



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM... CONSTRUÇÃO DE UM PERCURSO

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
Sandra Machado Pereira

Porto – março 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM...

CONSTRUÇÃO DE UM PERCURSO

SPECIALIZED NURSING SKILLS... THE FRAMING OF A PATH

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
Sandra Machado Pereira

Sob a orientação de Doutor Vasco Neves

Porto – março 2023

RESUMO

No âmbito da conclusão do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, surge o relatório intitulado “Competências Especializadas em Enfermagem...A construção de um percurso”. Este apresenta-se como uma súmula de todo o percurso pessoal de desenvolvimento de competências, onde de forma crítico-reflexiva é analisado todo o trajeto desenvolvido para atingir a excelência na prestação de cuidados ao doente crítico.

Transfigura-se como um olhar para todas as atividades potenciadoras de desenvolvimento de competências, desde a experiência prévia, a todo o percurso de estágio, que se desenvolveu numa unidade de cuidados intensivos polivalente e num serviço de urgência médico-cirúrgico, bem como com todos os conhecimentos adquiridos na parte curricular do mestrado.

O presente relatório desenvolve-se desde a introdução, ao percurso prévio de construção de competências decorrente dos mais de 10 anos de experiência profissional ao cuidado do doente crítico; seguem-se a caracterização e contextualização dos locais de estágio pois foram potenciadores da aquisição de competências não sendo possível traçar o percurso sem fazer referência às suas especificidades. Posteriormente, é explicado o percurso para o desenvolvimento de competências especializadas de acordo com os domínios de competências do enfermeiro especialista, que são, nomeadamente, os domínios - da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, partindo assim do geral para o particular da área de especialização em causa, tendo por base os objetivos pessoais traçados, mas também os inerentes à própria especialização e mestrado, e a conclusão onde é efetuado o balanço de todo o percurso, evidenciando dificuldades, contributos e implicações do ciclo de estudos na atividade profissional. Como contributo para os locais de estágios foram desenvolvidos dois trabalhos um que visa a uniformização da clínica e uma revisão da literatura sobre a utilização da prática simulada, na aquisição de competências, no serviço de urgência, evidenciando vantagens e desvantagens da sua utilização.

O processo de aquisição de competências tornou-se desafiador pela necessidade de questionar a prática diária e investigar para proporcionar à pessoa o melhor cuidado; a excelência decorrente da prática especializada

Palavras-chave: competências, enfermeiro especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

As part of conclusion the 15th Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, of the Institute of Health Sciences in Universidade Católica Portuguesa, appears these report that is entitled “Specialized Nursing Skills...The construction of a path.” This aims to be a summary of the entire personal path of development of professional skills, where in a critical-reflective way is analyzed the development to achieve excellence in providing care to the critically ill patients.

It is transformed into a look at all skills-enhancing activities, from the previous experience to the entire internship path, which was developed in a multipurpose intensive care unit and in a medical-surgical emergency service, integrating with all the knowledge acquired in the curricular part of the master's degree.

This report is developed from the introduction to the previous journey of building skills, resulting from more than ten years of professional experience, in the care of critically ill patients; hereafter is the characterization and contextualization of the internship locations as they were potential enhancers for the acquisition of all skills and it is not possible to trace the path without referring to their specificities. Subsequently, the path for the development of specialized skills is explained in accordance with the domains of competence of the specialist nurse, which are, namely, the domains - of professional, ethical and legal responsibility, of continuous quality improvement, of care management and of the development of professional learning, thus starting from the general to the particular of the area of specialization in question, based on the personal objectives outlined, but also those inherent to the specialization and master's degree itself, and in the conclusion is made the balance of the entire path, highlighting difficulties, contributions and implications of the study cycle in professional activity. As a contribution to the internship location, two works were developed, one aimed to standardizing the clinic practice and the other a literature review about the use of simulated practice, in the acquisition of skills, in the emergency service, showing the advantages and disadvantages of its use.

The process of acquiring skills has become challenging due to the development of the restlessness, the need to question and investigate to provide the person with the best care, the excellence resulting from specialized practice.

Keywords: Skills, specialist nurse, critically ill patient, nurse care

AGRADECIMENTOS

Ao Doutor Vasco Neves pelo tempo, acompanhamento e pelas palavras certas. A sua capacidade de perceber todas as dificuldades que tive neste percurso, impulsionando-me, foram fundamentais neste percurso.

Aos professores que foram passando pelo meu caminho de construção de competências e que foram deixando as suas marcas...

Aos tutores e a todos os que se foram cruzando comigo nesta caminhada, que foram contribuindo para me tornar melhor.

Aos de sempre, os meus filhos e o meu marido não posso deixar de agradecer pela compreensão e pelo incentivo diário. Posteriormente aos meus pais, que também ajudaram a minimizar a minha ausência estando sempre presentes.

Sem deixar ninguém de fora...aos amigos...que, muitas vezes, tiveram as palavras certas e que nunca permitiram que fosse abaixo em momentos mais desgastantes

“O futuro não é o lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo, muda tanto o realizador quanto o destino”

Antoine de Saint-Exupéry, 1943

Lista de Abreviaturas/Acrónimos/ Siglas:

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

CAM ICU – Método de Avaliação da Confusão em Unidades de Cuidados Intensivos

CIP – Cuidados Intermédios Polivalentes

COVID-19 – Doença Infeciosa provocada pelo Coronavírus SARS-COV-2

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERI – Equipa Reanimação Intra-hospitalar

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INVOS - Sistema de Oximetria Cerebral/Somática não Invasivo

mmHg – Milímetros de mercúrio

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PEI – Plano de Emergência Interno

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SMUC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 15 -
1. PERCURSO PRÉVIO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS	- 19 -
2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS ESTÁGIO	- 23 -
2.1 Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.....	- 23 -
2.2 Serviço de Urgência Geral.....	- 27 -
3. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	- 31 -
3.1 Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal.....	- 32 -
3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	- 37 -
3.3 Domínio da Gestão de Cuidados	- 46 -
3.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	- 49 -
CONCLUSÃO	- 57 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 61 -
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Prática Simulada na Aquisição de Competências no Serviço Urgência	- 75 -
APÊNDICE II – Instrução de Trabalho Cuidados ao doente portador de <i>pacemaker</i> provisório	- 97 -
ANEXOS	
Anexo I – Mala de Emergência.....	- 105 -

INTRODUÇÃO

O 15º Curso Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa finaliza com a unidade curricular Estágio Final e Relatório. Esta unidade curricular compreende oitocentas e quarenta horas, das quais trezentas e sessenta horas são de estágio sendo que as restantes compreendem orientações tutoriais, seminários e ainda trabalho autónomo. Os estágios desenvolveram-se de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022 e realizaram-se num serviço de medicina intensiva polivalente e num serviço de urgência médico-cirúrgico.

Para dar resposta a esta unidade curricular foi elaborado o presente relatório intitulado “Competências Especializadas em Enfermagem...A construção de um percurso”. Este revela a inquietação sobre a aquisição das mesmas e sobre todo o percurso reflexivo que mediou este mestrado. A forma de aquisição de competências em enfermagem é tema largamente estudado, mas sem uma definição consensual; estas podem ser explicadas como conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, que remetem para cuidados de qualidade e com cultura de segurança (Oliveira et al.,2015). Em 2015, aparece mesmo a tradução, validação e adaptação cultural da NCS (nurse competence scale) que categoriza as competências em sete orientações, gestão de conhecimentos, liderança, função docente, assegurar a qualidade e diagnóstico (Oliveira & Queirós, 2015), demonstrando desta forma a amplitude do conceito.

Este presente relatório pretende, de forma descritiva, analítica e crítico-reflexiva, apresentar as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), mas também das específicas da área de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) e que vão culminar com as competências de mestre em enfermagem. As atividades desenvolvidas tiveram por

base o projeto de estágio efetuado anteriormente e que funcionou como fio condutor neste contacto com a PSC.

Com este relatório, proponho-me a refletir sobre as competências prévias, que foram facilitadoras de aprendizagem; a descrever os campos de estágio caracterizando e contextualizando-os, refletindo, sobre a sua importância na aquisição de novas competências. Pretendo, ainda, analisar de forma crítica-reflexiva o processo de concretização dos objetivos de estágio, bem como o percurso desenvolvido e todas as situações problema identificadas, demonstrando a aquisição de conhecimentos e capacidade de compreensão, na área de especialização, aplicando-os na resolução de situações novas e não familiares. Este processo de aquisição de competências especializadas visa, ainda, integrar conhecimentos, para lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções, em situações de informação limitada ou incompleta e também desenvolver competências na área da investigação e comunicação de resultados obtidos.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos, que se encontram distribuídos de acordo com uma linha temporal de aquisição de competências. No primeiro capítulo, será abordado o percurso prévio de construção de competências na pessoa em situação crítica, com base nos mais de dez anos de experiência no cuidar e que garantiu a creditação de uma das unidades curriculares do presente mestrado. No segundo capítulo, é efetuada a contextualização e caracterização dos contextos de estágio, que foram, nomeadamente, um serviço de medicina intensiva polivalente (SMIP), e um serviço de urgência médico-cirúrgica, que, através das suas especificidades garantiram a aquisição de competências variadas e possibilitaram o crescimento pessoal. No terceiro capítulo, é abordado, de forma crítico-reflexiva, todo o percurso de aquisição de competências estabelecidas para os enfermeiros especialistas, partindo assim das competências gerais para as particulares da especialização em causa. Esta abordagem é efetuada de acordo com os domínios de competências do enfermeiro especialista (responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais) consagrados no regulamento 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), não esquecendo as competências inerentes à área de especialização que visam o cuidado à pessoa/família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica ou falência multiorgânica; o plano de dinamização/resposta em situações de

emergência/exceção/catástrofe bem como a prevenção/intervenção/controlo da infeção e de resistências aos antimicrobianos, consagrados no regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Por fim, a conclusão onde, de forma sumária, avalio o meu percurso face aos objetivos que tinha traçado, evidenciando as dificuldades e as perspetivas futuras. Seguidamente, as referências bibliográficas utilizando a sétima edição da American Psychological Association (APA). Em apêndice apresento dois trabalhos desenvolvidos durante os campos de estágio, uma norma clínica para uniformização dos cuidados ao doente portador de *pacemaker* provisório e uma revisão da literatura, na qual, foi efetuada pesquisa sobre a utilização da prática simulada, na aquisição de competências no serviço de urgência, em anexo, apresento um documento que contextualiza a informação apresentada no relatório.

