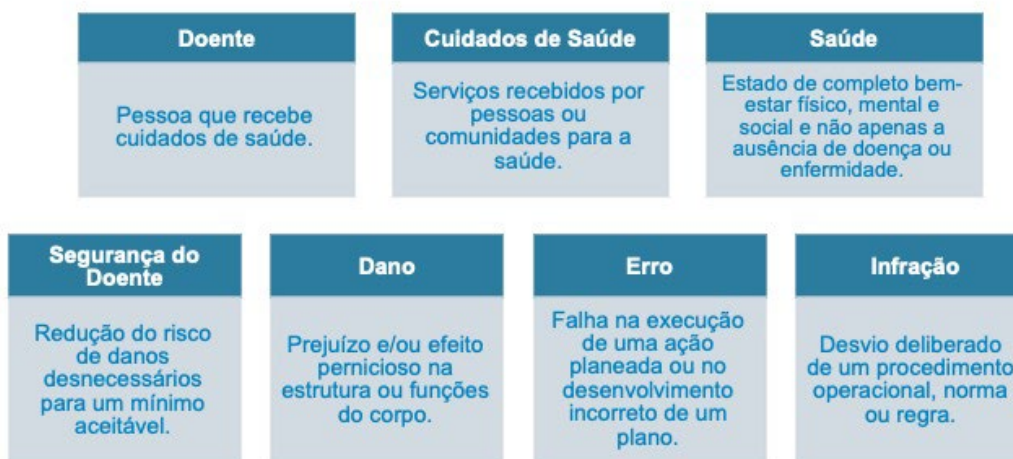
Gestão do Risco Clínico Quais são os pilares?



(Card et al., 2012; Ramos & Trindade, 2011; Sheffer et al., 2018 citados por Carvalho, 2020)



Definição de Conceitos



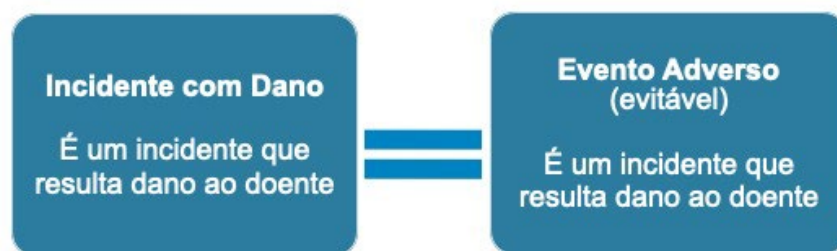
(Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011)



II. Categorização de Incidentes de Segurança do Doente



III. Categorização do Evento Adverso



(Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011)



III. Categorização do Evento Adverso



(Fernando Esbérard Perícias Médicas, 2021)

III. Categorização do Evento Adverso

Em cuidados intensivos, os eventos adversos podem resultar ou não de Erros. As ações/intervenções devem ser realizadas com ponderação dos seus prós e contras.

Circuito de Medicação	• Prescrição, preparação, administração, dosagem ou via.
Dispositivos Médicos	• Cateteres • Drenos • Máscaras de O2
Equipamentos	• Bombas • Ventiladores • Alarmes
Procedimentos Críticos	• Procedimentos na via aérea

(Pinho, 2020)

IV. Sistemas de Notificação

Os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos.....
Notificações?
Incidentes?
Relacionados com

- Doente?
- Trabalhador?
- Aspetos Ambientais?

V. Realidade da Unidade de Cuidados Intensivos

Nº DE INCIDENTES POR MÊS														
2022	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	19 outubro	Out	Nov	Dez	Total
N.º de Incidentes	30	15	14	13	14	10	14	16	15	8				0
N.º Acumulados	30	45	59	72	86	96	110	126	141	149				
2021	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	19 outubro	Out	Nov	Dez	Total
N.º de Incidentes	15	24	10	10	12	10	7	9	18	2	3	5	15	138
N.º Acumulados	15	39	49	59	71	81	88	97	115	117	118	123	138	

TIPOS DE INCIDENTES POR MÊS														
2022	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	19 outubro	Out	Nov	Dez	Total
1 - Gestão do Percurso do Doe...	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0				1
2 - Procedimento Clínico/Proce...	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0				5
3 - Documentação	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1				3
5 - Medicação/Fluidos IV	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1				5
9 - Dispositivo/Equipamento M...	0	2	0	2	0	0	1	4	2	1				12
13 - UPP	14	6	7	4	6	2	3	3	0	3				48
14 - Recursos e Gestão Organiz...	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0				3
15 - Contenção Física	13	5	5	5	4	7	9	5	11	3				67
10 - Resíduos	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0				3
16 - Infra-estrutura/Edifício/Ins...	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0				2
N.º Acumulados	30	45	59	72	86	96	110	126	141	149				149

Fonte: Notificações Her+

VI. Sistemas de Notificação

O que se pretende?



(Fernando Esbérard Perícias Médicas, 2021)

Notificação:

- ✓ Anónima,
 - ✓ Confidencial,
 - ✓ Não punitiva,
 - ✓ Educativa
 - ✓ Sem culpabilização
- (DGS, 2011)
- ✓ Mandatória em eventos mais graves
- (Fragata, 2011)



VII. Estratégias de Melhoria para a Unidade de Cuidados Intensivos

- ❖ Criação de um **Formulário on-line com taxonomia baseada na Estrutura Conceitual para a Classificação Internacional de Segurança do Doente que operacionaliza a notificação de incidentes/eventos adversos da Unidade de Cuidados Intensivos da instituição**. A notificação de eventos adversos é estratégia de promoção do cuidado e da Segurança do Doente nos Cuidados Intensivos (Santos et al.,2022).
- ❖ Aquando da identificação de um incidente, o mesmo deverá ser notificado com base na taxonomia usada no SMI, e após análise pela gestão do risco **sugere-se que se realize ações de enriquecimento à equipa e estratégia futura para o evitar**.
- ❖ **Estratégias dos Gestores de Enfermagem:** Redução de sobrecarga de trabalho dos profissionais, Notificações completas em plataformas eletrónicas, Formação contínua e Comunicação eficaz.



VIII. Evidência Científica

<p>Research, Society and Development, v. 11, n. 13, e507111335730, 2022 (CC BY 4.0) ISSN 2525-3409 DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35730</p> <p>Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para promover a segurança do paciente e prevenir eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Strategies used by nursing professionals to promote patient safety and prevent adverse events in Intensive Care Units Estrategias utilizadas pelos profesionales de enfermería para promover a seguridad del paciente y prevenir eventos adversos en Unidades de Terapia Intensiva</p> <p>Resúmenes: 25/08/2022 Revisión: 05/10/2022 Aceptación: 06/10/2022 Publicación: 14/10/2022</p>	 <p>Artigos</p> <p>Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado</p> <p>Communicating adverse events and interprofessional collaboration in an intensive care unit: between the ideal and (non)practice (summary) Comunicación de eventos adversos y trabajo interprofesional en la Unidad de Cuidados Intensivos: entre lo ideal y lo (no) realizado (resumen)</p>
<p>artigo Sousa, T.T., Oliveira, D.F., Santos, A.C.G., Conceição, L.N., Estrela, F.M., Marinho, C.S., David, E.A.R., Medidas de prevenção relacionadas aos eventos adversos na unidade de terapia intensiva</p> <p>DOI: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i05p5940-5955</p> <p>Medidas de prevenção relacionadas aos eventos adversos na unidade de terapia intensiva</p> <p>Prevention measures related to adverse events in the intensive care unit Medidas de prevención relacionadas con eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos</p>	



Conclusão

As UCI são os locais onde os riscos e danos são mais graves pelas suas características intrínsecas. São prestados cuidados especializados e complexos à PSC, executados procedimentos invasivos aliados a protocolos terapêuticos específicos e os equipamentos tecnológicos complexos de monitorização e diagnóstico exigem formação e treino no seu manuseio (Lima et al.,2022).

Estudos indicam que 40-45% dos eventos adversos, que atingem o doente são considerados evitáveis, importa assim, manter a comunicação eficaz e o uso de estratégias, como a notificação para futuramente os evitar (Santos et al.,2022).



Referências Bibliográficas

- Direção Geral da Saúde (2019). *Relatório de Progresso de Monitorização. Incidentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. 4.º Trimestre.* Disponível em https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-2019_4-pdf.aspx.
- Fernando Esbérard Perícias Médicas. (2021). *Sistemas de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Paciente Relatório Técnico e Orientações.* Leme, São Paulo: Editora Mizuno. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática.* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da Saúde-DGS (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final.* Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf.
- Ministério Da Saúde-DGS (2020). *Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde. Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde.* Lisboa. Portugal.
- Ministério da Saúde-DGS(2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.* Lisboa Portugal.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos.* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos MLR, Correa Júnior AJS, Silva MVS (2022). Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. *Interface (Botucatu).* 2022; 26: e210754. <https://doi.org/10.1590/interface.210754>
- Research, Society and Development,(2022). Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para promover a segurança do paciente e prevenir eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva. v. 11, n. 13. ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35730>



Obrigada !

FIM

Fonte:
<https://pacienteseguro.wikisite.com/pacienteseguroixq/evento-adverso>



APÊNDICE 2 - Guia de Supervisão Clínica de Estudantes em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de cuidados
Intensivos



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Guia de Supervisão Clínica de
Estudantes em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos

Estudante: Carla Moreira

Sob orientação de: Vasco Neves

Porto, outubro de 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPSC	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ICS	Instituto de Ciência da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
SC	Supervisão Clínica
SCE	Supervisão Clínica em Enfermagem
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	93
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	95
1.1 EVOLUÇÃO E CONCEITOS	97
1.1.1 Supervisão clínica	97
1.1.2 Preceptorship	98
1.1.3 Mentorship	99
1.1.4 Papel do Enfermeiro Supervisor	99
1.2 ETAPAS.....	99
1.3 ESTILOS.....	100
1.4 MODELOS.....	101
1.5 ESTRATÉGIAS	102
1.6 MODELO DE SUPERVISÃO PARA O ESTUDANTE ESPECIALISTA EM EMC NA ÁREA DE EPSC NA UCIP	104
2 ACOLHIMENTO/INTEGRAÇÃO DO ESTUDANTE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA UCIP	107
2.1 APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	109
2.2 RECURSOS HUMANOS	110
2.3 ESTRUTURA ORGÂNICA DA UCIP.....	110
2.3.1 Missão	110
2.3.2 Visão	111
2.3.3 Valores	111
2.4 ESTRUTURA ORGANICA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM.....	112
2.5 REGRAS E NORMAS DE CONDUTA	113
2.5.1 Dever de Sigilo/ código Deontológico	113
2.5.2 Confidencialidade e Proteção de Dados.....	113

2.5.3 Identificação e Fardamento	113
2.5.4 Horário de Trabalho	113
2.6 VISITAS	113
2.6.1 Horário de Visitas.....	114
2.7 SERVIÇOS DA UNIDADE HOSPITALAR.....	114
2.7.1 Refeitório e Bar	114
2.7.2 Parque de Estacionamento.....	114
2.8 NORMAS E PROCEDIMENTOS.....	114
2.9 CRONOGRAMA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA O ESTUDANTE DE EMC NA ÁREA EPSC	116
CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Adaptado da Norma 040_DOC Política da Qualidade da Equipa de Enfermagem	110
Figura 2 – Estrutura Orgânica da Equipa de Enfermagem (adaptação do autor).....	112

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo de Supervisão Clínica de Enfermagem MC na aérea da EPSC na UCIP	100
Tabela 2 - Horário de Trabalho	106
Tabela 3 - Horário de Visitas	107
Tabela 4 - Normas da UCIP	115
Tabela 5 - Cronograma de Supervisão Clínica em Enfermagem para o Estudante de EMC na área EPSC.....	118

INTRODUÇÃO

Este Guia é elaborado durante o Estágio Final e Relatório do 3º semestre do 15º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciência da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP). Situa-se no contexto do estágio intra-hospitalar, na UCIP de um hospital da região norte de Portugal. Pretende dar cumprimento à atividade prevista para os objetivos específicos dos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Regulamento nº 140 da OE de 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) neste estágio, atender à necessidade do serviço face ao crescente número de estudantes nesta área, contribuir na melhoria da ação da supervisão clínica (SC) pelos futuros enfermeiros especialistas do mesmo e facilitar o acolhimento de estudantes.

A SC é alvo de crescente interesse tanto dos profissionais como das instituições de saúde. Apresenta-se como metodologia de grande importância na reestruturação dos diferentes serviços e como um dos objetivos dos gestores, quer ao nível do ensino clínico, quer ao nível dos cuidados prestados pelos enfermeiros, adotando padrões de qualidade nos cuidados, na economia e na satisfação dos utentes. A qualidade dos cuidados, vista pela ótica dos parâmetros da qualidade institucional, exige do supervisor clínico uma observação, avaliação e discussão dos mesmos (Abreu, 2003).

Por outro lado, na supervisão clínica em enfermagem (SCE), os modelos de formação dos supervisados de enfermagem encontram-se em mudança para dar resposta às mais recentes exigências, dos próprios supervisados, das instituições de ensino e do maior rigor na prestação de cuidados, cujo objetivo é o desenvolvimento de competências dos mesmos e assim promover uma atitude de confiança e de responsabilidade. Deste modo, a SCE é uma área bem definida que permite a qualidade no ensino e a mudança de práticas perante a análise crítico-reflexiva (Alarcão & Tavares, 2007).