O doente crítico, desde cedo, fez parte do meu percurso profissional e também proporcionou a aquisição de algumas competências, visto que trabalho numa unidade de cuidados intensivos de cardiologia há mais de 10 anos e, por consequência, um dos capítulos do meu relatório vai incidir sobre este percurso prévio. Não podemos esquecer que a principal causa de morte em Portugal continua a ser as doenças do aparelho cardiocirculatório (PORDATA, 2022b), e como tal grande parte dos doentes críticos apresentam falências a este nível. O contato com os locais de estágio foi uma mais-valia, no sentido em que ao observar formas de atuação diferentes fez com os horizontes se expandissem, levando a interrogar a minha prática diária. A partilha de conhecimento e saberes com as diferentes equipas levou à evolução de todas as partes envolvidas no percurso de aprendizagem.

A pessoa em situação crítica é classificada, segundo o Regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), como *“aquela que se encontra em risco e/ou falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p 19362), tendo sempre por base que os cuidados de enfermagem diferenciados se traduzem na diminuição de complicações/ incapacidades com o propósito máximo da recuperação total da pessoa. Os cuidados diferenciados apresentam-se como resultantes das competências acrescidas que os enfermeiros detêm. Na busca por maior conhecimento, melhores práticas surgem as especialidades em enfermagem, para fazer face a uma sociedade cada vez mais exigente, com problemas mais complexos e com mais conhecimento. Segundo a PORDATA cerca de

50,5% da população tem a percepção do seu próprio estado de saúde/doença, valor que está em crescendo e que acompanha a média europeia (PORDATA, 2022). Logo esta população requer cuidados com mais rigor, segurança e qualidade e, também, com maior eficácia, eficiência e efetividade.

Para culminar este ano curricular, as competências de mestre vão traduzir-se na integração dos saberes e competências (quer na prestação, quer ao nível da investigação) na resolução de problemas e questões complexas, com vista à disseminação das conclusões, conhecimentos e raciocínios pelos pares e pela comunidade, levando, desta forma ao crescimento e valorização da enfermagem.

1. PERCURSO PRÉVIO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Em virtude da minha experiência profissional e de todo o trabalho que desenvolvi como enfermeira no meu serviço, tive a creditação da unidade curricular: A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica, no segundo semestre. A creditação teve por base a prestação de cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), onde presto cuidados ao doente em falência cardíaca, bem como à família/cuidador.

Enfermeira desde 2007, na altura, na Escola de Enfermagem Imaculada Conceição, sempre pautei a minha vida pela evolução constante enquanto pessoa e profissional. O meu caminho foi diversificado: exerci funções numa clínica de desintoxicação com internamentos compulsivos e voluntários e, posteriormente, fui para Dublin onde prestei cuidados de enfermagem numa “Nursing Home”, contactando com uma realidade muito diferente da nossa. Após regressar a Portugal, exerci funções numa unidade de cuidados continuados de média e longa duração e, também, prestei cuidados no atendimento permanente e no internamento cirúrgico da mesma instituição. Em 2011, iniciei funções na cardiologia e, posteriormente, na UCIC, sendo esta uma unidade nível II, onde o doente crítico é uma realidade diária. Esta é considerada uma unidade de nível II, visto que a ela recorrem doentes com necessidade de suporte de um órgão, não garantido suporte ventilatório invasivo (Paiva et al., 2016).

À UCIC recorrem doentes com síndrome coronário agudo, disritmias graves, insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogénico, tamponamento cardíaco e outras patologias do foro cardíaco, nos quais a monitorização contínua, invasiva e a capacidade de prever, antecipar e detetar precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica e consequente falência multiorgânica são a melhor forma de garantir a estabilização e manutenção da pessoa com vista à sua recuperação. As disfunções cardiocirculatórias, respiratórias, a insuficiência renal agudizada e os choques cardiogénico, séptico e distributivo são os mais comuns na UCIC, o que implica uma atualização de conhecimento recorrente, tendo por

vista as recomendações existentes para a prestação de cuidados de acordo com a evidência mais atual.

Na prestação diária, cuidado da pessoa/família/cuidador que se encontra a vivenciar um processo complexo de doença e, para tal, é necessária a avaliação holística da mesma, por forma a respeitar a sua individualidade, sendo que as competências relacionais e de comunicação interpessoal se apresentam como importantes para gerir e estabelecer uma relação terapêutica. A comunicação é uma ferramenta de extrema importância, seja ela entre a equipa multidisciplinar, ou entre esta e o doente/família, no sentido de fomentar o bem-estar entre a equipa e também para auxiliar o doente/família a ultrapassar as perturbações emocionais/sociais e relacionais decorrentes da situação aguda que leva ao internamento (Grupo de Trabalho de certificação do Projeto HU-CI, 2019). Também é garantida a qualidade de cuidados e segurança respeitando os protocolos e normas hospitalares estabelecidas que garantem a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. O conhecimento e a identificação precoce de instalação de quadros de sepsis, o cumprimento de normas de assepsia nos procedimentos invasivos e cumprimento das normas de manuseamento de dispositivos garantem que indicadores como o tempo de permanência na UCIC e no hospital não sejam prolongados, evidenciando também as boas práticas.

Nesta forma de cuidar, a autodeterminação do doente é respeitada fomentando a construção de competências no domínio da ética e da deontologia profissional. Existiram duas situações que foram impactantes no meu desenvolvimento: uma relacionada com um doente adulto testemunha de Jeová que recusou uma transfusão de glóbulos rubros e outra na qual o doente recusou cateterismo cardíaco, ambos conscientes, orientados e devidamente informados sobre as consequências desta recusa. Em ambas as situações o desfecho foi a morte para os doentes, que, apesar de lhes ter sido explicado todas as implicações da sua decisão, assumiram a sua vontade, que foi respeitada. Eram doentes adultos, ambos com cerca de 40 anos, o que levou ao sentimento de impotência por parte equipa, sendo necessário reunir a mesma para que o sentimento de mal-estar fosse extinto. Foi o respeito pela recusa do consentimento consagrado na lei (Assembleia da República, 2001).

Como enfermeira, no meu serviço, presto ainda cuidados no internamento de cardiologia, na consulta de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca e de Insuficiência Cardíaca Avançada bem como no hospital de dia da mesma; ainda no laboratório de Ecocardiografia e nas cardioversões. Nas consultas de enfermagem o papel do enfermeiro visa ensinar ao doente/família estratégias de autovigilância que garantam a diminuição de complicações e eventos adversos decorrentes de uma agudização e que obriguem assim ao internamento, o objetivo destas consultas passa também por aumentar a literacia em saúde dos mesmos e diminuindo as taxas de internamento dos doentes e melhorando assim os indicadores de resultado destas mesmas consultas.

No âmbito do meu trabalho, também participei em alguns projetos de investigação na colheita de dados e também participei na elaboração de um artigo sobre o impacto da covid na atividade física e na qualidade de vida dos doentes, em reabilitação cardíaca. Colaboro na integração de novos elementos da equipa de enfermagem, bem como na orientação de alunos em estágios de integração à vida profissional. Faço, ainda, transporte intra e extra-hospitalar do doente cardíaco, também devido à formação em Suporte Imediato de Vida

Como interlocutora da qualidade local do serviço, participo na atualização das normas, procedimentos e instruções de trabalho do serviço e, também, no processo de acreditação hospitalar pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS). Este processo de acreditação demonstra a própria vontade do hospital em ser avaliado por uma instituição externa que garanta a qualidade e segurança dos doentes. No decurso da melhoria da qualidade, e tendo por base as Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, o objetivo dos interlocutores passa pela implementação de medidas que visem a melhoria da qualidade assistencial e organizacional, monitorizando-a através de auditorias. Aos interlocutores é ainda solicitado medidas que promovam a cultura de segurança dos doentes através da informação e da capacitação dos mesmos (Ministério da Saúde, 2015).

No meu percurso, fui desenvolvendo também competências de gestão, e segundo o artigo sétimo do Regulamento nº 140/2019, as competências de gestão do enfermeiro especialista são evidenciadas pela sua capacidade de gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa e a articulação da mesma na equipa multidisciplinar, referindo como competência a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações, potencializando a qualidade

dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Como responsável de turno, integro a equipa multidisciplinar na organização dos recursos humanos e materiais, procurando utilizá-los de forma eficaz e eficiente de acordo com os modelos de gestão organizacional preconizados.

No doente crítico, a atuação em situações de urgência é uma constante e os cuidados prestados visam a cultura de segurança, prevenindo situações de risco clínico e de risco não clínico. Nestas situações, a liderança, a capacidade de comunicação e gestão de stress ditam muitas vezes o sucesso da ação desenvolvida.