Quanto à estrutura este manual estará dividido em três grandes partes, na primeira abordar-se-á a fundamentação teórica mais relevante sobre o tema da supervisão clínica de estudantes de enfermagem, explorando os conceitos, as etapas, os estilos, os modelos e as

estratégias existentes para a SCE, na segunda parte desenvolver-se-á um plano de supervisão para estudantes na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (EMC) na área da enfermagem à pessoa em situação crítica (EPSC) e a terceira parte será referente ao acolhimento e integração na UCIP.

A metodologia usada foi descritiva fundamentada com recurso à pesquisa de evidência científica em bases de dados credíveis.

Assim, este Guia tem como objetivo principal orientar a supervisão clínica de estudantes na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (EMC) na área da enfermagem à pessoa em situação crítica (EPSC) na Unidade de Cuidados Intensivos da unidade hospitalar.

Palavras-Chave: Supervisão Clínica; Enfermagem; Estudantes; Pessoa em Situação Crítica, Enfermeiro; Especialista.

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

A SC caracteriza-se como um processo dinâmico, reflexivo e crítico entre dois ou mais profissionais, que tem como objetivo o desenvolvimento de competências de qualidade, num ambiente de apoio e segurança, na prestação de cuidados ao utente (Bishop, 1998).

A SC pretende, em primeiro lugar, assegurar a satisfação das necessidades dos utentes e realçar a eficácia das intervenções terapêuticas, sendo essencial que o supervisionado e o supervisor possam trabalhar de forma construtiva. A SC é uma mais-valia para desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional, isto permite um desenvolvimento mais profundo da compreensão do que é ser enfermeiro e da sua responsabilidade. Todo o processo de supervisão é vantajoso para as instituições de saúde e funciona como espaços de formação reflexivos que se traduzem no reconhecimento que os profissionais detêm face à capacidade de refletirem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão & Tavares, 2007).

Com base em Holloway (1995), entende-se a SCE como um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que exerce prática clínica e um supervisor clínico de enfermagem. Neste relacionamento, o supervisor transmite o seu conhecimento, experiência e valores e, simultaneamente, dá apoio ao profissional de enfermagem, sustentando as suas necessidades emocionais. Este relacionamento, permitirá aos profissionais estabelecer, manter, otimizar padrões e promover a inovação na prática clínica, através da reflexão sobre o trabalho da supervisão. Assim, a função do supervisor clínico em enfermagem consiste em melhorar a performance no trabalho, ajudando assim a desenvolver competências que permitam cuidar com mais qualidade. Aborda também a responsabilidade profissional, a segurança dos utentes e dos próprios profissionais e referiu que o processo de SC contribuiu para a segurança dos cuidados e estimula a reflexão sobre os mesmos, ou seja, incentiva a autoavaliação e desenvolvimento das capacidades de reflexão.

A Ordem dos Enfermeiros, segundo o Regulamento nº 366/2018 de 14 de junho, define Supervisão Clínica como *“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da*

pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” nos termos da alínea g) do artigo 2º. E certifica competência acrescida em Supervisão Clínica em dois níveis de complexidade. Interessa aqui o nível de Competência Acrescida Avançada em Supervisão Clínica, pois reconhece como perfil “(...) o Enfermeiro que integra competência acrescida diferenciada em Supervisão Clínica e as competências do Enfermeiro Especialista, previamente adquiridas, e enforma um conjunto de competências distintas, que definem e se constituem como referencial do enquadramento regulador para o seu exercício(...)” (p.16657). Apenas o enfermeiro com título de enfermeiro especialista pode requerer a certificação da competência acima descrita, desde que possua os requisitos definidos pelo OE. A supervisão clínica de estudantes de enfermagem é exercida pelo enfermeiro supervisor atendendo à sua área de especialização. Os cuidados de excelência são assegurados pela passagem de testemunho de enfermeiro especialista supervisor para estudante. As atitudes e as capacidades dos supervisores tornam-se o espelho e o reflexo do futuro profissional, ou seja, o enfermeiro supervisor torna-se modelo para o estudante (Fonseca et al., 2016).

O artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro alterado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro definiu o título de enfermeiro especialista com criação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). O enfermeiro especialista, tem o título profissional como tal, através de curso de especialização ou curso superior especializado em enfermagem, sendo-lhe reconhecida “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 2).

Deste modo, a aprendizagem e o desenvolvimento das competências especializadas do estudante para o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica necessita de planeamento e orientação pelo enfermeiro supervisor que o ajude a corresponder às exigências do Regulamento nº 140 da OE de 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e do Regulamento nº 429 da OE de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O supervisor deverá ser detentor do título de especialista, deverá adotar metodologia de supervisão dentro do contexto em que se encontra e deverá facilitar a integração e a experiência do estudante, dando também a conhecer o campo de ensino clínico, os regulamentos, normas orientadoras do mesmo e profissionais de referência. Assim, importa referir os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista e às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em Situação Crítica.

Orientar e supervisionar a prestação de cuidados especializados em enfermagem deverá representar ganhos para a qualidade em saúde, sendo imperioso atender aos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidos em 2011 pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica através de sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Diário da República, 2015). A atuação dos enfermeiros especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica é congruente com os padrões de qualidade. No entanto, é necessário repensar nas práticas de forma que todas as dimensões possam ser executadas coerentemente. As dimensões responsabilidade e rigor, satisfação do cliente e prevenção de complicações são mais realizadas e as menos são a promoção da saúde, a readaptação funcional e bem-estar e o autocuidado (Ribeiro et al., 2020).

1.1 EVOLUÇÃO E CONCEITOS

1.1.1 Supervisão clínica

Segundo Sousa & Frederico (2022), a supervisão clínica nas unidades de saúde é vista como forma de desenvolvimento de competências profissionais, de promoção da segurança e da qualidade para a melhoria da saúde das pessoas. Os mesmos autores citando Gottlieb (2016) referem que Florence Nightingale se interessou com a sistematização da observação das suas enfermeiras ao recorrer a instrumentos e conhecimentos científicos da época permitindo uma maior racionalização e supervisão do trabalho realizado na enfermagem. E citando também Spagnol (2005) criou-se a primeira escola de ensino da enfermagem em que as *lady-nurses* eram preparadas para atividades administrativas e cargos de chefia e de supervisão. Foi em julho de 1860 que abriu a 1ª escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas em Londres, criada com fundos que Nightingale recebeu após regressar a Londres da Guerra da Crimeia. Considerada fundadora da enfermagem moderna recebeu diversos pedidos para estabelecer novas escolas em todo o mundo (Alligood, 2014).

Em 1952, Hildegard Peplau foi a teórica que tornou a supervisão popular na enfermagem, pelo pressuposto que o tipo de pessoa que o enfermeiro se tornasse, faria diferença naquilo que o doente iria receber na prestação de cuidados. Preocupou-se com as condições das enfermarias, a falta qualidade dos cuidados prestados e a ausência de uma prática baseada na evidência, concluindo sobre a necessidade do desenvolvimento da personalidade, da qualificação e diferenciação de quem presta os cuidados na profissão ou no ensino. Mennella & Pravikoff (2018) referem que esta teórica desenvolveu o Modelo de Relações Interpessoais Peplau (PIRM), sendo uma estrutura para a enfermagem psicodinâmica, descrita como a capacidade de o enfermeiro entender seus próprios comportamentos, de forma a ajudar os outros a identificar dificuldades e problemas.

Em Portugal a supervisão clínica em enfermagem é uma área recente, com evolução desde a década de 90 do século XX e embora esteja direcionada para orientação de estudantes em ensinamentos clínicos, estágios e de profissionais, pode ser *gold standard* para a melhoria da qualidade dos cuidados, proteção e segurança dos doentes e satisfação profissional (Abreu, 2007).

Para Mendes (1997) e durante muitos anos o modelo biomédico orientado para o diagnóstico e tratamento da doença influenciou a enfermagem. Todavia, com base em teorias fundamentadas, conseguiu evoluir como disciplina e ciência humana autónoma em prol da qualidade dos cuidados de saúde, emergindo assim uma nova conceção de enfermagem, objetivando-se o cuidar. E perante a atual exigência de cuidados de saúde prestados com excelência no que respeita à qualidade, é fundamental o investimento no processo de ensino aprendizagem e uma parceria com os enfermeiros dos serviços, detentores de um papel ativo na formação dos estudantes, sendo reconhecidos pelos conhecimentos, competências e de um saber próprio (Carvalho, 2003).

1.1.2 Preceptorship

De acordo com Sousa & Frederico (2022), preceptor é como o facilitador da aprendizagem centrada na aquisição de competências clínicas e de socialização. Orienta o processo de supervisão a estudantes ou recém-formados para as suas funções durante um determinado período.

1.1.3 *Mentorship*

Sousa & Frederico (2022) definem mentorship como o orientador e o apoiante dos profissionais no trabalho clínico, nas relações profissionais e nos planos da carreira.

A relação entre o mentorship e estudante no processo supervisivo em contexto clínico passa por compreender o aluno nas diferentes fases de desenvolvimento, nas atividades que tem de realizar e no clima afetivo. Prevê-se uma relação estreita e próxima de forma a transmitir segurança e dar resposta ao pedido de auxílio do estudante, num ambiente de confiança, exigência e respeito adequado à aprendizagem estimulante e não intimidante (Freitas & Cardoso, 2019).

1.1.4 *Papel do Enfermeiro Supervisor*

Segundo Carvalhal (2003), o papel do enfermeiro supervisor passa por acompanhar e encaminhar um estudante tendo em conta os objetivos que este traçou, com motivação, incentivo, diálogo e esclarecimento. O supervisor deve atuar como modelo e pessoa de referência para o estudante, com impacto nos seus resultados, de forma a ser reconhecido e valorizado o papel de supervisor. É necessário que possua capacidades de análise e reflexão, competência na prática clínica, conhecimentos pedagógicos que permitam compreender e avaliar a evolução do estudante do desenvolvimento dos seus objetivos e que estabeleça um ambiente de confiança, seguro e facilitador da aprendizagem.

Num estudo realizado por Silva (2018) sobre o contributo dos enfermeiros supervisores para o ensino-aprendizagem conclui que o papel do enfermeiro supervisor passa por orientar, acompanhar, tutelar, integrar, transmitir conhecimentos, formar profissionais, proporcionar condições para a prática e promover a prática de técnicas.

1.2 ETAPAS

As etapas de supervisão poderão estar organizadas por fases e com base em Alarcão & Tavares (2007) existe um ciclo de supervisão organizado por quatro fases. A *Fase 1 – Encontro pré-observação*: antecede a atividade formativa e orienta o supervisionado, na resolução de problemas, na avaliação e análise, e permite dar resposta a problemas e/ou dúvidas que possam surgir, também possibilita conhecer em que aspetos o supervisor irá aplicar a sua observação no decorrer de todo o processo formativo. É nesta fase que se

encontra a necessidade de definir o conceito de supervisão, os diferentes papéis e objetivos de todos os envolvidos no processo. A *Fase 2 – Observação*: o supervisor procura obter informações sobre o processo de formação e sobre o desempenho do supervisionado que serão analisadas e ajudam na tomada de decisão. A relação indivíduo – ambiente, os indicadores de estrutura, o processo e o resultado podem também ser alvo de atenção. Nesta fase pode-se encontrar a observação e a interpretação do que foi observado e desta forma decidir conscientemente que estratégias utilizar para executar esta fase de forma eficaz. A *Fase 3 – Análise dos dados*: existe a organização e análise das informações obtidas e registadas, conforme a natureza, tipo e objetivo da observação, com vista à tomada de decisão. Trata-se de uma fase importante e morosa onde, em função dos dados recolhidos e da estratégia utilizada, pode existir necessidade de retroceder para recolher mais informação. A *Fase 4 – Encontro pós-observação*: O supervisionado é chamado a refletir sobre a sua prática e desempenho, dando oportunidade de se modificar, se pretender, qualquer aspeto menos positivo no seu desempenho até ao momento, desenvolve um papel de interveniente e proativo. Aqui o supervisor intervém no sentido de orientar todo o processo de reflexão através da análise e interpretação dos dados, assim como no esclarecimento de dúvidas e das estratégias de supervisão que melhor se adequam à sua função de agente de desenvolvimento e aprendizagem. Impera a comunicação isenta de ambiguidade.

Abreu (2003) refere que a supervisão clínica pretende dar resposta a um conjunto de elementos relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, sendo que o processo de SC decorre segundo um ciclo de seis etapas: Objetivo, Identificação do problema, Contextualização, Planeamento, Implementação e Avaliação.

1.3 ESTILOS

O estilo de supervisão mais adequado será escolhido pelo supervisor, em função do supervisionado e da situação. A escolha estará condicionada por diversos fatores que caracterizam os intervenientes. As estratégias devem também ser selecionadas e usadas tendo em conta essas características.

Segundo Glickman (1990) existem três estilos de supervisão:

- Não diretivo – manifesta desejo e capacidade de atender o supervisionado, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas, encoraja-o e ajuda-o a clarificar as suas ideias;
- De colaboração – verbaliza muito o que o supervisionado transmite, faz sínteses e sugestões dos problemas apresentados, ajudando na sua resolução;
- Diretivo – concentra-se em dar orientações, estabelece critérios e condiciona as atitudes do supervisionado.