A prática especializada encontra-se sustentada em conhecimentos teóricos e ajustada às especificidades de cada pessoa, a busca pelo pensamento crítico, no sentido de repensar e ajustar as práticas quotidianas à evidência atual, torna-se fundamental. A procura de conhecimento e a partilha do mesmo assumem um papel preponderante na evolução de qualquer equipa que privilegia a qualidade de cuidados e, como tal, apesar de já ter no meu percurso desenvolvido algumas competências, a busca pela excelência fez com que ingressasse neste mestrado, para, desta forma, tornar evidente todas as competências adquiridas e trilhar um caminho para a aquisição de novas.

2. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS ESTÁGIO

Para a concretização desta unidade curricular, foi necessária a realização de dois estágios na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente numa unidade de medicina intensiva polivalente e num serviço de urgência médico-cirúrgico. Os estágios foram realizados em dois hospitais da área metropolitana do Porto.

Não será possível falar de competências sem fazer o enquadramento dos locais de estágio que, pelas suas características, bem como pelos tutores de estágio, foram facilitadores de todas as aprendizagens conseguidas.

Neste capítulo, não posso deixar de mencionar também os tutores, todos especialistas em médico-cirúrgica, assertivos, dotados de conhecimento, capacidade de comunicação e de liderança. Estes transfiguram-se, também, como responsáveis pelo meu desenvolvimento pessoal, mas também profissional, fomentando a importância da supervisão clínica nos processos de aprendizagem, assim como na prática quotidiana, com vista a melhoria da qualidade nos cuidados prestados.

2.1 Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

Os serviços de medicina intensiva polivalente apresentam-se como responsáveis pela prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes com risco de falência orgânica ou multiorgânica, logo, aos responsáveis pelo serviço, é-lhes incumbida toda a decisão sobre o doente crítico, independentemente da sua localização no hospital (Paiva et al., 2016). Por esse motivo, evidencio que o SMIP tem como responsabilidade a consultadoria a todo o hospital e é a

resposta à emergência intra-hospitalar. Dentro do hospital, localiza-se, em proximidade do SU, da radiologia e, por elevador, tem acesso ao bloco e aos internamentos cirúrgicos e médicos.

O SMIP é um serviço relativamente novo, tem cerca de dois anos, e que surge para fazer face à necessidade de camas extra em época COVID-19. Aquando da construção, existiu uma divisão entre duas alas, a ala A, de nível III, e designada anteriormente UCIP e outra de nível II, a ala B, que era designada Cuidados Intermédios Polivalentes (CIP). Segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, as camas de nível III são consideradas como destinadas a doentes com disfunções multiorgânicas, que necessitam, por conseguinte, de suporte de duas ou mais funções vitais. Enquanto as camas de nível II devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização invasiva, mas com suporte de uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2016). Como é possível perceber, o serviço, como foi construído de raiz, respeitou grande parte das recomendações técnicas emanadas pela ACSS para a instalação de unidades de cuidados intensivos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

O SMIP, como se apresenta na atualidade, é constituído por vinte e oito camas, sendo que dezasseis estão atribuídas na ala A e doze na B. Todas as *boxes* são individuais e de estrutura fechada, apresentando-se divididas entre elas com parede, garantindo a privacidade dos doentes; para o corredor há uma cortina não transparente que é fechada, aquando da prestação de cuidados diretos. As *boxes* de isolamento (quatro na ala A e duas na B) possuem adufa de entrada com possibilidade de pressão positiva e negativa. Cada *box* tem toda a monitorização necessária à tipologia do doente, camas hidráulicas que permitem alternância de posicionamentos, bem como monitorização do peso. Possui, ainda, coluna de perfusoras e coluna de gases e vácuo, ventilador, lavatório, duas mesas de apoio, cadeirão, televisão, sistema de iluminação com regulador de intensidade. As *boxes* têm janelas para o exterior, permitindo a perceção dos doentes para os ritmos circadianos que se apresentam como de extrema importância na regulação do sono do mesmo prevenindo a ocorrência de *delirium* promovendo a regulação da fisiologia, metabolismo e também do comportamento humano (Silvestre, 2022).

Na ala A, cada *box* tem um computador que permite registos à cabeceira do doente e os monitores de leito permitem importar a monitorização de mais um doente, podendo o enfermeiro monitorizar dois doentes em simultâneo. Na área de assistência do SMIP, existe um posto de enfermagem centralizado, que permite a vigilância de todos os doentes através das câmaras existentes em cada *box*, há ainda monitorização de todos os doentes da ala e um sistema da Braun®, o *one-view*. Este permite controlar todas as perfusões que estão em curso, bem como o tempo que demoram a terminar; este sistema apresenta-se como altamente eficiente, pois os enfermeiros conseguem perceber onde e qual o fármaco que está a acabar, evitando a perda de tempo que pode ser crucial nesta procura e que poderia levar à interrupção da perfusão. Da área assistencial ainda faz parte a sala de preparação/*stock* de fármacos que se encontra separada, com vidro, o que leva à continuidade da vigilância de todos os doentes. Durante a minha estadia no SMIP, os enfermeiros utilizaram sempre medicação de *stock*, só tiveram unidose a partir de 16 outubro, reconhecendo que as vantagens da utilização do sistema de unidose são o aumento da segurança no circuito do medicamento, diminuindo os riscos de interações e evitando os desperdícios, acima de tudo também garante que os enfermeiros passam mais tempo com o doente e não com a gestão inerente aos pedidos de medicação de *stock*.

Na área assistencial, existem ainda vários carros de apoio aos cuidados (higiene, roupas, colocação acessos, colocação Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO), pensos, via aérea e emergência), máquinas para realização de gasometrias e sistema de vácuo para envio de materiais para o laboratório. Da área de apoio fazem parte a sala de sujos e despejos, bem como um armazém temporário de sacos (resíduos e roupa) que comunica automaticamente com a porta para o exterior; na ala B existe uma casa de banho para doentes e um quarto para banho assistido. Localizados já num corredor perpendicular ao assistencial, existem a sala de reuniões com a monitorização de todos os doentes (ala A e B), o gabinete do diretor clínico e o gabinete do enfermeiro chefe, o quarto médico, o gabinete pessoal administrativo que coincide com a receção do serviço e sala de espera, bem como a sala de preparação de visitas. Há ainda a copa dos doentes e armazéns de material clínico, não clínico e quartos de banho para profissionais. Localizados já na parte exterior ao SMIP, separados deste por um pequeno corredor, existem ainda uma área de apoio com copa para profissionais, armazém de material de equipamento de monitorização e os vestiários do

peçoal, com instalações sanitárias e duches, também é nesta área que fica alocado todo o fardamento do peçoal.

O sistema de registo utilizado no SMIP é o B- ICU CARE, específico para unidades de cuidados intensivos, que permite a aquisição de monitorizações importadas diretamente da monitorização de leito, que apenas necessita de validação. Apesar de ser utilizado para unidades de cuidados intensivos este não está integrado com os restantes sistemas do serviço, o que leva a que o próprio sistema seja pouco prático. Para registar estupefacientes administrados e pedir fármacos de *stock* ou extra têm de utilizar outro programa (Glintt); para fazer pedido de dietas, para os doentes que comem, têm de utilizar o S-Clínico e, quando fazem transferência para outros serviços, os registos que efetuam durante o internamento não migram para o S-Clínico, que é o sistema usado nos serviços médicos e cirúrgicos para onde são efetuadas as transferências dos doentes, logo não há articulação entre os registos, podendo levar a perda de informação importante. Para fazer face a este problema, os enfermeiros desenvolvem uma carta de transferência onde incluem os principais eventos e cuidados.

A equipa de enfermagem do SMIP é constituída por cento e oito enfermeiros, destes dezanove são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, seis são especialistas em enfermagem de reabilitação, logo não cumprem os critérios de constituição das equipas em unidades de cuidados intensivos que defende que mais de 50% da mesma devia ser constituída por EEMC (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A dotação dos enfermeiros por turno é de oito enfermeiros na ala A, seis na ala B, sendo os rácios de 1:1 ou 1:2 conforme as recomendações da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019) sobre o cálculo de dotações seguras. Existem, ainda, dois enfermeiros de reabilitação de manhã, e um à tarde, o que ainda fica aquém do cálculo da OE que defende a existência de doze horas de cuidados por cada cinco doentes de nível III (Ordem dos Enfermeiros, 2019), logo precisar-se-ia de, pelo menos, cinco enfermeiros de reabilitação por turno. Em todos os turnos, existe um enfermeiro coordenador que desempenha função de gestão das duas alas (recursos humanos, materiais, contagem e pedido de medicação), não ficando com doentes atribuídos. Como referi anteriormente, o SMIP também é responsável pela resposta à emergência intra-hospitalar e, como tal, existem, por turno, dois elementos, designados como ERI (Equipa Reanimação intra-hospitalar). Aos elementos ERI são distribuídos apenas um doente e sempre, que surge

uma ativação, este sai do serviço e transmite a informação do doente ao colega também ERI, transferindo para este o cuidado do doente. Os elementos que pertencem à ERI são aqueles que demonstram vontade e têm SIV ou SAV atualizado, o que se encontra de acordo com a circular normativa vigente (DQS/DQCO, 2010).

Durante o período de estágio, foram admitidos cento e vinte e sete doentes, cinquenta e nove mulheres e sessenta e oito homens. Sendo que destes a maioria das admissões foram do foro neurocrítico, mas também pós-operatórios (grandes cirurgias, apoio à neurorradiologia), doentes pós-PCR e em choque, com falência multiorgânica.