Segundo Simões & Garrido (2007), existe o estilo não diretivo, colaborativo e diretivo, nos quais agrupa um conjunto de estratégias para a supervisão.

1.4 MODELOS

Os diferentes modelos de supervisão constroem cenários adaptáveis aos mais diferentes contextos. Cada um descreve os sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de cada um e de todos os intervenientes no processo, no entanto, todos os caminhos delineados, pelos diferentes modelos, indicam o mesmo fim, a qualidade. Os modelos de supervisão, com base em Gonçalves (2013) e Pinto (2013) citando vários autores, podem agrupar-se em:

Modelo Centrado nos Papéis Sociais – defendido por Boyd (1978), Berdard (1979), Hess (1980), Littell, Lee-Borden & Lorenz (1979) e Bartlett (1983). O supervisor funciona como um modelo e estabelece certas expectativas, convicções e atitudes no supervisionado. O supervisor será responsável por proporcionar experiências que sustentem comportamentos e certezas no supervisionado. Holloway (1995) aborda que embora este papel de modelo esteja centrado no supervisor enquanto remetente dos papéis, também se espera que o supervisionado desempenhe alguns papéis, que lhe serão incutidos pelo supervisor.

Modelo Centrado no Desenvolvimento: defendido por Faugier (1992), Friedman & Marr (1995), Benner (2001). Assenta na experiência e características pessoais e identificação das áreas de crescimento: generosidade, recompensa, abertura de espírito, vontade de aprender, humanidade, sensibilidade e confiança, estas são algumas das características que devem ser promovidas no supervisionado.

Modelo Centrado na Relação Supervisiva: defendido por Heron (1990), Farrington (1995), Severinsson (2001), Cutcliffe e Epling (1997). Privilegia o desenvolvimento pessoal e profissional onde a própria relação supervisiva é encarada como um agente fundamental nas

mudanças pretendidas. O modelo supervisoivo defendido por Heron pode ter dois tipos de abordagens: Autoritário e Facilitador. No *autoritário* as intervenções procuram manter e estabelecer algum grau de controlo na relação estabelecida por parte do supervisor e do caminho mais apropriado na gestão do papel a desempenhar, são intervenções do estilo prescritiva, informativa e confrontativa. No *facilitador* é atribuído o controlo ao supervisionado, o supervisor focaliza-se nas dimensões pessoais e na promoção da segurança do supervisionado. O supervisor pode adotar intervenções do estilo catártica, catalítica e de suporte. Para Severinsson (2001), este modelo coloca o foco na relação supervisoiva enquanto base do desenvolvimento da identidade profissional, das competências e ética do supervisionado, sendo o supervisor o responsável por todo o processo.

Modelo Centrado nas Funções da Supervisão Clínica: defendido por Proctor (1991). Descreve a organização e as funções da supervisoão, dá importância à fase de implementação sendo aplicável a todas as áreas da profissão. Aqui a SC envolve, além do supervisor e do supervisionado, os gestores, outros profissionais de saúde e os utentes. E tem três funções a formativa, a restaurativa e a normativa. O supervisor focaliza-se em uma ou em todas as funções, consoante as necessidades do supervisionado, de forma a criar, padrões de supervisoão equilibrados. A formativa foca a educação e o desenvolvimento, numa relação que trabalha as fraquezas, salienta as qualidades, identifica necessidades pessoais e o desenvolvimento de competências. A restaurativa foca o suporte, aconselha através de casos reais e apoio emocional. A normativa foca o controlo organizacional através de códigos de conduta, políticas, normas e procedimentos; controla a qualidade e adota padrões.

1.5 ESTRATÉGIAS

A SC em Enfermagem tem na sua base propósitos bem definidos no processo supervisoivo, as estratégias de supervisoão são componentes que por um planeamento de ações é feita uma escolha organizada da sua aplicabilidade, que permitem evolução do desenvolvimento pessoal e profissional. Estando relacionadas entre si, devem ser escolhidas tendo em conta as características dos supervisionados. E de acordo com Simões & Garrido (2007) as estratégias são: prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar. Os mesmos autores agrupam-nas em diferentes estilos:

Estilo não diretivo:

- Prestar atenção - O supervisor exprime a sua atenção verbal e/ou não verbal face ao manifestado pelo supervisionado.
- Clarificar - O supervisor compreende o pensamento através de afirmações e/ou interrogações.
- Encorajar - O supervisor incentiva o raciocínio do supervisionado em voz alta.
- Servir de espelho - O supervisor parafraseia ou faz uma síntese do que o supervisionado expressa para confirmar se entendeu bem.

Estilo Colaborativo

- Dar opinião - O supervisor dá a sua opinião e apresenta as suas ideias sobre determinado assunto em discussão.
- Ajudar a encontrar soluções para os problemas - O supervisor solicita propostas para possíveis soluções do problema/ assunto discutido.
- Negociar - O supervisor desloca o foco das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda o supervisionado a ponderar os prós e os contras.

Estilo Diretivo

- Orientar - O supervisor determina o que o supervisionado deve fazer e como deve fazer.
- Condicionar - O supervisor explicita as consequências do cumprimento ou incumprimento das orientações dadas.

1.6 MODELO DE SUPERVISÃO PARA O ESTUDANTE ESPECIALISTA EM EMC NA ÁREA DE EPSC NA UCIP

Perante a pesquisa realizada existe uma diversidade de modelos que refletem o estado de desenvolvimento e interesse de cada processo supervisivo, que através da sua variedade e complexidade caracterizam a prática de enfermagem, a qualidade, a organização e segurança dos cuidados. Cada modelo tem, como propósito, fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em cada contexto. Mas, para desenvolver-se como um todo é fundamental que o supervisor conheça os diferentes modelos e o contexto onde decorre o processo de supervisão.

Silva et al., (2011) na sua revisão de literatura, consideram o modelo de Proctor, o que reúne a melhor evidência para compreender o exercício da supervisão. Sendo um modelo de tolerância, que permite ao supervisionado descobrir o seu potencial, desenvolver conhecimento e criar pressupostos para uma prática de qualidade, com base nas suas três funções - normativa, restaurativa e formativa. Na área da enfermagem médico-cirúrgica, Gonçalves citou Bowles e Young, (1999); Butterworth *et al.*, (1997) e Dunn, (1998) que defendem a aplicabilidade do modelo do Proctor.

Com base na pesquisa científica realizada por Almeida (2017), a evidência mostra que a função normativa de Proctor na supervisão clínica de enfermagem é a adequada em ambiente de cuidados especializados, uma vez que se direciona, não apenas na dimensão da qualidade e segurança dos cuidados, mas também na importância da prática reflexiva e na sistematização do cuidado. As ações de enfermagem são desenvolvidas num cuidar organizado e estruturado que aprimoram a eficácia e eficiência dos resultados esperados sob o controlo organizacional com códigos de conduta, políticas, normas e procedimentos e sob o controlo da qualidade baseada em padrões. Assim, o enfermeiro é habilitado a identificar as áreas a serem desenvolvidas e as ferramentas possíveis para executar a prática reflexiva para a aquisição de competências.

Sugere-se a elaboração de uma proposta do Modelo de Supervisão Clínica de Enfermagem MC na área da EPSC na UCIP com base na função normativa de Proctor (Tabela 1), que fica iniciada para futuro desenvolvimento nesta área.

De forma a facilitar este plano elabora-se igualmente um Cronograma de Supervisão Clínica em Enfermagem para o processo supervisão do estudante de EMC na área EPSC (Subcapítulo 3.8, Tabela 4).

Adaptado do Modelo de Supervisão Clínica de Enfermagem na Linha de Enfermagem em Cardiologia Intervencionista (Almeida,2017).

<i>Objetivo</i>	Adquirir competências na Enfermagem MC na área da PSC através de habilidades reflexivas na UCIP com foco nos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em Situação Crítica e nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em EPSC.
<i>Área Focal</i>	Gestão, Coordenação, Formação, Investigação, Supervisão, Liderança, Auditoria, Prática de Cuidados Complexos
<i>Modelo Referência</i>	Modelo Normativo Proctor: as ações em enfermagem desenvolvidas aprimoram a eficácia e eficiência dos resultados esperados a partir do cuidado prestado, baseadas num controlo organizacional através de código de conduta, políticas, normas e padrões de qualidade.

Tabela 1 - Modelo de Supervisão Clínica de Enfermagem MC na área da EPSC na UCIP

2 ACOLHIMENTO/INTEGRAÇÃO DO ESTUDANTE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA UCIP

A UCIP perante a complexidade de doentes em estado crítico e a variedade de situações que conseqüentemente surgem, torna-se num contexto favorável para aprendizagem e desenvolvimento de competências. A prestação de cuidados intensivos pode ser muito complexa e personalizada, implica reflexão nas práticas e aplicação de capacidades técnicas bem desenvolvidas.

Os enfermeiros que executam cuidados especializados estão frequentemente sujeitos a elevado stress, consequência do próprio serviço quer pelas patologias e disfunções multiorgânicas inerentes ao estado crítico dos doentes, quer pela exigência da qualidade dos cuidados que prestam. Desta forma exige-se a estes, o domínio de competências em habilidades técnicas, em segurança e em conhecimentos, sabendo analisar, priorizar, tomar decisões em tempo útil e de forma responsável. Perante situações de crise da pessoa ou da família, prioriza-se a gestão de emoções e de sentimentos (Pinho, 2020).

Segundo Serrano (2008), pode dizer-se que os novos enfermeiros especialistas deverão não só adquirir competências, mas também contribuir para o desenvolvimento da profissão com base na aprendizagem e contributo para a ciência em enfermagem.

2.1 APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O serviço de medicina intensiva tem como objetivo diagnosticar e tratar doenças agudas potencialmente reversíveis, à pessoa adulta, na iminência de desenvolverem falência de uma ou mais funções vitais, ou que já se encontrem com falências orgânicas instaladas.

A UCIP está situada no piso 2 da instituição hospitalar, encontra-se próximo do Serviço de Imagiologia situa-se entre o Serviço de Urgência e o Bloco Operatório. Desde 1992, presta cuidados à pessoa do foro médico-cirúrgico, frequentemente com patologias respiratórias de múltiplas etiologias com necessidade a suporte ventilatório invasivo, pós-operatórios imediatos de cirurgias major de diferentes especialidades e de cirurgias minor de alto risco. Recebe doentes da área da Urgência/ Emergência, do Bloco Operatório, do internamento, ou de outras instituições de saúde. A UCIP reúne duas unidades de cuidados intensivos:

- Unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP): Disponibiliza 6 unidades abertas com camas de nível III e 1 unidade fechada com cama nível III, cada unidade possui diverso equipamento como monitorização eletrocardiográfica e invasiva, ventilador para ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitores de parâmetros fisiológicos, seringas e máquinas perfusoras, material descartável de uso clínico, saídas de O₂, ar comprimido, vácuo e sistema de aspiração. Esta UCIP partilha o carrinho de emergência e desfibrilhador, aquecedores e refrigeradores, máquinas para técnicas de substituição renal entre as unidades.
- Unidade de cuidados Intensivos Covid – Intermédios: Disponibiliza 6 unidades abertas com camas nível II com todo o equipamento supracitado.

As áreas assistenciais destas unidades possuem postos de enfermagem com vigilância centralizados com visualização e acesso a todos os doentes e gabinete de para preparação de medicação e material para procedimentos. As áreas de apoio são constituídas pela área de sujos, arrecadações, wc, gabinetes médicos, copas, vestiários, sala de comunicação e secretaria.

2.2 RECURSOS HUMANOS

A UCIP é constituída por quatro categorias profissionais:

- Médicos,
- Enfermeiros,
- Assistentes operacionais;
- Secretaria de Unidade.

2.3 ESTRUTURA ORGÂNICA DA UCIP

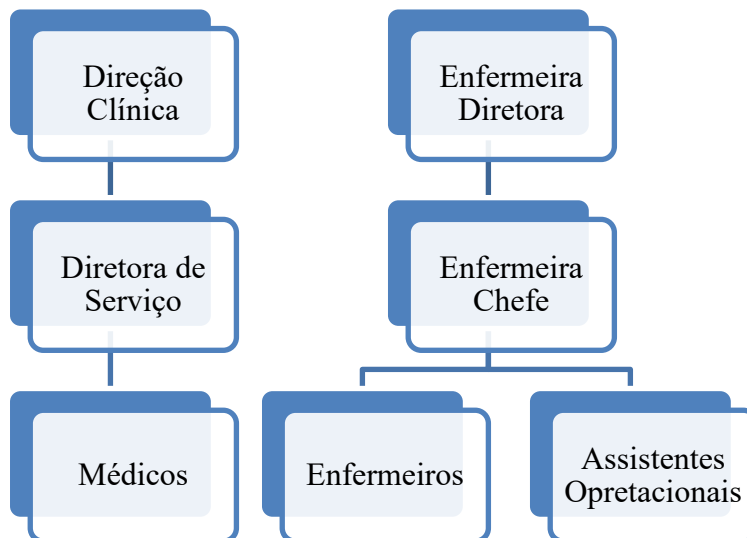


Figura 1 – Adaptado da Norma 040_DOC Política da Qualidade da Equipa de Enfermagem

2.3.1 Missão

A missão do Serviço de Medicina Intensiva está dependente da missão da instituição de saúde e consiste na prestação cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de

influência, assegurando em simultâneo, o desenvolvimento dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia.