O SMIP, é um serviço enorme, que dá resposta a todo o hospital e que, como está situado num hospital central e de referência, dá também apoio a outros hospitais na zona norte. Onde a liderança participativa faz com que toda a equipa evolua no sentido da prestação de cuidados de excelência (Santos, 2019).

2.2 Serviço de Urgência Geral

O serviço de urgência onde desenvolvi o meu segundo estágio, fica localizado numa unidade hospitalar também da zona metropolitana do Porto e é denominado como Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Segundo o Despacho n.º 10319/2014, os serviços de urgência encontram-se subdivididos em Serviço de Urgência Básico, Médico-Cirúrgico (SUMC) e Polivalente (SUP). No seu artigo quarto, este despacho designa os SUMC como o segundo nível de receção das situações de urgência (Ministério da Saúde, 2014); estes aparecem como apoio para os serviços de urgência básicos e devem referenciar utentes aos quais não conseguem dar resposta para os serviços de urgência polivalentes.

O serviço de urgência localiza-se no mesmo piso que o serviço de medicina intensiva, que também dá apoio à sala de emergência e perto do elevador de acesso a todos os pisos do hospital, garantindo a acessibilidade aos mesmos para transferências de doentes quer para os serviços, quer para o bloco de urgência, conforme as recomendações da ACSS

(Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Este encontra-se dividido em algumas áreas distintas: área de admissão e registo; triagem de prioridades; de avaliação clínica; sala de emergência; área de ortotraumatologia; de curta permanência e observação.

Na área de triagem, existem duas *boxes* de atendimento, sendo que o enfermeiro responsável pela triagem e o elemento que o substitui possuem formação específica em sistema de triagem de prioridades. No serviço de urgência, faz-se a separação dos doentes respiratórios dos demais levando à necessidade de existirem duas zonas de triagem em simultâneo. Da área de avaliação clínica, fazem parte vários gabinetes médicos, uma sala de nebulização, dois armazéns de material de apoio, três salas de sujos, duas salas de espera para doentes. Da área da ortotraumatologia, fazem parte uma sala de tratamento, uma de ortopedia e uma de pequena cirurgia, com gabinete de enfermagem próprio, RX e Tomografia axial computadorizada. Desta grande área faz, ainda, parte a sala de trabalho de enfermagem, sala de eletrocardiografia e gasimetria.

Da área de permanência e observação, fazem parte a sala de tratamentos um e dois, o gabinete de enfermagem que dá resposta a todas as prescrições que não são cirúrgicas ou ortopédicas, e o serviço de OBS. Em OBS, há dezasseis camas distribuídas por seis enfermarias, sendo que uma delas estava restrita a doentes imunodeprimidos e outra a doentes com covid positivo. Existem, ainda, no serviço, três salas de espera, uma para os doentes após triagem para doentes com pulseira verde a azul (triagem de Manchester), uma sala para amarelos e laranjas e a sala de espera da ortotraumatologia. Existe, também, copa para doentes e profissionais, sala de reuniões, gabinete do enfermeiro chefe e do diretor do serviço bem como o da administrativa.

De ressaltar apenas duas situações que não cumprem as recomendações da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015); a sala de trabalho de enfermagem tem uma porta de correr não transparente, pelo que não é possível observar os doentes após administração de terapêutica, que voltam à sala de espera e, em dias/horas de maior afluência, não é possível garantir o espaço entre macas e cadeirões. Quanto à sala de emergência, as normas de distanciamento dos doentes não são cumpridas, quando se coloca o terceiro doente na sala, mas com o objetivo de dar resposta a situações de risco de vida iminente e garantir a resolução dos problemas dos doentes, são colocados lá

independentemente do distanciamento agindo no sentido do bem comum (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). Ambas as situações não são passíveis de ser alteradas devido à estrutura física e funcional do próprio serviço de urgência que aguarda obras de reestruturação.

A equipa de enfermagem é constituída por cem enfermeiros, organizados por cinco equipas, sendo que a constituição das mesmas não é uniforme quanto ao número de especialistas. A coordenação/gestão cabe ao enfermeiro chefe e a duas enfermeiras que colaboram com este e que assumem a sua função, quando ele não está presente. A equipa possui dezassete enfermeiros especialistas, dos quais doze têm especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, dois em enfermagem de reabilitação e três em saúde mental e psiquiátrica. Da globalidade da equipa, apenas, seis detêm título de mestre em enfermagem.

O plano de trabalho realizado pelo enfermeiro chefe ou pelos elementos que o substituem era executado com dezasseis enfermeiros por turno distribuídos da seguinte forma: dois na área respiratória (um deles triador), quatro em OBS, um na área cirúrgica, um enfermeiro na triagem geral, três destacados para sala tratamentos número 2, um enfermeiro para a sala de emergência e quatro para a sala de trabalho de enfermagem, sendo que um destes elementos prestava também apoio na sala de emergência. Apenas no turno da manhã, havia um elemento destacado para função de coordenação, nos restantes turnos a mesma é articulada com a prestação de cuidados.

As dotações seguras emanadas referem a importância de 50% da equipa ser enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, pois, devido à sua formação, será este o que terá maior competência na área do doente crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). No entanto, a falta de recursos para garantir estas percentagens faz com que os postos de trabalho sejam assegurados por enfermeiros generalistas, mas detentores de formação em suporte avançado de vida e triagem de prioridades, no sentido de garantir os cuidados à pessoa em situação crítica. A distribuição dos enfermeiros especialistas pelas equipas também não é equitativa, o que leva a que as recomendações da Ordem dos Enfermeiros, que denotam a importância do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na sala de emergência não sejam cumpridas na sua totalidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) No sentido de perceber como salvaguardar estas recomendações foi debatido e explicado pela chefia que a mudança de

equipas não fazia parte dos objetivos da mesma; estes garantiam, apenas, que na sala de emergência, estava sempre um enfermeiro perito. No decurso do estágio, pude perceber que começavam a integrar elementos mais novos na sala de emergência, sem especialidade, mas com formação em SAV, o que fez levantar também a questão da utilização da prática simulada na aquisição de competências na urgência e, conseqüentemente na sala de emergência, sobre a qual foi elaborada uma revisão da literatura.

3. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Não será possível falar de competências sem partir de uma possível definição para este conceito, segundo Pedro Câmara, as competências traduzem-se pela utilização de conhecimentos e qualidades que permitam a resolução de problemas, tornando assim o indivíduo num profissional superior (Camara, 2017), enquanto outros autores classificam competências como a capacidade individual no domínio do saber reconhecendo a importância do saber fazer e saber ser (Neves et al., 2019).

Numa sociedade, cada vez mais exigente, do ponto de vista dos cuidados ao qual é sujeita e com a acessibilidade à informação existente, há uma necessidade crescente e pessoal de atualização e de progressão, que só é possível com a formação contínua. Segundo Witt esta, é a razão pela qual os cuidados se tornam seguros e eficazes (Witt, 2011) e surge da necessidade de dotar os profissionais de competências técnicas, mas também pessoais e relacionais, que vão potenciar a adaptação a situações de imprevisibilidade e incerteza tão comum na prestação de cuidados (Sá & Paixão, 2013).

Neste capítulo, irei abordar o percurso de desenvolvimento de competências tendo por base os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, as suas unidades de competência bem como os critérios de avaliação das mesmas que garantem a sua aquisição, citadas no regulamento 140/2019 da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), sendo que enfermeiro especialista é, segundo o mesmo regulamento, aquele a quem se reconhece “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Não obstante, durante esta reflexão farei referência às competências adquiridas que são específicas dos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica e inscritas no regulamento 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros,

partindo assim das competências gerais para as particulares da especialidade em causa que são nomeadamente: *“Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e maximiza a prevenção/intervenção/controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p 19359).

3.1 Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

A enfermagem apresenta-se como uma profissão regulada, através da Ordem dos Enfermeiros, e como tal, todos os enfermeiros ao abrigo da sua atividade profissional estão obrigados ao cumprimento do regulamento para a prática da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 1996) e do código deontológico.

O código deontológico, no seu artigo noventa e nove, refere que todas as intervenções de enfermagem são realizadas tendo por base a liberdade e a dignidade da pessoa e do enfermeiro, contemplando como valores universais da relação terapêutica, a igualdade, a liberdade responsável, tendo em conta o bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, o respeito pelos direitos humanos (Assembleia da República, 2015).

Como objetivos para desenvolver as competências tinha identificado: atuar de acordo com os princípios éticos, valores e normas deontológicas da profissão respeitando os direitos humanos, o sigilo, a dignidade e a privacidade da PSC, promover e liderar processos de tomada de decisão avaliando as medidas implementadas e os resultados obtidos.

Posso afirmar, que ao longo deste estágio e na vida profissional, são amplas as situações onde os problemas éticos se levantam e as respostas para as situações-problema não são, de todo, verdades absolutas, tal como aconteceu no seio da equipa onde desenvolvi os meus estágios, levando a discussão entre equipa médica e de enfermagem no sentido de esclarecimento de tomada de decisão.

O acesso ao Sistema Nacional de Saúde, garantido na Base quatro da Lei de Bases da Saúde que na sua alínea *d* refere que há igualdade, equidade e não discriminação no acesso a cuidados de saúde e na utilização de serviços (Assembleia da República, 2019), não são de todo conseguidas. Durante este tempo pude ter contato com algumas situações onde se levantaram questões desta natureza. Isto é, doentes, que se encontravam em áreas geográficas distantes dos centros de referência e que, quando chegavam à urgência, o estado de descompensação já tão grave que muito pouco foi possível oferecer ou situações de doentes que beneficiariam com utilização de ECMO. Podemos desta forma inferir que em situações de perigo iminente de vida, em que a distância ao local de cuidados é elevada os cuidados necessários podem não ser garantidos de forma eficiente para garantir a melhoria atempada do estado do doente.