A UCIP tem como incumbência prestar cuidados diferenciados com elevados níveis de competência, excelência e eficiência à pessoa adulta com eminência de desenvolverem falência de uma ou mais funções vitais, ou que já se encontrem com falências orgânicas instaladas. Permite atividades de ensino prático, de formação contínua e investigação.

2.3.2 Visão

A UCIP tem como visão ser uma referência nos domínios enfermagem e na excelência da prática de cuidados diferenciados, tendo por base padrões e indicadores de qualidade, assim de acordo com Manual de Gestão de Enfermagem :

- São cumpridos aos mais elevados padrões ético-profissionais;
- Os cuidados são humanizados, estabelecendo-se uma relação empática com a pessoa internada e família;
- São prestados Cuidados de Enfermagem de qualidade na medida em que os avanços científicos e tecnológicos o permitem;
- Promove-se o desenvolvimento contínuo dos profissionais de Enfermagem através de uma cultura de elevada exigência;
- Cumprem-se as normas existentes de forma a garantir eficácia sem prejuízo da eficiência.

2.3.3 Valores

Os cuidados de enfermagem na UCIP dão primazia aos valores e princípios éticos da profissão, traduzidos pelo aperfeiçoamento do conhecimento científico da disciplina, refletidos pela competência, rigor, humanismo e dedicação dos seus profissionais.

2.4 ESTRUTURA ORGANICA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

A estrutura orgânica da equipa de enfermagem em cuidados intensivos.

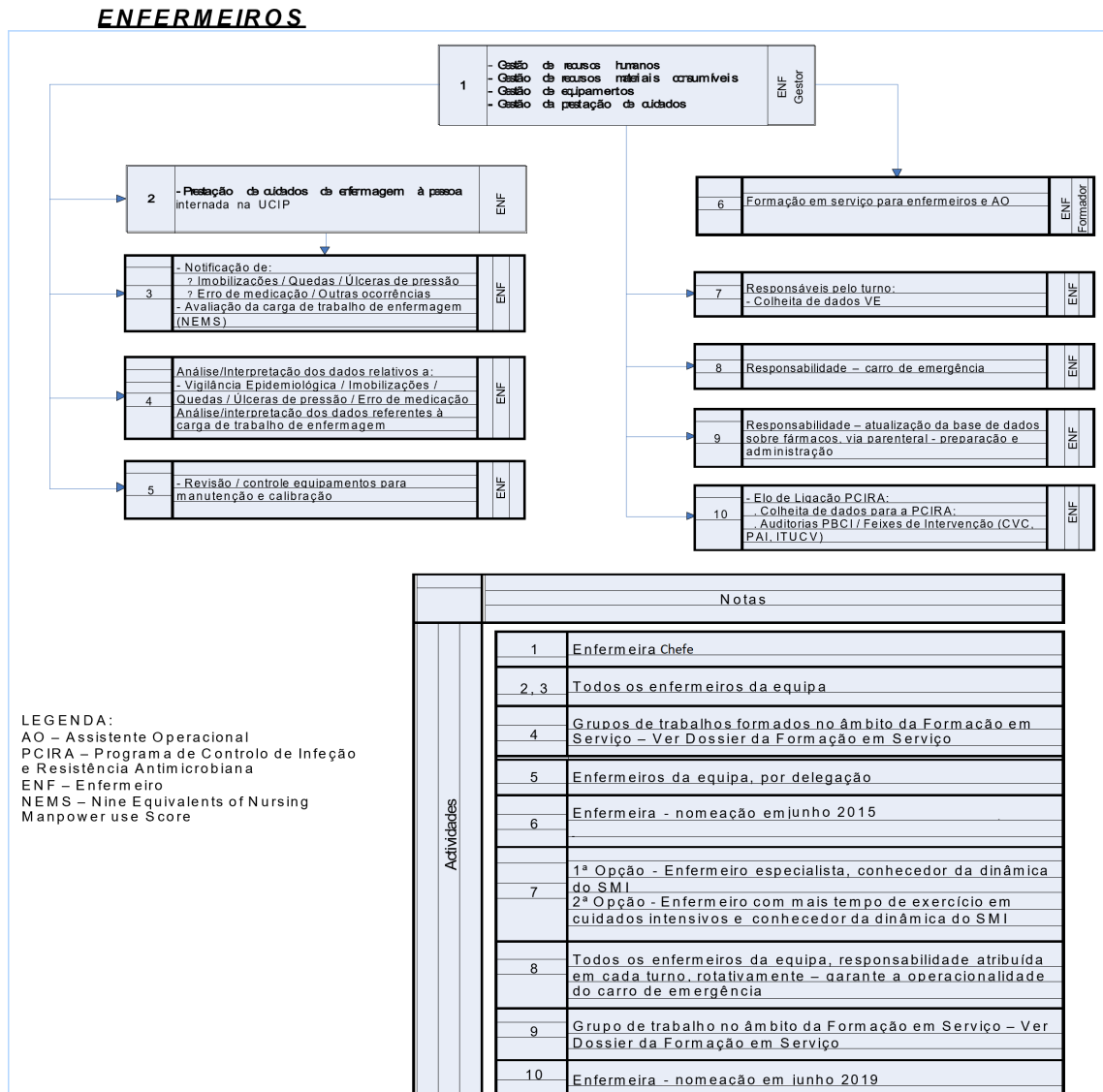


Figura 2 – Estrutura Orgânica da Equipa de Enfermagem (adaptação do autor)

2.5 REGRAS E NORMAS DE CONDUTA

2.5.1 Dever de Sigilo/ código Deontológico

Impera o dever do sigilo de todas as informações e documentos existentes na UCIP. A consulta de informações ou documentos do serviço precede à autorização do tutor, após a sua avaliação. Como estudante futuro especialista em enfermagem tem o dever de cumprir o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

2.5.2 Confidencialidade e Proteção de Dados

A Política da confidencialidade, da unidade hospitalar abrange todos os profissionais, estudantes e voluntários obrigados ao seu estrito cumprimento e respeito, descrita em Política de Segurança de Dados e Garantia de Confidencialidade e Proteção de Dados.

2.5.3 Identificação e Fardamento

Em estágio na UCIP, deve usar identificação com cartão de estudante.

A UCIP possui vestiários e fardamento próprio, pelo que o estudante deverá usar aquando da sua permanência no serviço. Tem o dever de respeitar as normas de controlo de infeção relativamente ao fardamento e apresentação: substituição de farda a cada turno, não usar adornos ou acessórios, unhas curtas e sem verniz, cabelo devidamente arranjado e recolhido se cumprido.

2.5.4 Horário de Trabalho

TURNOS DE TRABALHO		
MANHÃ	TARDE	NOITE
8h30m – 15h30m	15h00m – 22h30m	22h00m – 09h00m

Tabela 2 - Horário de Trabalho

2.6 VISITAS

A pessoa internada na UCIP pode receber visitas de familiares no horário estabelecido.

2.6.1 Horário de Visitas

HORÁRIO DE VISITAS
Diário: entre as 18h00m e as 20h00m
HORÁRIO PARA INFORMAÇÃO CLÍNICA A FAMILIARES
Diário: entre as 18h00m e as 20h00m
HORÁRIO PARA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR
Informações personalizadas com a equipa da UCIP
Guia de Acolhimento da UCIP

Tabela 2 - Horário de Visitas

2.7 SERVIÇOS DA UNIDADE HOSPITALAR

2.7.1 Refeitório e Bar

O refeitório e o bar estão localizados no piso 2 com horários próprios de funcionamento. No entanto, a UCIP tem duas copas para refeições que aquando do seu uso deverão ser respeitadas as regras de funcionamento.

2.7.2 Parque de Estacionamento

O parque de estacionamento a usar é o parque dos utentes, o qual tem a obrigatoriedade de pagamento mediante o tempo de estacionamento, aconselha-se a consulta a tabela em vigor.

2.8 NORMAS E PROCEDIMENTOS

A complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica em cuidados intensivos exige prática e perícia apuradas de quem cuida e como “(...) *todo o cuidar da UCIP é normativo, não sendo, no entanto, limitativo na individualidade daquele que é Cuidado e do Cuidador(...)*” (Manual de Integração Enfermagem, 2018) a UCIP uniformiza a prestação de cuidados, procedimentos e técnicas através de conjunto normas e protocolos que foram aprovados pela Enfermeira Gestora e homologados pelo Concelho de Administração,

disponíveis para consulta no Portal Interno do hospital. Identificam-se algumas normas a consultar.

Nº NORMA	DENOMINAÇÃO
001 DOC	PAI Pessoa Vítima de Doença Súbita Grave no Espaço Intra-Hospitalar
002 PRO	Cuidados de Enfermagem Gerais
003 DOC	Manual de Apoio SCLÍNICO Enfermagem
004 DOC	Preparação das Unidades dos Doentes
005 PRO	Via Aérea Invasiva
006 PRO	Aspiração de Secreções ao Doente com Via Aérea Invasiva
007 PRO	Cateterização Vascular
008 PRO	Colheitas de Amostras de Produtos Biológicos e Não Biológicos
009 PRO	Doente Cirúrgico Cuidados de Enfermagem Específicos
010 PRO	Doente com Trauma Cuidados de Enfermagem Específicos
011 PRO	Doente Médico Cuidados de Enfermagem Específicos
012 PRO	Nutrição Entérica
013 PRO	Nutrição Parentérica Total
014 PRO	Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem
015 PRO	Prescrição Eletrónica
016 PRO	Armazenamento, Preparação e Administração de Fármacos
017 PRO	Higienização das Unidades
018 PRO	Armazenamento DM Esterilizados SCE
019 PRO	Técnicas Dialíticas Contínuas
020 PRO	Higienização Ambiental
022 REG	Monitorizações - Vigilâncias
023 REG	Balanço Hídrico
024 PRO	Sistemas de Informação em Enfermagem
025 PRO	Admissão de um Doente
026 REG	Carro Emergência
027 PRO	Cuidados Higiene
028 PRO	Posicionamentos
029 PRO	Posicionamento em Prono
032 PRO	Drenagem Pleural
034 PRO	Tratamento de Feridas e Úlceras
035 PRO	Acolhimento da Família
036 PRO	Ostomias
037 PRO	Hipotermia Terapêutica
038 PRO	Integração de Enfermagem
039 PRO	Traqueostomia Percutânea
040 DOC	Organograma UCIP
041 DOC	Informações Gerais
049 DOC	Guia de Acolhimento

Tabela 3 - Normas da UCIP

2.9 CRONOGRAMA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA O ESTUDANTE DE EMC NA ÁREA EPSC

Este cronograma consiste em atender a objetivos e atividades, de forma organizada e evolutiva, por fases ao longo do estágio do estudante em EMC na área da EPSC.

ENFERMEIRA SUPERVISORA RESPONSÁVEL - SUPERVISADO			
OBJETIVOS	ATIVIDADES	PERÍODO	OBS.
Conhecer a estrutura física e organizacional da UCIP	<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma visita guiada aa UCIP Informar sobre as estruturas orgânicas da UCIP Informar sobre os horários dos turnos da UCIP Apresentar a equipa e o Enfermeiro Supervisor 	1.º Dia	
Estabelecer interação entre o Supervisor Responsável e Supervisado	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com a Enfermeira Supervisora Responsável Conhecer as expetativas, experiências e objetivos do Supervisado 	1.º Dia	
Facultar documentos e informação necessários para o acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer o Guia de Acolhimento/Integração do Estudante Especialista em Enfermagem na UCIP Referir os objetivos, as atividades e os resultados dos estágios na UCIP Definir regras no horário de estágio do Supervisado em consonância com o Enfermeiro Supervisor Mostrar o plano de formação da UCIP ao supervisado Elucidar sobre regras e procedimentos do supervisado na UCIP 	1.º Dia	
ENFERMEIRA SUPERVISORA/TUTORA - SUPERVISADO			

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PERÍODO	OBS.
Estabelecer relação supervisa entre Supervisor/ Tutor e Supervisado	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com Enfermeira Supervisora/Tutora • Conhecer as expetativas e objetivos do supervisado em consonância com as competências comuns e específicas da EMC e na EMC na área da PSC • Promover o debate de situações teórico-práticas e o esclarecimento de rotinas existentes em cada turno de trabalho da UCIP • Identificar as funções e o perfil do Enfermeiro em UCIP • Propor o desenvolvimento de um trabalho dentro EMC na área da PSC para partilha com os pares da UCIP 	1.ª Fase (1ª semana)	
Identificar e organizar a Prestação de Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar as unidades da UCIP • Identificar os equipamentos e materiais da UCIP • Ter contacto com o processo clínico/processo de enfermagem • Dar a conhecer as escalas, os scores, as normas e os indicadores da UCIP usados na prestação de cuidados especializados • Mostrar as plataformas informáticas em prática, nomeadamente: o SClínico®; o GHAF®; o ClinidataNet®; o ClinidataBST®; o Her+® • Explicar os procedimentos relativos à admissão, transferência e alta no sistema informático • Treinar a admissão à unidade, a transferência e alta clínica da PSC • Disponibilizar os protocolos da UCIP • Informar contactos úteis, nomeadamente a segurança contra incêndios (xxxx) e a ativação da emergência interna (xxxx) • Instruir sobre o manuseamento de equipamentos e materiais • Validar o conhecimento de procedimentos da UCIP • Validar o conhecimento de protocolos • Validar o conhecimento da localização e manuseio dos equipamentos e materiais 	1ª Fase e Fase intermédia (2ª a 6ª semana)	
Observar a dinâmica da UCIP	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o supervisado no turno de estágio na UCIP • Fomentar a prática de cuidados na evidência científica 	1.ª Fase Fase Intermédia 2ª Fase (2ª a 8ª semana)	
Prestar Cuidados de Enfermagem especializados e	<ul style="list-style-type: none"> • Executar cuidados especializados e complexos com supervisão • Realizar práticas de prevenção e controlo da infeção 	Fase Intermédia 2ª Fase	

complexos à PSC crítico-reflexivas	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver práticas com gestão do risco clínico perante o evento adverso • Elaborar registo dos conteúdos teóricos e práticos adquiridos para avaliação intermédia • Reunir com supervisores e orientador para avaliação intermédia 	(6 ^a a 8 ^a semana)	
Ser capaz de cuidar da PSC com tomada de decisão responsável e segura	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisado passa para 1^o plano na prestação de cuidados e Enfermeiro Supervisor para 2^o plano • Permitir a colaboração do supervisado em auditorias • Permitir a colaboração do supervisado na formação de serviço • Partilhar trabalho desenvolvido na EMC na área da PSC com os pares • Elaborar registo de conteúdos desenvolvidos com base nas competências comuns da EMC e específicas da EMC na área da PSC • Reunir com supervisores e orientador da escola de enfermagem para avaliar supervisado 	2 ^a Fase (8 ^a Semana)	

Tabela 4 - Cronograma de Supervisão Clínica em Enfermagem para o Estudante de EMC na área EPSC

CONCLUSÃO

A Supervisão Clínica em Enfermagem é uma área vasta, complexa e fundamental à prática da enfermagem na atualidade. E com este trabalho foi possível alargar o “campo de visão” no processo de supervisão clínica de estudantes especialistas em EMC na área da PSC em cuidados intensivos, como dimensão fundamental e reguladora dos seus processos formativos, assim como na melhoria das estratégias e competências de supervisão.

Os profissionais envolvidos deverão ter capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão que presta cuidados especializados tornando-os mais sólidos e consistentes, com abertura para a aprendizagem ao longo do desempenho e investimento profissional.

É importante reconhecer o processo de supervisão clínica em enfermagem sobre o desenvolvimento de habilidades e competência do enfermeiro especialista para a qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta a conceção atual da enfermagem e a forma como se vivencia o processo saúde-doença considera-se que os enfermeiros não devem esquecer a essência do que é “cuidar” e “cuidar bem” com tudo aquilo que dispõem no contexto em que estão inseridos. Sendo que o processo de supervisão faz parte desse “cuidar” e cuidar de forma especializada.

Por fim, sendo a supervisão clínica em enfermagem uma área pertinente, guiada por um processo que é indubitavelmente desafiante, o sucesso do estudante depende muito da atuação enfermeiro supervisor, portanto torna-se fundamental não só definir o seu papel na supervisão de estudantes como também definir e refletir sobre as competências de supervisão.

A elaboração deste guia teve a intenção de satisfazer a necessidade da UCIP em melhorar a supervisão clínica e facilitar o acompanhamento de futuros enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC em estágio através de um plano estruturado, tendo em conta as etapas, estilos, modelos e estratégias de Supervisão Clínica.

Torna-se assim cumprida esta atividade de estágio previamente planeada. No entanto, a limitação encontrada como a exigente carga horária deste estágio em período determinado

impediu aprofundar a aplicabilidade deste tema como estudo de investigação. Pelo que, fica a sugestão de dar continuidade à criação de um modelo de supervisão e sua implementação, produzindo *outcomes* do mesmo.

Por fim, salienta-se que este documento é um trabalho original e primário para a UCIP do hospital, ainda que incompleto, servirá como base orientadora para trabalhos que poderão futuramente ser desenvolvidos e aprimorados quer por especialistas em EMC na área da PSC quer por estudantes que complementem a sua formação contínua com a área da Supervisão Clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para Excelência em Saúde?* Coimbra: Sinais Vitais.
- Abreu, w. J. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e Considerações Didáticas.* Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem (2ª edição ed.).* Coimbra: Almedina.
- Almeida, C. B. (2017). *Supervisão Clínica de Enfermagem: Um Modelo para Atuação na Linha de Cuidado em Cardiologia Intervencionista.* Marília, Brasil: Faculdade de Medicina de Marília.
- Bishop, V. (1998). *Clinical Supervision in Practice.* (V. Bishop, Ed.) UK: Anglia Polytechnic University.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores Clínicos:perspectivas dos actores.* Lisboa: Lusociência.
- Diário da República. (2015). Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho, 2ª série — Nº 123. Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8109/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosospenspessoasituacaocritica.pdf
- Fonseca, M. J., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspetiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigación en Enfermería*, 18 (2), 77-88. Obtido de doi: 10.11144/Javeriana.ie18-2.opse.
- Freitas, A. F., & Cardoso, L. A. (2019). Mentorship: Supervisão Clínica em Enfermagem na Comunidade. *SinaisVitais - Enfermagem em Revista*, Nº 129, 7-16.
- Glickman, C. (1990). *Supervision of Instruction: A Developmental Approach (2ª ed.).* Boston: Allyn and Bacon.
- Gonçalves, R. M. (2013). *Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros.* Obtido em setembro de 2022, de Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/9458>

- Holloway, E. (1995). *Clinical Supervision: A Systems Approach*. California: Sage Publication Inc.
- Mennella, H., & Pravikoff, D. (2018). Modelo de Relações Interpessoais Peplau. CINAHL Guia de Enfermagem. Obtido em 30 de Setembro de 2022, de <https://discovery.ebsco.com/c/ljojij/viewer/html/xfpdt2z55>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Obtido em agosto de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 18 de agosto de 2022, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4807/lei_156_2015_segundaalteracaoestatutoe_set2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Pinto, D. J. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em setembro de 2022, de Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/9389>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Sousa, P. A., Trindade, L. d., Forte, E. C., & Silva, J. M. (2020). Quality of nursing care: contributions from expert nurses in medical-surgical nursing. Obtido em setembro de 2022, de DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>
- Serrano, M. T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Dissertação de Doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>

- Serviço de Medicina Intensiva. (2021). Manual de Gestão de Enfermagem. Guimarães: Hospital da Senhora da Oliveira.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (março de 2011). Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico – Revisão sistemática da literatura. III, 113-122. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em setembro de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962017>
- Silva, A. T. (Abril de 2018). A Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: contributo dos Enfermeiros Supervisores para o processo de ensino-aprendizagem. (Universidade Nova de Lisboa) Obtido em setembro de 2022, de RUN-Repositório Universidade Nova: <http://hdl.handle.net/10362/46724>
- Simões, J. F., & Garrido, A. F. (Dezembro de 2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. Obtido em setembro de 2022, de DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>.
- Sousa, F., & Frederico, M. (2022). Gerir com qualidade em Saúde (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- UCIP. (2018). Manual de Integração Enfermagem.

APÊNDICE 3 – Contributo da Ventilação Não Invasiva à Pessoa em Situação Crítica em
Contexto Extra-Hospitalar

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO

EXTRA – HOSPITALAR

- REVISÃO DA LITERATURA -

Resumo da apresentação

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Estudante: Carla Moreira

Orientador: Vasco Neves

Ano Letivo: 2022/2023 1º Semestre

CONTRIBUTO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR	
QUESTÃO PICO / TÍTULO	CONTRIBUTO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR
DESCRITORES	<i>Ventilação Não Invasiva, Emergência Pré-hospitalar, Dispneia, Doente crítico</i>
OBJETIVOS	Analisar a contributo da VNI à pessoa em situação crítica com dispneia em emergência extra-hospitalar.
MÉTODO	Revisão da literatura nacional e internacional, com pesquisa nas bases de dados: EBSCO Discovery Service, ScienceDirect, EBSCO host, Web of Science, B-On e SCOPUS. DeCS/MeSH: noninvasive ventilation, dyspnea, prehospital emergency care e critical ill. Operador Booleano “and”. Artigos de estudos primários ou secundários, qualitativos e quantitativos sobre a VNI no extra-hospitalar, publicados entre 2017 e 2022 nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, disponíveis em texto completo e revisto por pares. Como critérios de exclusão foram escolhidos: Teses de mestrado ou doutoramento; Artigos de outros contextos além do extra-hospitalar; Associação com outros temas. Foram selecionados 5 artigos para a revisão.
RESUMO	As técnicas de VNI têm vindo a sofrer avanços significativos ao longo das décadas, desde a primeira vez que foi utilizada nos anos 50 do século XX. A dispneia é uma sensação subjetiva de falta de ar ou dificuldade em respirar (Larsen et al., 2018).

	<p>Em Portugal, as doenças do aparelho respiratório são a terceira causa básica de morte, num total de 12 218 óbitos, ou seja 10,9% dos óbitos registados em 2019 (INE, 2021), representando uma crescente preocupação pelas equipas de emergência extra-hospitalar a nível mundial (Santos et al., 2020).</p> <p>Atualmente, a VNI utiliza-se na insuficiência respiratória crónica e insuficiência respiratória aguda (Botelho & Borges, 2013).</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>Na insuficiência respiratória aguda as modalidades de VNI contínua positiva (CPAP) ou pressão positiva (Bi-Nível) devem ser a primeira linha de atuação (Abubacker et al., 2021).</p> <p>Abordagem emergente pré-hospitalar na exacerbação de DPOC e o EAPC com a utilização de ventilação não invasiva, possibilita uma melhoria mais rápida dos sintomas do doente crítico (Dunand et al., 2021).</p> <p>Existem indicações, contraindicações relativas e absolutas para a utilização de VNI (Gomez & Vales, 2012; Pinho, 2020).</p> <p>Em ambiente extra-hospitalar, a VNI bi-nível é recomendada para doentes com IR com acidose respiratória aguda ou crónica agudizada ($\text{pH} \leq 7.35$) devido à exacerbação da DPOC; deve-se tentar utilizar a VNI bi-nível em doentes que possam ser candidatos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica, a menos que haja evolução negativa rápida; recomenda-se a VNI bi-nível ou CPAP para pacientes com IRA devido a edema pulmonar cardiogénico.</p> <p>No extra-hospitalar, Mac Donncha et al. (2017) verificou que aproximadamente 50% dos doentes apresentam critérios para tratamento com VNI, mas não acontece.</p> <p>Na literatura de Gomez & Vales (2012) e estudo de Mac Donncha et al. (2017) não foram encontradas diferenças significativas nos critérios para ventilação não invasiva, corroborando por Pinho (2020) e pela ERS/ATS (2017) que recomenda Bi-nível para IR com acidose por exacerbação DPOC e EAPC.</p>

	<p>Os doentes, clinicamente mais graves, apresentam melhoria dos seus sinais vitais, pontuação da escala da dispneia inferior e evolução clínica positiva, quando tratados eficientemente com VNI (Dunand et al., 2021).</p> <p>Mesmo quando a distancia entre o local da ocorrência e o hospital é curta, deve ser iniciada ventilação não invasiva, refletindo-se na rápida recuperação dos doentes e diminuição da necessidade de ventilação invasiva e mortalidade intra-hospitalar (Hensel et al., 2019; García et al., 2022).</p> <p>As intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, sujeita a ventilação não invasiva, em contexto extra-hospitalar vão desde a verificação e montagem equipamento até à substituição de filtros e circuitos respiratórios do mesmo, passando pelos cuidados diretos à pessoa sujeita a ventilação não invasiva.</p>
<p>CONCLUSÃO</p>	<p>A dispneia no extra-hospitalar é uma grande preocupação das equipas de emergência. A formação específica permite aos profissionais o conhecimento para utilizarem VNI com sucesso; sendo o modo ventilatório mais utilizado, após formação, o Bi-nível (García et al., 2022), indo de encontro com as recomendações da ERS e ATS (2017).</p> <p>Devem ser uniformizados e atualizados os protocolos/critérios para utilização de VNI em contexto extra-hospitalar.</p> <p>A sensibilização dos profissionais de saúde e órgão de gestão das instituições para a necessidade de utilizar equipamentos alternativos, que disponibilizem outros modos ventilatórios ou que possam auxiliar no diagnóstico das causas de dispneia, é de extrema importância.</p> <p>A utilização de equipamentos de ventilação não invasiva, quando recomendados, possibilitar que haja ganhos significativos em saúde da PSC pela redução da taxa de mortalidade; diminuição da taxa de ventilações invasivas; minimização do tempo de</p>

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

internamento; redução a taxa de infecção associada à entubação traqueal e diminuição da despesa em cuidados de saúde.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas da Saúde - 2019. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Lisboa, Portugal.