Através dos dados existentes, ao nível do Instituto Nacional de Emergência Médica, os seus indicadores de desempenho revelam que, em setembro de 2022, existiram onze mil cento e quarenta e dois acionamentos para doente com risco imediato de vida. Se estivessem em área urbana, apenas sete mil setecentos e noventa e nove (70%) conseguiriam ter apoio em menos de quinze minutos (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023). No entanto, se estivessem em zonas rurais ou semiurbanas, o tempo de chegada inferior ou igual a trinta minutos era garantido em nove mil oitocentos e quatro ativações. Numa situação em que cada minuto conta, esta discrepância de tempo de atendimento pode ditar o sucesso de toda a operação em causa, o que leva ao não cumprimento da Lei de Bases da Saúde citada anteriormente

As situações de desintervenção, ou seja, a suspensão de medidas terapêuticas que prolonguem a vida, bem como as decisões de não reanimar ou de interrupção de medidas de suporte imediato de vida levantam sempre questões éticas, quer seja pela legitimidade da justificação médica ou pela decisão do próprio doente através de diretivas antecipadas de vontade, gerando, muitas vezes, desconforto e mal-estar na equipa (ARS Norte, 2011). A decisão de não reanimar é apenas e só uma prescrição médica, através da qual fica documentada a não reanimação em caso de paragem cardiorrespiratória (PCR) e não em outra situação qualquer (Carneiro, 2020). A capacidade para saber parar, torna-se também fulcral nos dias de hoje, nos quais a obstinação terapêutica pode acontecer de forma recorrente, sendo este um dos problemas éticos mais importantes na PSC devido ao

progresso técnico-científico e à recusa em assumir a fase terminal do doente (Pessini, 2009). Segundo a Comissão de Ética para a Saúde, é mais fácil não iniciar medidas do que a sua suspensão, no entanto, refere que a comunicação adequada face à situação clínica do doente e de toda a provável evolução, de forma transparente, seja forma mais fácil para gerir todos os sentimentos face a estas, tanto pela equipa com pela família (ARS Norte, 2011)

A prestação de cuidados a doentes em fase terminal foi acontecendo algumas vezes ao longo do estágio, quer em doentes que eram ponte para doação de órgãos ou em doentes onde a desintervenção era decidida e as medidas de conforto eram privilegiadas. Durante o estágio, a manutenção dos órgãos para a doação dos mesmos aconteceu duas vezes em situações de morte cerebral. Esta é caracterizada pela perda irreversível das funções cerebrais associadas à herniação do tronco cerebral, sendo que os critérios para a sua declaração passam por estado de coma profundo, ausência de respiração espontânea, conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica, exclusão de causas que possam ter originado o quadro clínico. Para que a morte cerebral possa ser declarada, é necessária a realização de duas séries de testes, que tive oportunidade de ver e auxiliar. Para esta é necessário que o doente se encontre em estado de coma profundo (Escala de Coma de Glasgow 3), tenha ausência de todos os reflexos dependentes do tronco cerebral e ainda ausência de respiração espontânea. Os testes são realizados por dois médicos, nenhum deles pertencente à equipa de transplantação, sendo que a hora do óbito é a hora do término da segunda prova (Ministério da Saúde, 1994).

A morte cerebral e a implementação/suspensão de medidas de suporte acarretam muitas vezes dilemas éticos associados aos princípios básicos da bioética (SPMI, 2016), como o respeito pela autonomia e dignidade, visto que em muitas situações nunca se sabe, à partida, a vontade do doente em causa, pela não existência de uma diretiva antecipada de vontade ou de não aceitação e de transplantação, deixando para a família a mesma decisão.

Por outro lado, e em relação à transplantação, o princípio da não maleficência transfigura-se como outro dilema pois, poderemos nós considerar vantajoso para o doente/família, o prolongamento do sofrimento associado aos testes/à doação de órgãos? Será justo? Há muitos dilemas levantados pela família e também pelas equipas, e, muitas vezes, as famílias optam por aceitar a transplantação no sentido em que conseguem atribuir valor à morte do familiar, facilitando desta forma, também o processo de luto (Grafinho et al., 2019).

A valorização da técnica, a necessidade de providenciar tudo o que envolve a morte cerebral e os seus testes, bem como a doação de órgãos, podia levar muitas vezes a descurar o importante: a família, e todo o processo de luto que se começa a fazer. No entanto, o grupo de trabalho da humanização e a equipa de enfermagem está muito atenta a estes pormenores, permitindo a presença da família durante mais tempo junto do doente, estando presente e explicando todo o processo que vai acontecer, levando também toda a equipa a evoluir no mesmo sentido.

Nos dois locais de estágio, pela organização estrutural dos serviços não existe espaço físico destinado a dar informações às famílias/cuidadores, o que levou muitas vezes a conversas com os orientadores no sentido de melhorarem as práticas, no SMIP, a informação era dada na sala de preparação de visitas que, sendo contígua à receção, tornava a informação audível na mesma e, na urgência, a informação era dada na sala de emergência, sendo que a mesma, muitas vezes, comportava dois a três doentes. Em ambas as situações, foi sinalizada a situação-problema: a falta de privacidade e conforto para a mesma. Como sugestão de melhoria, foi incentivada a utilização de outras salas para este efeito; no SMIP, a sala de passagem de turno, e na urgência a sala de *stock* de material que possui mesa e cadeiras. O protocolo de más notícias, SPIKES (Buckman, 1992), muito usado na comunicação das mesmas, por tornar este processo mais humanizado garantindo, desta forma, a compreensão da informação (LOPES et al., 2022), implica o planeamento sobre a informação a dar e o estabelecimento do local onde vai acontecer esta conversa. Todavia, para tal, é necessário conhecer a informação que a família/cuidador já tem sobre a situação e convidá-los para o diálogo, fomentando a mesma a questionar sobre as dúvidas, esclarecendo-os de forma objetiva, simples e clara, apoiando-os e favorecendo a libertação dos seus sentimentos. No final, deve ser explicado o plano/prognóstico para o doente. No sentido da consecução deste protocolo, as mudanças sugeridas tornavam-no mais viável garantindo à família a privacidade e conforto que facilitariam a partilha.

A redução do número de visitas durante a pandemia em todas as instituições hospitalares, tão importante no cuidado ao doente/família, foi descurada, o que desde cedo se configurou como uma violação da carta dos direitos do doente internado, que consigna no seu artigo treze o direito à visita de familiares e amigos (Ministério da Saúde, 2004.). Esta ausência levava à tristeza por parte dos doentes que estavam sem sedação e das próprias famílias que manifestavam interesse em mais visitas, pois sentiam que abandonavam os familiares. No

SMIP, nos dias que não eram dia de visita, a equipa médica contactava o familiar direto do doente para dar informações sobre o doente e, quando o doente estava consciente e orientado, eram discutidas consigo todas as informações sobre a sua saúde e sobre o plano estabelecido para a sua recuperação. De forma a minimizar a solidão, existia um telefone, que podia ser usado para os doentes falarem com as famílias. Foi sugerida a utilização de uma plataforma digital, como no serviço onde exerço funções, utilizando um *tablet* com acesso à internet para permitir aos doentes ou mesmo às famílias verem os seus familiares através de videochamada, especialmente para os doentes ventilados, numa tentativa de encurtar as distâncias, sendo esta também uma oportunidade de falar com o familiar de referência, criando uma relação empática que seria benéfica para diminuir a ansiedade destas famílias associado ao internamento, muitas vezes inesperado, de um dos seus membros.

Na urgência, não era permitida a família estar presente na sala de emergência, enquanto o doente não estivesse estabilizado, sendo esta uma prática que está a começar a ser usada em algumas unidades, mas que ainda não foi implementada neste serviço de urgência. No SU, aquando do meu estágio, as visitas eram diárias e os acompanhantes dos doentes eram permitidos.

Em relação ao direito à autodeterminação do doente, a maior parte dos doentes estavam impedidos de consentimento, especialmente nos cuidados intensivos e na sala de emergência; todos os tratamentos/procedimentos eram efetuados no sentido do benefício direto do doente, mas era sempre contactado um familiar nomeado, o que não seria necessário, visto que nenhum dos familiares era representante legal (Deodato, 2017). No Serviço de Urgência, nenhum dos doentes atendidos durante o meu período de estágio tinha alguma diretiva antecipada de vontade sob a forma de testamento vital, sendo que este é o instrumento na qual o doente expressa antecipadamente a sua vontade sobre os cuidados de saúde que pretende ou não receber, de forma livre, consciente e esclarecida, no caso de não conseguir expressar-se (Assembleia da República, 2012).

A dignidade e a privacidade do doente eram garantidas em todos os cuidados prestados no SMIP e, mesmo na urgência, os cuidados eram prestados em locais com cortinas ou biombos garantindo a privacidade dos doentes; a mesma só não era possível de garantir, quando, na sala de emergência, havia mais de um doente, visto que a informação ao ser partilhada com o doente, era audível por todos os outros da sala de emergência, mesmo tentando adequar o

tom de voz. Existiam cortinas a separar as duas *boxes*, mas quando dava entrada um terceiro elemento, não existia forma de proteger o doente sem comprometer a dinâmica funcional da sala e a colocação de um biombo não era funcional, pois a motorização do doente seria posta em causa. Desta forma, e apesar de ser um problema, não foi possível a sua resolução. Quando tal sucedia, o objetivo era expor apenas o necessário do doente, adequando o tom de voz para que a informação a dar fosse apenas audível pelo doente; a existência de três doentes na sala aconteceu apenas uma vez durante todo o estágio.

De forma estruturada, consegui desenvolver competências ao nível da tomada de decisão no doente crítico, tendo por base as normas e princípios deontológicos, promovendo a proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade e a dignidade do doente. A grande parte dos cuidados prestados no doente crítico teve por base uma reflexão ética constante, pela pertinência dos mesmos face ao plano inicial traçado para o utente, que, em ambos os locais de estágio, mudavam a cada instante face à resposta do doente ao cuidado/tratamento.

Participei ativamente em processos de tomada de decisão sobre doentes, especialmente do foro cardíaco, visto serem esses os doentes a quem presto cuidados diariamente, tanto ao nível do plano de cuidados, como ao nível da terapêutica instituída como inclusive nas vias verdes coronárias.

3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Segundo Francisco Rodrigues (Rodrigues, 2017), não podemos falar em qualidade em saúde sem falar do seu precursor Avedis Donabedian, que definia qualidade como “*medida em que o cuidado prestado atinge o equilíbrio mais favorável entre os riscos e benefícios*” (Rodrigues, 2017, p 44). Donabedian, no seu modelo, demonstra a existência de 7 pilares da qualidade em saúde: a eficácia relacionada com a concretização dos objetivos, a efetividade na otimização dos recursos, a eficiência assegurando a razão custo/benefício, a aceitabilidade tanto da pessoa como da família, a legitimidade, a equidade tanto na oferta como na procura e a otimização relacionada com o custo do ponto de vista da pessoa. (Best & Neuhauser,

2004). Podemos, então, inferir que a qualidade é um conceito transversal que visa a melhoria dos cuidados prestados.

A qualidade só é alcançável quando se consegue refletir sobre a prática clínica, criando estratégias para fazer mais, mas acima de tudo melhor; os projetos de qualidade a nível hospitalar são cada vez mais frequentes, pela necessidade de prestar cuidados cada vez mais diferenciados e adequados às necessidades reais dos doentes. Os enfermeiros têm na sua prática intervenções interdependentes, mas também autónomas, nas quais a sua capacidade de tomada de decisão vai ser fundamental para a qualidade dos cuidados prestados.

Como objetivos, para o estágio estabeleci colaborar e contribuir no processo de melhoria contínua da qualidade, cumprir os padrões de qualidade da OE, atuar na identificação e minimização do risco, avaliando necessidades formativas dos enfermeiros e contribuindo, se possível, para a melhoria dos cuidados prestados por estes, promovendo ambientes de prática segura.

A Ordem dos Enfermeiros, através do colégio de especialidade de EEM, emana os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e nos seus enunciados evidencia como critérios: a satisfação do cliente bem como a promoção da saúde, o bem-estar e a prevenção de complicações, a readaptação funcional, a organização dos cuidados, a prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017), sendo estas metas audazes, mas passíveis de execução, tendo por base o trabalho multidisciplinar na busca pelo melhor cuidado ao doente.

A satisfação dos doentes está intimamente ligada à sua perceção com os cuidados proporcionados, face ao seu problema de saúde e é um indicador de qualidade de cuidados inegável; no entanto, podemos inferir que, apesar de toda a subjetividade inerente ao conceito, este considera aspetos multidimensionais tal como o acesso, a organização, a interação doente/profissional, mas também as experiências prévias e à expectativa do doente face à resolução do seu problema (Chaves et al., 2016).

A promoção da saúde e do bem-estar são a base de todo o cuidado de enfermagem, no entanto, é necessária também a participação do doente nesta busca, logo o aumento da literacia em saúde torna-se fundamental na abordagem à pessoa em situação crítica, visto

que os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e a estilos de vida saudáveis são a garantia do sucesso de todo o cuidado, lembrando que cada contacto é de extrema importância.

A prevenção das complicações resulta, muitas vezes, da organização dos cuidados, através da criação de um plano estipulado para o doente, que é criado na admissão e atualizado a cada turno face às necessidades do mesmo, pois este garante a minimização do risco associado aos cuidados prestados. No entanto, e apesar de parecer fácil no SMIP, no serviço de urgência torna-se um desafio, sendo, para mim, enquanto aluna, o maior desafio ao qual me propus; num serviço constantemente sobrelotado, em que os enfermeiros trabalham, maioritariamente, no sentido da resolução de prescrições, o olhar holístico, as priorizações das queixas dos doentes tornam-se fundamentais para conseguirmos a qualidade dos cuidados pretendida. A necessidade de desenvolver estas competência, torna-se vital para conseguirmos evitar a descompensação dos doentes. Associado às complicações, temos o facto da falta de recursos humanos ao nível do SU, especialmente durante o inverno em que a afluência à urgência é elevada mas as dotações não são adaptados a estas variações. Com a escassez de pessoal, há alguns cuidados que acabam por ser descuidados como o posicionamento regular dos doentes em macas, o que propicia o aparecimento de úlceras de pressão, apesar de existirem meios de assistência técnica como colchões anti escaras. Sempre que estive em turno, em conjunto com o tutor, mesmo em dias de grande afluência, conseguimos garantir posicionamento de três em três horas contribuindo assim para a prevenção de complicações e, também, para a qualidade reduzindo a incidência deste flagelo hospitalar que acarreta o aumento nos tempos de internamento associados ao aparecimento das úlceras de pressão e das infeções que estas podem potenciar.

As infeções associadas a cuidados de saúde e a resistência a antimicrobianos são um flagelo que acomete todo o SNS, não podendo ser ignoradas, nem o aumento da morbilidade e mortalidade provocadas pelas mesmas (Lebre et al., 2017). Salientando que, segundo a OMS, no seu relatório global de prevenção e controlo de infeção de 2022, revela que, em 2017, um em cada dez doentes tem uma infeção associada aos cuidados de saúde e , em 2018, é mesmo considerada como um dos três eventos adversos mais frequentes a nível global. O impacto económico que acarreta torna a sua redução como uma das metas globais, sendo identificadas pela OMS, a lavagem das mãos e a manutenção da assépsia nos cuidados,

como uma das formas de poupança mais eficazes no combate a estas pela sua eficácia e eficiência (OMS, 2022). No SMIP, aquando da realização do plano de cuidados, é colocado o diagnóstico de suscetibilidade à infeção e programada logo no momento da admissão a troca de sistemas de perfusão, troca de dispositivos invasivos de acordo com as recomendações estipuladas, sendo respeitadas as normas da DGS 022/2015 nos cuidados com o cateter venoso central (Direção-Geral de Saúde, 2015); em relação ao feixe de intervenções relacionada com Pneumonia associada à intubação (PAI), pode observar que também cumprem as recomendações emanadas (Direção-Geral de Saúde, 2017). Os cuidados ao doente com DVE (drenagem ventricular externa) são minuciosos no sentido de evitar ventriculites ou meningites e em relação ao cuidados com os cateteres vesicais também são cumpridas as recomendações (Direção-Geral de Saúde, 2015) pela equipa de enfermagem. De evidenciar que o programa informático B-ICU CARE (utilizado no SMIP) sinaliza a cores diferentes os doentes com infeção por diferentes agentes, sendo instituídas, precocemente, as medidas de isolamento adequadas. Logo, posso inferir que em serviços como o SMIP, onde os doentes estão já instáveis, o cuidado com as IACS tem de ser redobrado, sendo esta uma preocupação de toda a equipa multidisciplinar. No SU, utilizam uma sinalética a referir o isolamento do doente, não referindo, na mesma, as medidas de prevenção associadas a cada isolamento como defende o Conselho Nacional para as Ciências da Vida, que refere que pode ser usada este tipo de sinalética, sem nunca pôr em causa a confidencialidade, mas garantindo a proteção das visitas e de todos os elementos prestadores de cuidados (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2016).

Ao nível do SU, face à desmotivação e também à elevada taxa de afluência, a desinfeção das mãos não era efetuada com a periodicidade recomendada, bem como a desinfeção dos obturadores dos cateteres venosos periféricos, aquando da administração de terapêutica. prática esta que, ao longo do estágio, foi melhorando em toda a equipa. A mesma estava motivada e recetiva à mudança, implementada por pequenas ações, como a disponibilização de desinfetantes, a utilização deles de forma insistente e recorrente. Logo, sem intervir de forma incisiva para mudar hábitos, o mesmo foi possível, garantido o objetivo primário que foi minimizar a ocorrência de infeções cruzadas e infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). O cumprimento rigoroso das medidas de prevenção de IACS, no SMIP, tornaram-se fulcrais para o meu desenvolvimento, garantindo, desta forma, a aquisição de competências na área de especialização que visa a maximização da prevenção/intervenção

/controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, mas também foi fundamental para conseguir desenvolver o projeto informal de melhoria contínua do SU.

As metas estabelecidas pelo plano nacional para a segurança dos doentes (Ministério da Saúde, 2021) referem a existência de cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. Face aos ambientes seguros e à cultura de segurança, posso ressaltar a inexistência, nos hospitais onde fiz os estágios, de identificação dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes ou LASA (Direção-Geral de Saúde, 2015a), ou medicamentos MAM que se traduzem como Medicamentos Alerta Máximo (Direção-Geral de Saúde, 2015) podendo levar a erros graves de medicação que, pela utilização de terapêutica organizada por ordem alfabética, quer pela medicação com aspeto igual, como é possível observar na figura 1.

Figura 1 - Medicamentos MAM e LASA



Fonte: <https://risco-clinico.blogspot.com/2016/06/como-notificar-medicamentos-lasa-ao.html> (Barroso, 2016)

Pude observar que a notificação de eventos adversos ou do risco não é realizada em nenhum dos serviços onde realizei estágio e, apesar de reconhecerem a importância desta aplicação no sentido de evolução da prática, não o fazem por medo de serem prejudicados, apesar da mesma poder ser anónima. Foi conversado com os tutores/equipas, várias vezes, a

importância da notificação sobre a falta de recursos humanos, no sentido de dar a conhecer o problema, mas referem, logo à partida, que nada vai mudar e que não faz sentido; na ótica dos colegas notificar é perder tempo útil para a prestação de cuidados.

No SMIP, houve um aumento significativo de enfermeiros recém-licenciados admitidos no serviço, os quais não tiveram a integração programada de 3 meses, devido às necessidades de recursos humanos em época covid, o que levou a lacunas de conhecimento/formas de atuação que podem acometer a segurança do doente, risco este evidenciado pela OE na sua tomada de posição nº 01/2020 (Ordem dos Enfermeiros2020). No SU, também, a permanência de enfermeiros não especialistas, recém-licenciados, mas com formação em SAV/SIV na sala de emergência, foi debatida com o enfermeiro tutor, não foi possível alterar esta situação, pela própria constituição das equipas de trabalho, sendo que à sala de emergência recorrem doentes com risco iminente de vida, na qual a monitorização e a antecipação, no sentido de prevenir complicações são uma mais valia e, deveria estar presente um enfermeiro detentor de formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica, pois, devido à sua formação, será este o que terá maior competência certificada na área do doente crítico (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Reforçando a prática segura em contexto hospitalar, a equipa de reanimação intra-hospitalar, constituída por elementos do SMIP, apresentava-se como desadequada à realidade hospitalar, isto porque este tem dimensões elevadas, sendo distribuído por pavilhões, existindo só a equipa do SMIP como resposta para todo o hospital. Considero, portanto, insuficiente a resposta, visto que, se a ativação da mesma fosse para um local afastado do SMIP, o tempo que medeia entre a ativação e a chegada ao local da equipa levava a que o doente tivesse um risco acrescido, diminuindo as hipóteses de sobrevivência. Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar uma ativação da equipa para o parque de estacionamento; como o médico não estava no SMIP, visto dar consultoria a todo o hospital, foi ter ao local e a enfermeira teve de transportar a mala e o monitor/desfibrilhador sozinha, sendo estes pesados e o percurso a fazer longo. A ativação da equipa foi para uma situação de queda, na qual resultaram apenas algumas escoriações e lacerações da pele; ao abrir a mala de transporte, o material não estava acondicionado devidamente e o enfermeiro não sabia a sua localização, existindo material a mais que não era de todo necessário numa ativação hospitalar e outros materiais essenciais existiam em pouca quantidade (só um pacote de

compressas). Sugeri a reformulação da mala de transporte, enviando para o meu tutor, como exemplo, o esquema da mala de transporte do meu serviço. A equipa que fazia parte da reanimação foi informada e ia rever a pertinência do material e todo o seu conteúdo. (ver ANEXO I – mala de transporte)

No SMIP, eram promovidos cuidados baseados na evidência mais recente, devido aos grupos de trabalho existentes que mantinham a equipa atualizada, limitando desta forma a ocorrência de erro. Durante o tempo que permaneci no serviço pude assistir a uma formação em serviço de ECMO. No SU, e através da formação em serviço fazem-se *workshops* com simulação de casos clínicos, apesar de não ter oportunidade de ver nenhuma das formações. Estas formações, também usadas no local onde trabalho, levaram a pesquisa sobre a utilização da prática simulada na aquisição de competências em contexto da urgência (ver Apêndice I).

Em ambos os locais de estágio, o enfermeiro com mais tempo de experiência estava sempre presente em procedimentos invasivos que eram realizados ou situações de risco de vida, uma vez que a equipa tinha muitos enfermeiros jovens e recém-licenciados, o que por si só, segundo o parecer da ordem dos enfermeiros representa um risco acrescido (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No serviço de urgência, o problema da segurança está relacionado com o sistema caótico e desorganizado instituído onde os profissionais prestam cuidados (Carneiro, 2010). Nestes ambientes, a prática segura é uma luta diária, visto que os recursos são, muitas vezes, desajustados à realidade da procura. No serviço de urgência, onde desenvolvi o meu estágio, acontecia frequentemente a falta de dotações seguras no sentido em que as faltas dos profissionais levavam a postos de trabalho desfalcados. De acordo com o código deontológico, no seu artigo 104º, o enfermeiro deve manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência se configurar como um problema a continuidade de cuidados, ou mesmo ao atraso dos mesmos (Assembleia da República, 2015). Segundo o parecer do Conselho Jurídico da Ordem dos Enfermeiros, este é obrigado, pelo código deontológico a que responde, a manter-se no local de trabalho e cabe à gestão assegurar que esta substituição seja o mais atempada possível; um procedimento disciplinar poderá ser instaurado em caso de abandono do local de trabalho (Ordem dos Enfermeiros,

2014). Não foi possível alterar esta política, visto que a gestão do serviço salvaguardava que, depois da jornada completa de trabalho do enfermeiro, o mesmo deveria ir embora.

A melhoria da qualidade tem de estar sempre interligada à comunicação quer seja ela entre pares, multidisciplinar ou na relação terapêutica existente com o doente-família. As formas de comunicar são várias e, hoje, a saúde é disseminada também pela utilização dos meios de comunicação social e pela utilização da telessaúde nos hospitais. A comunicação com o doente crítico pode ter várias nuances, uma vez que este pode estar consciente, mas também pode não estar, ou ter alguma limitação ao nível da linguagem. A forma como comunicamos, quer através da oralidade, quer através de linguagem não verbal, é importante, pois através desta conseguimos aumentar a confiança do doente, diminuir a ansiedade e promover o bem-estar. Logo, podemos inferir, que uma boa comunicação pode ser capaz de afetar a própria recuperação do doente e a sua satisfação com os cuidados prestados, lembrando sempre que cada contato conta como uma forma de promoção da saúde. Nos doentes com incapacidade para comunicação, a literatura existente sugere estratégias de comunicação assistida e pessoal bem treinado (Happ et al., 2011). Esta foi uma das competências mais trabalhada no SMIP: a melhoria das estratégias de comunicação face ao doente impossibilitado de comunicar. No SU, no sentido de desmistificar alguns medos dos doentes que levavam a que recusassem alguns tratamentos, a comunicação foi fulcral e levou, muitas vezes, os doentes a mudarem a sua recusa de consentimento, garantindo o tratamento adequado. No SMIP, através do grupo de humanização foram sendo novamente postos em prática os diários, que tinham sido abandonados durante a pandemia; estes diários, utilizados em doente ventilados e sedados, são escritos por familiares ou profissionais de saúde e retratam descrições de ocorrências, pensamentos, do dia a dia (ICU-Diary Organization, 2012). Estes apresentam como vantagem diminuir as sequelas psicológicas e emocionais resultantes do internamento, (Blair et al., 2017) reduzindo, também, a probabilidade de ocorrência de PICS (Post-Intensive Care Syndrome) e PICS-F (Post-Intensive Care Syndrome - Family). Estas síndromes caracterizam-se por compromisso físico, cognitivo ou do estado de saúde mental, decorrentes da doença crítica e que permanecem após a alta podendo acometer tanto o doente como a família. (Nydahl et al., 2020)

No decurso do meu estágio, no SMIP, identifiquei, como necessidade formativa, a monitorização eletrocardiográfica pelo que sugeri a realização de uma formação em serviço

com o grupo de monitorização eletrocardiográfica; esta foi aceite pelo chefe e programada a data, contudo, por impossibilidade de tempo, devido à necessidade de reunião de serviço não foi possível a realização da mesma. Após novo levantamento de necessidades, foi identificada uma área que requeria melhoria, visto que o SMIP recebe muitos doentes com *pacemaker* provisório e não tinha nenhuma instrução de trabalho, pelo que sugeri a criação de uma norma orientadora de boas práticas que foi aceite (ver Apêndice II).

Na urgência, a formação informal, no único turno que fiz em OBS, foi, nomeadamente acerca da importância da desinsuflação precoce de *TR Band*, que se caracteriza por um dispositivo de compressão radial possível de ser observado na figura 2. No turno que fiz, pude observar que três doentes tinham feito cateterismo em unidades hospitalares de referência e que tinham regressado, ainda, com o dispositivo de compressão manual na artéria radial favorecendo assim a hemóstase da mesma. Segundo a evidência recente, a remoção da *TR Band* deve ser iniciada uma hora após o procedimento, em cateterismos cuja dose de heparina seja inferior a 50 unidades/kg e duas horas após, quando a dose de heparina for superior, deve ser retirado 3 a 5 ml de ar a cada 10-15 minutos para evitar o colapso da radial; foram, então, formados os quatro elementos que estavam em turno (Terumo,s.d.). Os doentes já teriam os dispositivos colocados há cerca de quatro horas, devido ao excesso de trabalho dos elementos em turno. Depois da formação informal, as moções dos dispositivos decorreram sem intercorrências.

Figura 2 - Mecanismo de Compressão Radial



Nota: foto tirada pela autora no contexto de trabalho, de uma *Tr-band* da terumo, com a seringa de desinsuflação da mesma.