Larsen, K. S., Petersen, A. K., Lisby, M., & Knudsen, M. V. (2018). Dyspnea and self-management strategies in patients admitted to the emergency department: A study of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), pp. 4112–4118.

Mac Donncha, C., Cummins, N., Hennelly, D., Hannigan, A., & Ryan, D. (2017). An observational study of the utility of continuous positive airway pressure ventilation for appropriate candidates in prehospital care in the Midwest region. *Irish Journal of Medical Science*, 186(2), pp. 489–494.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), pp. 758–764.

Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *2(ed espec. n°5)*, 147-152.

Pereira, J., Sequeira, R., Marques, M. d., Oliveira, N., & Realista, S. (2016). Ventilação Não-Invasiva: Opção terapêutica nos Cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar.

Pinczon, J., Terzi, N., Usseglio-Polatera, P., et al., (2021). Outcomes of Patients Treated with Prehospital Noninvasive Ventilation: Observational Retrospective Multicenter Study in the Northern French Alps. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), p. 1359.


Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Rochwerg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., et al., (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 50(2).

Rodrigues, L. M., & Martins, J. C. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16(1), pp. 26–41.

Santos, J. (2019). A abordagem diagnóstica da dispneia aguda no adulto no pré-hospitalar. *Livesaving*. 14^a edição (3^a Separata), pp. 7–18.

Santos, J. V., Souza, J., Valente, J., et al., (2020). The state of health in the European Union (EU-28) in 2017: an analysis of the burden of diseases and injuries. *European journal of public health*. 30(3), pp. 573–578.


CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

**CONTRIBUTO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO
EXTRA – HOSPITALAR**

REVISÃO DA LITERATURA

Estudante: Carla Moreira
[Redacted]

Orientador: Vasco Neves

Porto, dezembro 2022

15º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**CONTRIBUTO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO
EXTRA – HOSPITALAR**

REVISÃO DA LITERATURA

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório
Estudante: Carla Moreira

Orientador: Vasco Neves
Ano Letivo: 2022/2023 1º Semestre

Porto, dezembro 2022


CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

Carla Moreira 2

*“O importante é não parar de questionar.
A curiosidade tem sua própria razão de existir.”*

Albert Einstein (1955)



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

II. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

III. REVISÃO DA LITERATURA

- METODOLOGIA
- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
- DIAGRAMA PRISMA
- TABELA DE EVIDÊNCIAS
- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



INTRODUÇÃO

A Dispneia é uma sensação subjetiva de falta de ar ou dificuldade em respirar (Larsen et al., 2018).

Em Portugal, as doenças do aparelho respiratório são a terceira causa básica de morte, num total de 12 218 óbitos, ou seja 10,9% dos óbitos registados em 2019 (INE, 2021).

Representa uma crescente preocupação pelas equipas de emergência extra-hospitalar a nível mundial (Santos et al., 2020).

Nos meios de emergência médica VMER e SIV, os protocolos abordam causas específicas de dispneia, como a Asma, DPOC, EAPC e TEP (INEM,2018).

A ventilação não invasiva possibilita o suporte ventilatório com pressão positiva sem via aérea invasiva ou em doentes que recusem medidas invasivas (Pereira et al., 2016).



PERTINÊNCIA DO TEMA

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM EXTRA-HOSPITALAR

Contribuir com evidencia científica para os protocolos terapêuticos predefinidos (Mota et al., 2020).

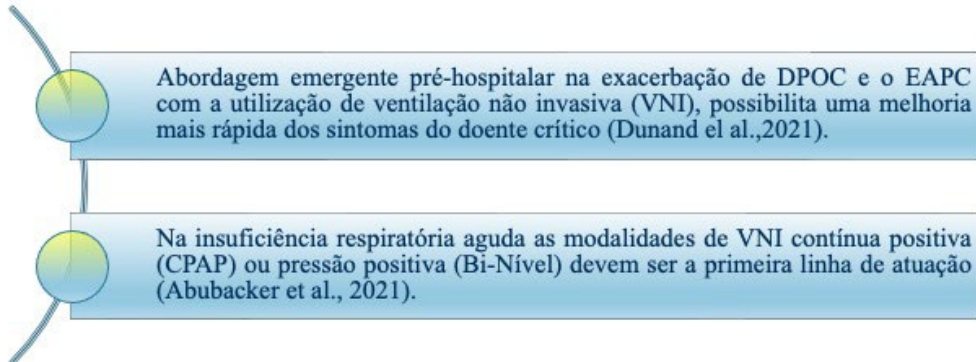
Profissionais diferenciados no extra-hospitalar permite uma prestação de cuidados complexos aos doentes em estado crítico (Rodrigues & Martins, 2012).

Investigação científica na área da prestação de cuidados emergentes com recurso à PBE, consolida a existência e marca a posição de forma clara dos enfermeiros no extra-hospitalar (Mota et al., 2020).



PERTINÊNCIA DO TEMA

DISPNEIA NO DOENTE CRÍTICO NO EXTRA-HOSPITALAR



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar a contribuição da VNI à pessoa em situação crítica com dispneia em emergência extra-hospitalar.

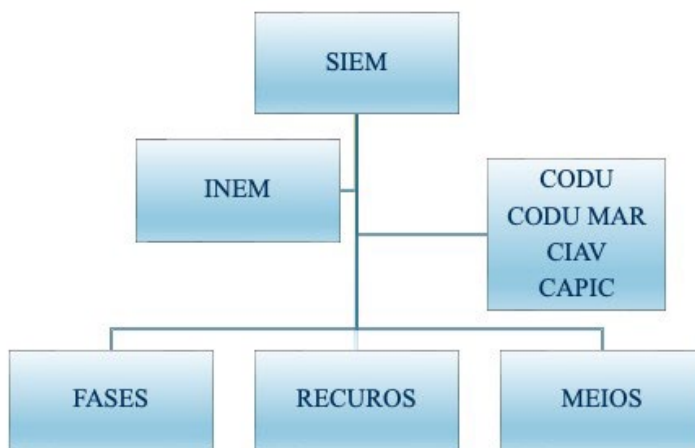
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a literatura pertinente sobre o tema;
- Aumentar o conhecimento sobre a temática;
- Analisar a relação entre o uso de VNI e a dispneia da pessoa em situação crítica no extra-hospitalar;
- Descrever intervenções de enfermagem que potenciam o sucesso da VNI;
- Demonstrar o benefício atual da VNI;
- Identificar sugestões que possam ser relevantes para projetos futuros;
- Sugerir alternativas de ventiladores para VNI e modalidades ventilatórias;
- Enumerar estratégias de melhoria na abordagem da dispneia da pessoa em situação crítica no extra-hospitalar.



I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CONTEXTO DA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR



(INEM, 2013)



I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

FASES DO SIEM

- Detecção
- Alerta
- Pré-socorro
- Socorro
- Transporte
- Tratamento na unidade e saúde

RECURSOS DO SIEM

- Público,
- Agentes da Autoridade,
- BV, CVP, TAE
- Operadores das centrais de emergência 112,
- Enfermeiros e médicos,
- Pessoal técnico hospitalar,
- Pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

MEIOS

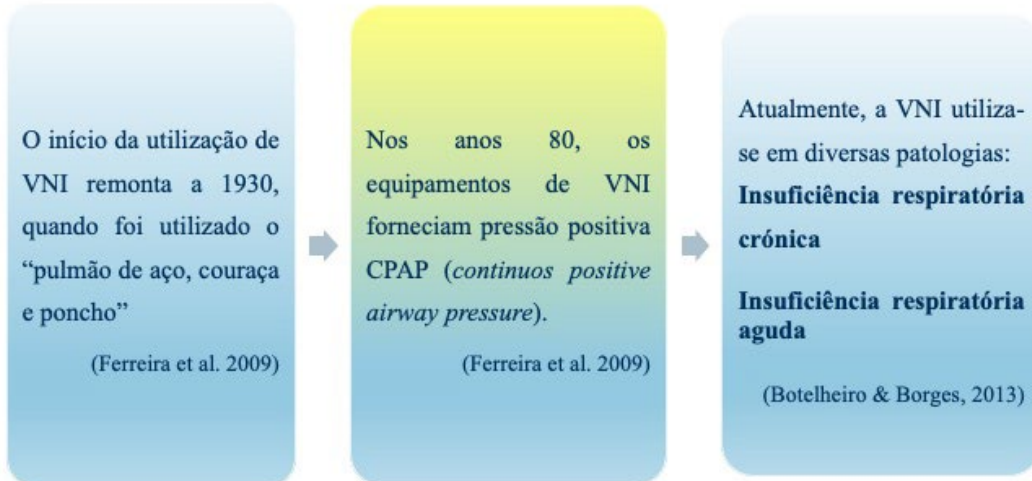
- Ambulâncias: AEM, AS, SIV e TIP,
- Helicóptero HEM,
- Motociclo MEM,
- UMIP,
- VMER,
- VIC,
- Hospital de Campanha

(INEM 2013)



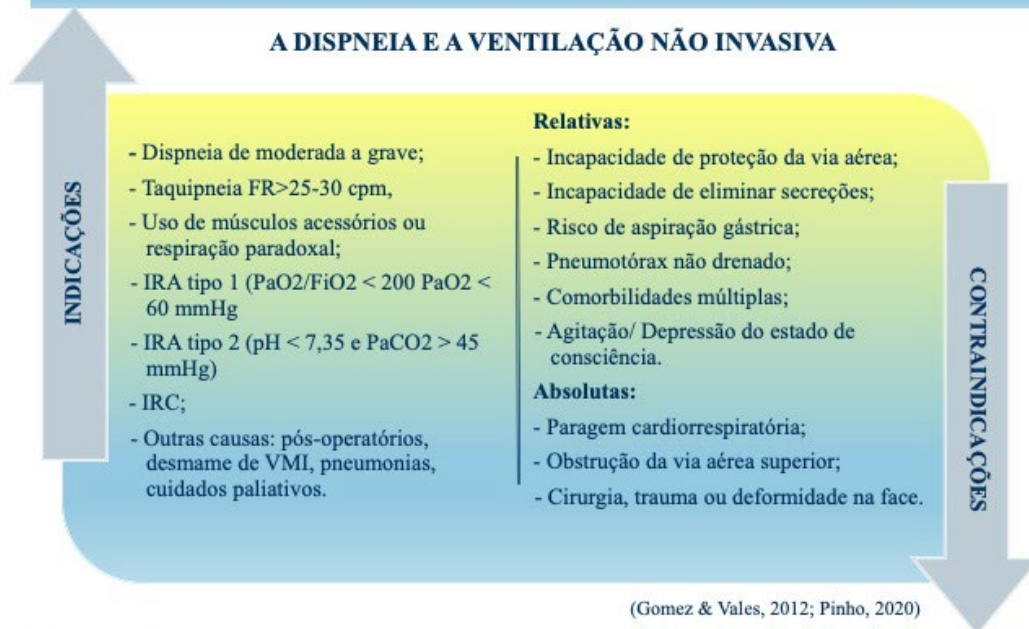
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A DISPNEIA E A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA



I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A DISPNEIA E A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA



I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

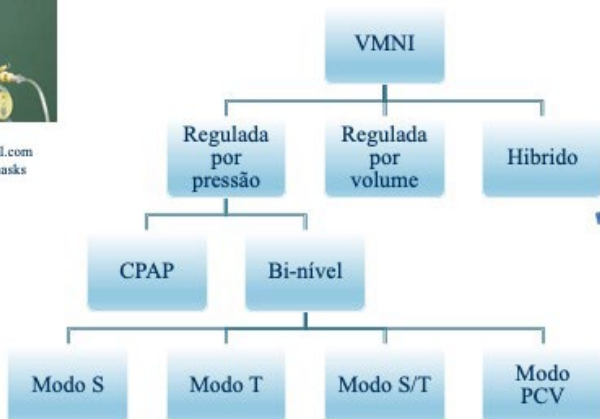
INTERFACES E MODOS VENTILATÓRIOS DA VNI NO EXTRA-HOSPITALAR



Fonte: <https://pt.intersurgical.com/info/starmedCPAPmasks>



Fonte: <https://www.indiamart.com/proddetail/bipap-mask-8324637273.html>



(Pinho, 2020; Marques & Neves, 2021)



Fonte: <https://dir.indiamart.com/items/hamilton-medical-t1-intelligent-transport-ventilator-s258860.html>

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A DISPNEIA E A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO EXTRA-HOSPITALAR

RECOMENDAÇÕES

<p>VNI bi-nível para doentes com IR com acidose respiratória aguda ou crônica agudizada (pH ≤7.35) devido à exacerbação da DPOC.</p>
<p>Testar VNI bi-nível em doentes que possam ser candidatos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica, a menos que haja evolução negativa rápida.</p>
<p>VNI bi-nível ou CPAP para pacientes com IRA devido a edema pulmonar cardiogénico.</p>

(Rochweg et al., 2017)

Task Force Report
ERS/ATS GUIDELINES

Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure

Bram Rochweg¹, Laurent Brochard^{2,3}, Mark W. Elliott⁴, Ouse Hess⁵, Nicholas S. Hill⁶, Stefano Nava⁷ and Paolo Naviles⁸ (members of the steering committee), Massimo Antonelli⁹, Jan Brozek¹⁰, Giorgio Cori¹¹, Miquel Ferrer¹², Kalpalatha Guntupalli¹³, Samir Jaber¹⁴, Sean Keenan^{15,16}, Jordi Manobas¹⁷, Sangeeta Mehta¹⁸ and Suhail Rasool^{17,18} (members of the task force)

©ERS/ATS
ERS/ATS evidence-based recommendations for the use of noninvasive ventilation in acute respiratory failure
<https://doi.org/10.1093/erj/kqy002>

Cite this article as: Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, et al. Official ERS/ATS clinical practice guideline: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2017; 50: 3052-69. <https://doi.org/10.1183/13993003.162426-2016>

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR EMERGENTE NA DISPNEIA

Condições de segurança?

Abordagem : ABCDE

Critérios de gravidade?

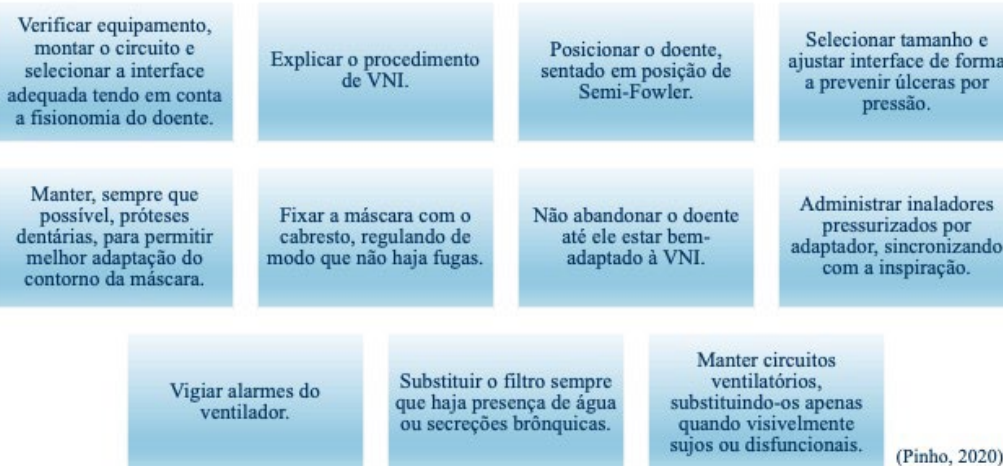
	VMER	SIV
ASMA	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2 ET 	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2
DPOC (exacerbação aguda)	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2 titulado Spo2 (88-92%) VMNI Bi-nível ET 	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2 titulado Spo2 (88-92%)
EAPC	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2 Spo2 >95% VNI CPAP ET 	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos O2 Spo2 >95% VNI CPAP

(INEM, 2012)



I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PSC COM VNI NO EXTRA-HOSPITALAR



(Pinho, 2020)



II. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

P	I	C	O
Pessoa em situação crítica	Dispneia	Ventilação não invasiva	Contributo



Assim, a questão norteadora de investigação desta revisão da literatura após a sua construção será:

“Qual o contributo da VNI à pessoa em situação crítica com dispneia em contexto extra-hospitalar?”



III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA - HOSPITALAR

METODOLOGIA

Método de pesquisa científica:
Revisão da literatura

Revisão organizada por:

- Pertinência da temática,
- Objetivo geral e específicos,
- Fundamentação teórica,
- Questão de investigação
- Revisão de literatura.

É um método de pesquisa usado na **prática baseada em evidência (PBE)**, pois permite reunir e sintetizar resultados atuais sobre o tema de forma ordenada, aprofundando o conhecimento daquilo que é investigado e assim gerar e facilitar mudanças na prática clínica (Mendes et al., 2008)

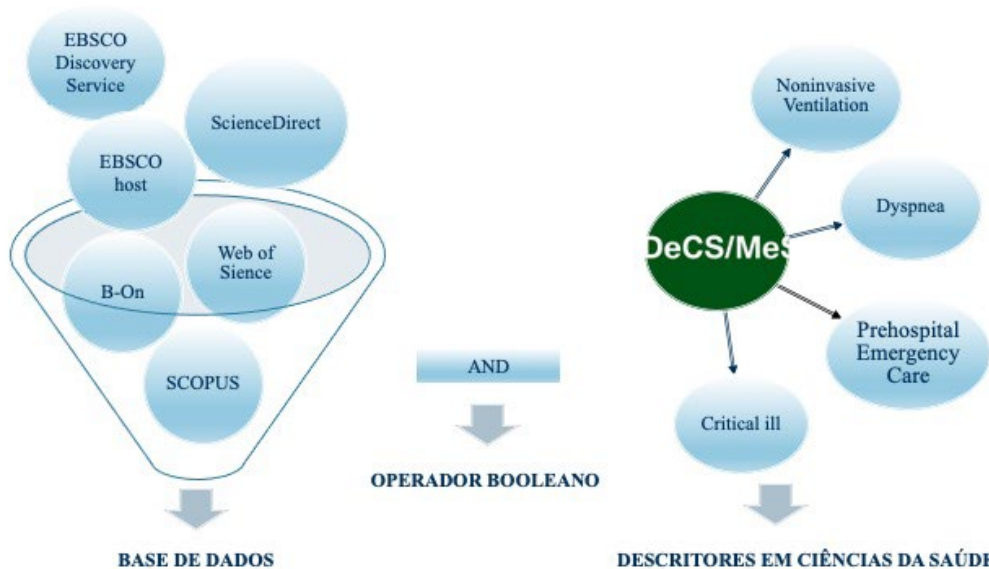
Palavras-Chave:
Ventilação Não Invasiva, Emergência Pré-hospitalar, Dispneia, Doente crítico.



III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR

METODOLOGIA



III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Artigos de estudos primários ou secundários, qualitativos e quantitativos sobre VNI no extra-hospitalar;
- Artigos publicados entre 2017 e 2022;
- Artigos em português, espanhol e inglês;
- Texto completo;
- Analisado por pares.

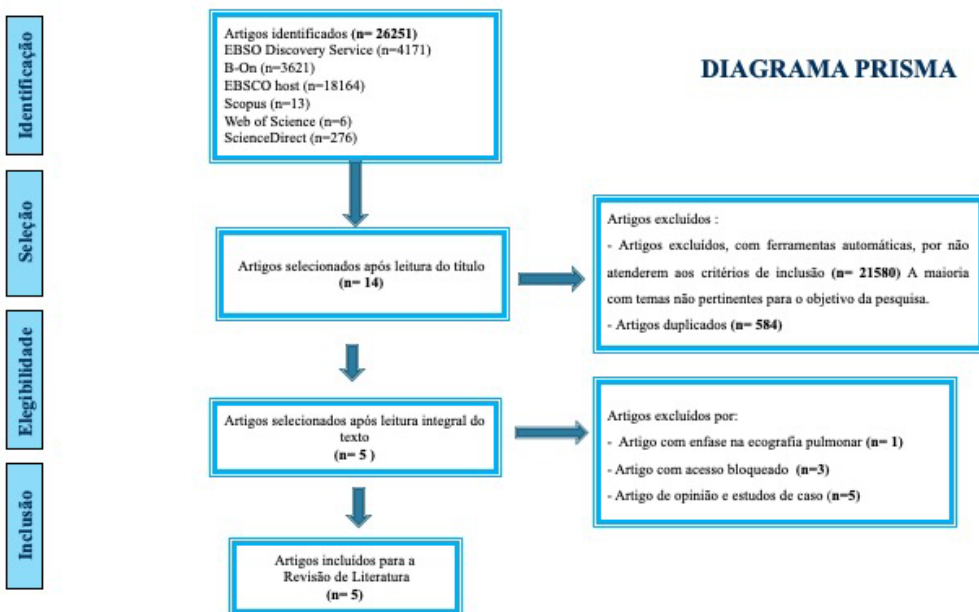
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO



- Teses de mestrado ou doutoramento;
- Artigos de outros contextos além do extra-hospitalar;
- Associação com outros temas.

III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONEXO EXTRA – HOSPITALAR



III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR

TABELA DE EVIDÊNCIAS

Artigo	1	2	3	4	5
Título	<i>An observational study of the utility of continuous positive airway pressure ventilation for appropriate candidates in prehospital care in the Midwest region</i>	<i>Management of respiratory distress following prehospital implementation of noninvasive ventilation in a physician-staffed emergency medical service: a single-center retrospective study</i>	<i>Outcomes of Patients Treated with Prehospital Noninvasive Ventilation: Observational Retrospective Multicenter Study in the Northern French Alps</i>	<i>Prehospital non-invasive ventilation in acute respiratory failure is justified even if the distance to hospital is short</i>	<i>Protocol for assessing mortality reduction with the early use of noninvasive ventilation in prehospital emergency services: A multicentre, observational cohort study in Madrid, Spain</i>
Ano	2017	2021	2021	2019	2022
Autor	Mac Donnell, C.; Cummins, N.; Hennesly, D.; Hannigan, A.; Ryan, D.	Dusand, Adeline; Beynaud, Nicolas; Maudet, Ludovic; Carron, Pierre-Nicolas; Daemi, Fabrice; Fiquelloud, Lise; Cailliet-Bois, David; Pasquier, Mathieu	Pinczon, Julie; Terzi, Nicolas; Usorglio-Polatera, Pascal; Gheno, Gaël; Savary, Dominique; Debaty, Guillaume; Peigne, Vincent; Chiamello, Davide	Hensel, Mario; Strunden, Mike Sebastian; Tank, Sascha; Gagelmann, Nina; Wirtz, Sebastian; Kerner, Thoralf	Horillo García, C.; Cintea Sutz, A. M.; Gutierrez Mias, A.; Gómez-Morán Quintana, M.; Torres Peza, A.; Carrillo Fernández, O.; Rendo Muñillo, J. A. ...
Identificação do estudo	Descritivo / Exploratório	Retrospectivo / Exploratório / Correlacional / Monocêntrico	Multicêntrico / Retrospectivo / Observacional	Observacional / prospectivo / coorte	Coorte / Observacional / Multicêntrico / Prospectivo
Paradigma do estudo	Quantitativo	Quantitativo	Qualitativo / Quantitativo	Quantitativo	Quantitativo
Amostra	n=141 chamadas de emergência	n=187 doentes	n=172 doentes tratados com VNI	n=99 doentes	n=317 doentes
Principais Resultados	Avaliadas as chamadas de emergência (n=1369). Uma investigação aprofundada dos registos sugere que 36,5 % da amostra apresentavam critérios para utilização de VNI, segundo as diretrizes do Serviço de Emergências Médicas de Toronto para a VNI.	Doentes atendidos em contexto extra-hospitalar n=2457, nos ELHA. Doentes tratados com VNI 56 (30%). Doentes com critérios para VNI, não tratados: 41 (31%). Em 16% o VNI foi interrompido antes da chegada ao hospital. A pontuação média obtida pela escala de dispneia (D-VOS) no hospital do grupo VNI foi significativamente inferior.	Das 172 casos estudados nos , Alpes Franceses, um não deu entrada no hospital devido a óbito, e foram estudados 155 registos hospitalares, disponíveis para consulta. Dos 155 doentes estudados, 123 (79%) iniciaram VNI no extra-hospitalar em concordância com as orientações protocoladas, 32 (21%), possivelmente não deviam ter sido tratados com VNI, segundo as mesmas diretrizes.	Furam analisados um total de 99 doentes, em Hamburgo, (VNI-grupo 1: n=41 ≤ 15 min, VNI-grupo2: n=58 > 15 min). O grupo de controlo era composto por 30 doentes que o tratamento utilizado era o convencional. Os grupos VNI apresentaram melhoria significativa da dispneia e sinais vitais.	Os resultados do estudo realizado em Madrid, apontam para uma melhoria da dispneia e sinais vitais em doentes tratados com VNI no extra-hospitalar em comparação com o grupo não tratado com VNI, independentemente do tempo de transporte. Este estudo inclui formação específica para os equipos de médicos e enfermeiros com VNI, da extra e intra-hospitalar.
Conclusões	Este estudo sugere que existe um número aceitável de doentes, em ambiente de extra-hospitalar, com critérios para utilização de VNI. Resolveu a necessidade de realização de um estudo prospetivo da utilização do VNI nestes doentes.	Os resultados deste estudo contribuem para uma melhor compreensão da gestão extra-hospitalar dos doentes que apresentam problemas respiratórios agudos e uma indicação para VNI. Um estudo prospetivo poderá esclarecer ainda mais por que razão os doentes com um diagnóstico suspeito de EAP e DPOC não são tratados com VNI, bem como o impacto clínico das diferentes estratégias.	A utilização de VNI extra-hospitalar foi inadequado em 21% dos casos, e estes apresentaram uma taxa de intubação mais elevada do que os doentes com uma indicação para utilização de VNI. Esta elevada frequência de utilização inadequada de VNI, pode ser relacionada com a dificuldade de estudar a insuficiência respiratória aguda no contexto extra-hospitalar.	O tratamento extra-hospitalar com VNI deve ser realizado em doentes com exacerbação da DPOC e EPC, mesmo que a distância entre o local da emergência e o hospital seja curta. A não utilização da VNI no extra-hospitalar é difícil de justificar.	A utilização de VNI extra-hospitalar está associado a uma redução da mortalidade intra-hospitalar. É importante que médicos e enfermeiros recebam formação específica em VNI.