3.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Torna-se indissociável falar de gestão de cuidados e de liderança ao nível dos cuidados de saúde, e apesar de existirem várias definições de líder, é consensual que um líder deve ter força mental, estabilidade emocional, capacidade de julgamento, boa vontade e motivação. Um líder é aquele que tem capacidade de planear integrar, comunicar e produzir resultados (Verna & Takale, 2013). Com base no regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Ordem Enfermeiros, 2015), este deve garantir que a sua equipa desempenha funções com qualidade, de acordo com ética profissional, tendo por base as reais necessidades dos doentes. Cabe a este ainda a gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos e ainda a progressão da sua equipa, garantindo, assim, melhores cuidados, com melhores níveis de produtividade e compromisso organizacional, melhorando a eficiência da estrutura, para se atingirem os objetivos de todos agentes envolvidos. Os modelos de gestão nos dois locais de estágio eram muito diferentes e, por essa razão, irei fazer um enquadramento de cada local.

No SMIP, durante o meu estágio, tive várias oportunidades de atuar ao nível da gestão, não com o enfermeiro gestor, mas com o enfermeiro coordenador que, de acordo com o Parecer 15/2018, deve exercer funções de chefia e coordenação (Ordem dos Enfermeiros, 2018), sendo o enfermeiro especialista o que se encontra mais bem preparado e com competências na área de gestão. Neste existem, em cada uma das cinco equipas, três ou quatro coordenadores e, em cada turno, há um escolhido que fica responsável pela organização/coordenação de todo o serviço, desempenhando funções várias como elaboração do plano de distribuição de doentes (enfermeiros e assistentes operacionais), verificação e pedido de terapêutica *stock* e estupefacientes, colaboração com todos os colegas e agilização de todas as alterações/altas/admissões/transferências, visto que o coordenador funciona como ponte entre a equipa, médica e os enfermeiros. Na gestão da equipa o coordenador faz a distribuição de doentes de forma subjetiva, não existindo nenhuma escala no serviço que valide a mesma; apesar de parametrizada, a perceção dos enfermeiros era que, devido à constante instabilidade do doente, muitas vezes, as escalas usadas não traduziam os cuidados prestados/necessários. Os rácios enfermeiro:doente eram

de 1:1 ou 1:2 o que, na prática, é insuficiente quando a unidade estava cheia de doentes instáveis, visto que as dotações seguras recomendadas para unidades de nível III não eram conseguidas (rácios 1:1). As escalas que tinham parametrizadas eram a TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System), instrumento que permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UCI e a gravidade da doença (Padilha et al., 2005), e a NAS (Nursing Activity Score) criada a partir do TISS 28, com o objetivo de incluir as atividades de enfermagem que não estão dependentes da gravidade da doença, como o suporte e cuidados aos familiares dos doentes, e itens relacionados com tarefas administrativas e gestão, sendo esta última validada para a população portuguesa (Macedo et al., 2016).

Ao nível da gestão terapêutica (pedidos/contabilização), o sistema instituído era muito rudimentar; existia um *stock* de fármacos em cada ala, que era necessário verificar para ver se estava com as quantidades certas; um *stock* de fármacos por doente, que contemplava toda a terapêutica extra que era pedida para o doente e um *stock* de estupefacientes, que era contado em todos os turnos. Este sistema, além de acarretar um trabalho exaustivo por parte dos coordenadores, leva a uma maior probabilidade de haver falhas de terapêutica, quando comparada com a unidose (esta começou a ser usada nos meus últimos turnos). A probabilidade de falha de terapêutica também é acentuada pela inexistência de farmácia das 20h às 8h e aos fins de semana, logo, quando há um fármaco que não existe em *stock* no período ausência de farmácia hospitalar, o procedimento passa por tentar encontrar algum serviço que tenha o fármaco, o que se consegue garantir na maior parte das vezes.

De ressaltar que, como aluna, em estágio, tive a felicidade de ter um tutor que também me facilitou a aquisição de competências no domínio da gestão, também me mostrou a outra face do SMIP. Este é um estilo de liderança baseado na motivação dos profissionais, na progressão dos mesmos com vista à melhoria de toda a equipa em prol dos melhores resultados; a prática de uma enfermagem de qualidade e especializada, mas também a mestria inerente a todos os anos como prestador de cuidados, fez do meu tutor um líder, reconhecido e respeitado tanto pela equipa médica como pela equipa de enfermagem.

No serviço de Urgência, existe o enfermeiro chefe e duas enfermeiras que lhe dão apoio, sendo que o responsável de turno é, de tarde/noite, também um prestador de cuidados, estando alocado à sala de emergência/ ou sala de tratamentos, locais com grande afluência

de doentes. A Enfermeira que fica responsável pelo turno da manhã, acaba por ter função de gestão intermédia, assegura a elaboração do plano de trabalho, alocando cada enfermeiro a um posto, salvaguardando apenas que na sala de emergência como elemento ou elemento de apoio fica um enfermeiro perito na área, não necessariamente um especialista, como defendido pela Ordem dos Enfermeiros no seu parecer 14/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a), devido ao número reduzido de especialistas neste serviço. A enfermeira responsável de turno manhã fica com a responsabilidade de pedidos de medicação, pedido de material clínico e não clínico, realizar horário e todas as trocas dos enfermeiros e assistentes operacionais, também fica com o encaminhamento dos doentes azuis ou verdes que queiram ser encaminhados para os cuidados de saúde primários. Esta é a responsável por esta articulação garantindo o agendamento da consulta num prazo máximo de 24h, comunicando ao doente onde e quando se deve dirigir, conforme o recomendado pela circular normativa número 11/2022 (ACSS, 2022).

A ausência de tempo destinado à coordenação, dado ao responsável de turno faz com que a coordenação não seja de todo viável nos turnos da tarde e noite. O meu orientador também assumia a função de responsável de turno, que, segundo o parecer da OE, deve ser desempenhado por enfermeiro especialista, mas que também possua um core de conhecimento sobre o serviço e o seu funcionamento para que possa dar resposta a todas as situações imprevistas (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Logo, apesar do enfermeiro responsável ter uma visão geral de toda a urgência no início do turno, não consegue responder na coordenação de todas as valências da urgência, sendo esta uma limitação funcional que não foi possível solucionar, pela falta de recursos humanos disponíveis. Quando desenvolvi o meu estágio no serviço, o enfermeiro chefe não estava presente e muitas das questões que foram surgindo acabaram por ser respondidas pela enfermeira que coordenava no turno da manhã. Neste serviço de urgência, há um enfermeiro gestor, no entanto na sua equipa há alguns líderes, como o meu orientador, que muitas vezes assumia a função de responsável de turno. Considero-o, por isso um exemplo, visto que um líder é aquele que impulsiona e eleva a equipa, não precisando de se evidenciar da mesma, sendo este o modelo gerador de equipas motivadas, eficazes e eficientes.

No decorrer de ambos os estágios, também tive oportunidade de contactar com outros estilos de liderança, como autoritária, na qual todas as regras são impostas, não havendo espaço

para iniciativa e tornando-se como geradora de conflitos e mal estar, e *laissez-faire*, na qual o líder se demite das suas funções cabendo à equipa a responsabilidade pelos objetivos e consecução dos mesmos (Góis, 2011). Todas estas situações fazem-nos crescer como pessoas e como profissionais e perceber que, apesar de tudo, um líder pode assumir algumas alterações do seu padrão de liderança, não sendo de todo incorreto, desde que leve a equipa a progredir, nunca gerando o mal-estar entre a mesma.

3.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No decorrer deste estágio, foi na prestação de cuidados à PSC que adquiri competências no âmbito da antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respondendo de forma atempada para prevenir complicações e foi, na simbiose perfeita desta trivalência - PSC, falência, prevenção - que consegui evoluir como enfermeira especialista e mestre em enfermagem na área da PSC, utilizando a evidência científica para suportar toda a prática clínica por mim desenvolvida e levando também muita das minhas aprendizagens para o meu local de trabalho.

Face à minha experiência profissional, o manuseamento de perfusoras, de cateteres de monitorização Pressão Venosa Central (PVC) e Pressão Arterial (PA) não suscitaram qualquer dúvida, mas, fora da minha zona de conforto, as aprendizagens foram em cascata e diárias. Estas desenvolveram em mim uma necessidade de procura de evidência, para estar à altura de tutores peritos nas áreas e pautaram a minha evolução como enfermeira especialista. Nós somos o resultado da nossa experiência!

Como objetivo pretendia desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, prestar cuidados à pessoa/familiar a vivenciar processos de doença crítica e ou falência multiorgânica, basear toda a prática clínica especializada em evidência científica e dinamizar resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, sendo que estas são competências tanto do enfermeiro especialista como do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Neste sentido, os dois locais de estágio foram fundamentais para este meu crescimento enquanto enfermeira.

Apesar de nos dois locais de estágio estarmos perante doente crítico em falência orgânica, os doentes apresentam-se de forma diferente; no SU, algumas vezes, sabemos *a priori* o que o leva a pessoa à urgência, quando são referenciados pelos serviços de urgência básicos (SUB), conseguindo ter a sala preparada, os meios de diagnóstico já à espera e sabemos, à partida, a terapêutica mais comum a administrar nestas situações como o caso das vias verdes AVC. No entanto, na maior parte dos casos, os doentes entram na sala de emergência após triagem vermelha, o que leva à ativação da sala com sinais sonoros, conforme as recomendações da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Nestes casos, a informação é escassa e a necessidade de agir para evitar falência é elevada, logo implica perícia e conhecimento o que acarretou pesquisa para estar à altura do enfermeiro tutor, nomeadamente sobre protocolos a utilizar em emergência, nas vias verdes, fármacos e diluições específicas, mas a principal aprendizagem, podemos dizer, foi a atribuição de prioridades. No outro lado do doente crítico, no SMIP, a entrada do paciente é feita com aviso prévio, logo a *box* do doente é preparada pelo enfermeiro coordenador ou pelo enfermeiro responsável pelo doente, realizando todos os testes, verificações (ventilador) e montagens necessárias (preparação terapêutica de