III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR

RESULTADOS/DISCUSSÃO

- A dispneia no EH é uma grande preocupação das equipas de emergência.
- No extra-hospitalar, Donncha et al. (2017) verificou que aproximadamente 50% dos doentes apresentam critérios para tratamento com VNI (o que não acontece).
- Na literatura de Gomez & Vales (2012) e estudo de Donncha et al. (2017) não foram encontradas diferenças significativas nos critérios para VNI, corroborando por Pinho (2020) e pela ERS/ATS (2017) que recomenda Bi-nível para IR com acidose por exacerbação DPOC e EAPC.
- Os doentes, clinicamente mais graves, apresentam melhoria dos seus sinais vitais, pontuação da escala da dispneia inferior e evolução clínica positiva, quando tratados eficientemente com VNI (Dunand et al., 2021).



III. REVISÃO DA LITERATURA

CONTRIBUTO DA VNI À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO EXTRA – HOSPITALAR

RESULTADOS/DISCUSSÃO

- A utilização de gasometria arterial e ecografia pulmonar, poderia ajudar nos diagnósticos das causas de dispneia em ambiente extra-hospital, uma vez que estes dependem principalmente do exame clínico (Santos, 2019; Chouihed et al., 2017), de acordo com Pinczon et al. (2021) quando refere que o insucesso da VNI pode estar relacionado com diagnósticos errados.
- Mesmo quando a distancia entre o local da ocorrência e o hospital é curta, deve ser iniciada VNI, refletindo-se na rápida recuperação dos doentes e diminuição da necessidade de ventilação invasiva e mortalidade intra-hospitalar (Hensel et al., 2019; García et al., 2022).
- A formação específica permite aos profissionais o conhecimento para utilizarem VNI com sucesso; sendo o modo ventilatório mais utilizado, após formação, o Bi-nível (García et al., 2022), indo de encontro com as recomendações da ERS e ATS (2017).



CONCLUSÃO

- Uniformizar e atualizar os protocolos/critérios para utilização de VNI;
- Sensibilizar para a necessidade de utilizar equipamentos alternativos, que disponibilizem outros modos ventilatórios ou que possam auxiliar no diagnóstico das causas de dispneia.
- Possibilitar que haja contributos para ganhos em saúde da PSC:
 - Redução da taxa de mortalidade;
 - Diminuição da taxa de ventilações invasivas;
 - Minimização do tempo de internamento;
 - Redução a taxa de infeção associada à ET;
 - Diminuição da despesa em cuidados de saúde;
- Sensibilizar para a necessidade de formação em VNI das equipas de emergência médica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abubacker, A. P., Ndakotsu, A., Chawla, H. V., et al., (2021). Non-invasive Positive Pressure Ventilation for Acute Cardiogenic Pulmonary Edema and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Prehospital and Emergency Settings. *Cureus*, 13(6), p. e15624.

Botelho, S. d., & Borges, J. D. (2013). *Ventilação Não Invasiva - uma prática fundamentada em evidência científica*. Nursing.

Chouhied, T., Bassand, A., Peschanski, N., et al., (2017). Emergency Management of Acute Dyspnea Suspected of Heart Failure: a Diagnosis and Therapeutic Challenge. *Annales Francaises de Medecine de Urgence*, 7(4), pp. 247–257.

Dunand, A., Beysard, N., Maudet, L., et al., (2021). Management of respiratory distress following prehospital implementation of noninvasive ventilation in a physician-staffed emergency medical service: a single-center retrospective study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), p. 85.

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), pp. 655–667.

Gomez, L. R., & Vales, S. B. (2012). *Fundamentos de la ventilación mecánica* (1ª edição ed.). Valencia: Marge Médica BooKs.

Hensel, M., Strunden, M. S., Tank, S., et al., (2019). Prehospital non-invasive ventilation in acute respiratory failure is justified even if the distance to hospital is short. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(4), pp. 651–656.

Horrillo García, C., Cintora Sanz, A. M., Gutierrez Misis, A., et al., (2022). Protocol for assessing mortality reduction with the early use of noninvasive ventilation in prehospital emergency services: A multicenter, observational cohort study in Madrid, Spain. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 35(3), pp. 302–308.

INEM. (2012). *Emergências Médicas* (2ª ed.).

INEM. (2013). *SIEM*. (INEM, Ed.) INEM.

INEM (2022). *Indicadores de Desempenho do INEM*. Obtido em novembro de 2022, de <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=14&ano=2022&REF=Todos>

INEM. (2018). *Protocolo Ambulância SIV*. (INEM, Ed.)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas da Saúde - 2019. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Lisboa, Portugal.
- Larsen, K. S., Petersen, A. K., Lisby, M., & Knudsen, M. V. (2018). Dyspnea and self-management strategies in patients admitted to the emergency department: A study of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), pp. 4112–4118.
- Mac Donncha, C., Cummins, N., Hennelly, D., Hannigan, A., & Ryan, D. (2017). An observational study of the utility of continuous positive airway pressure ventilation for appropriate candidates in prehospital care in the Midwest region. *Irish Journal of Medical Science*, 186(2), pp. 489–494.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), pp. 758–764.
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. 2(ed espec. n.º5), 147-152.
- Pereira, J., Sequeira, R., Marques, M. d., Oliveira, N., & Realista, S. (2016). Ventilação Não-Invasiva: Opção terapêutica nos Cuidados ao doente com dispneia em contexto pré-hospitalar.
- Pinczon, J., Terzi, N., Usseglio-Polatera, P., et al., (2021). Outcomes of Patients Treated with Prehospital Noninvasive Ventilation: Observational Retrospective Multicenter Study in the Northern French Alps. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), p. 1359.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., et al., (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 50(2).
- Rodrigues, L. M., & Martins, J. C. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16(1), pp. 26–41.
- Santos, J. (2019). A abordagem diagnóstica da dispneia aguda no adulto no pré-hospitalar. *Livesaving. 14ª edição(3ª Separata)*, pp. 7–18.
- Santos, J. V., Souza, J., Valente, J., et al., (2020). The state of health in the European Union (EU-28) in 2017: an analysis of the burden of diseases and injuries. *European journal of public health*, 30(3), pp. 573–578.



ANEXOS

ANEXO 1 - Certificado de formação profissional curso “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”



Certificado de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de , nascido(a) a , nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º , válido até 03-08-2031, concluiu com aproveitamento, em 12-10-2022, o curso de Formação Profissional:

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

que decorreu de 12-10-2022 a 12-10-2022 num total de 1 hora(s) , com a classificação final de 20 valores (numa escala de 0 a 20).

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023



Certificado Nº 89 / 2022

REG.019.CAF

Cofinanciado por:



ANEXO 2 - Certificado de formação profissional curso “Metas internacionais para a
segurança do doente”



Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de _____, nascido(a) a _____, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º _____, válido até 03-08-2031, frequentou de 30-09-2022 a 30-09-2022, num total de 1 hora(s), o curso de Formação Profissional:

Metas internacionais para a segurança do doente

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023

Certificado Nº 1577 / 2022

REG.019.CAF

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO 3 - Certificado de aproveitamento da formação “iTEAMS”



Formação à distância

CERTIFICADO de APROVEITAMENTO

Serve para certificar que

Carla Moreira
concluiu a disciplina

iTEAMS

1 dezembro 2022

Avaliação Teórica (10 min.) Avaliação: 100,00 %

Horas de crédito: 1 hora

Este certificado é reconhecido
para efeitos de integração no
Projeto iTEAMS do INEM

W8PEAsbDra

O Departamento de



**ANEXO 4 - Certificado de formação profissional do curso “Acreditação da Idoneidade
Formativa dos Contextos da Prática Clínica”**



Certificado de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de _____, nascido(a) a _____, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º _____, válido até 03-08-2031, concluiu com aproveitamento, em 03-10-2022, o curso de Formação Profissional:

Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica

que decorreu de 03-10-2022 a 03-10-2022 num total de 1 hora(s), com a classificação final de 20 valores (numa escala de 0 a 20).

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023



Certificado Nº 13 / 2022

REG.019.CAF

Cofinanciado por:



ANEXO 5 – Certificado do curso “VNI - Ventilação Não invasiva”

CERTIFICADO DE APROVEITAMENTO

certifica que

Carla Marisa Antunes Moreira

Concluiu com sucesso o seguinte curso, ministrado através da plataforma on-line de e-learning

VNI - Ventilação Não invasiva

Lisboa, 14 de novembro de 2022

Data

E00EC07D-2CEA-4952-B96BA5050A6B96E4

ANEXO 6 - Certificado de formação profissional curso “Regime dos atos que tenham por objeto a dádiva ou colheita de órgãos”



Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de _____, nascido(a) a _____, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º _____, válido até 03-08-2031, frequentou de 19-10-2022 a 19-10-2022, num total de 2 hora(s), o curso de Formação Profissional:

Regime dos atos que tenham por objeto a dádiva ou colheita de órgãos

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023



Certificado Nº 3927 / 2022

REG.019.CJAF

Cofinanciado por:



ANEXO 7 - Certificado de formação profissional curso “Apresentação PRISMAX - TDC”



Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de _____, nascido(a) a _____, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º _____, válido até 03-08-2031, frequentou de 21-10-2022 a 21-10-2022, num total de 1 hora(s), o curso de Formação Profissional:

Apresentação PRISMAX - TDC

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023

Pe'l'O Responsável da Entidade Formadora

Certificado Nº 3939 / 2022

REG.019.CAF

Cofinanciado por:



ANEXO 8 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde AVC - Edição 2022”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

Via Verde AVC - Edição 2022

Certifica-se que

Carla Moreira

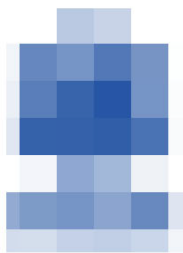
concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde AVC - Edição 2022 em 2 de dezembro de 2022, com a duração de 2 horas.

Departamento de Formação em Emergência Médica



Certificado n.º S47ogvvk7x
Válido até





VIA VERDE AVC – EDIÇÃO 2022

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

Duração:

1 hora

PLANO CURRICULAR:

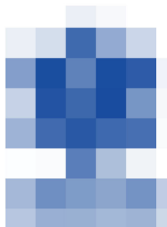
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Escalas
- Via Verde AVC

Verifique a validade deste certificado em:



ANEXO 9 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde de Trauma”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Via Verde de Trauma

Certifica-se que

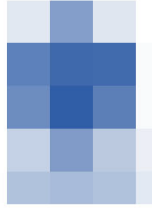
Carla Moreira

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Trauma em 10 de Janeiro de 2023, com a duração de 2 horas.



Certificado nºgUdkXLPwM
Válido até





VIA VERDE DE TRAUMA

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

Duração:

2 horas

PLANO CURRICULAR:

- Processo Assistencial de Trauma
- Pilares do Trauma
- Registos (ITEAMS, Verbete Nacional de Socorro)
- Procedimentos de Controlo de Hemorragias
 - Preenchimento
 - Torniquete
 - Cinto Pélvico

Verifique a validade deste certificado em:



ANEXO 10 - Certificado de formação profissional curso “Boas práticas no doente politraumatizado”



Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

Certifica-se que **CARLA MARISA ANTUNES MOREIRA**, natural de _____, nascido(a) a _____, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º _____, válido até 03-08-2031, frequentou de 30-09-2022 a 30-09-2022, num total de 2 hora(s), o curso de Formação Profissional:

Boas práticas no doente politraumatizado

Guimarães, 3 de Fevereiro de 2023



Certificado Nº 3234 / 2022

Cofinanciado por:

REG.019.CAF



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO 11 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde Sepsis”



APRENDER | Formação à distância

CERTIFICADO de APROVEITAMENTO

Serve para certificar que

Carla Moreira

concluiu a disciplina

Via Verde Sépsis

2 dezembro 2022

Horas de crédito: 1 hora

OT15vPEGmJ



ANEXO 12 - Certificado de formação profissional curso “Via Verde Sépsis”



APRENDER | Formação à distância

CERTIFICADO de APROVEITAMENTO

Serve para certificar que

Carla Moreira

concluiu a disciplina

Via Verde Coronária

2 dezembro 2022

Horas de crédito: 1 hora

Os Conteúdos Programáticos:

- 1 - Via verde Coronária
- 2 - Dor Torácica
- 3 - Procedimentos de Atuação



ANEXO 13 - Certificado de formação profissional curso “Reanimação de Alto
Desempenho”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Tecnologia Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Reanimação de Alto Desempenho

Certifica-se que

Carla Moreira

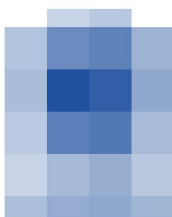
concluiu com aproveitamento o curso de Formação Reanimação Alto Desempenho em 2 de dezembro de 2022, com a duração de 2 horas.

Departamento de Formação em Tecnologia Médica



Certificado n.º: hB5NNItcUZ
Válido até





REANIMAÇÃO DE ALTO DESEMPENHO

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

Duração:

2 horas

PLANO CURRICULAR:

- Reanimação – Conceitos, Enquadramento, *Guidelines*
- Casos de Reanimação
- Enquadramento e Treino
- Registo Nacional de PCR

Verifique a validade deste certificado em:

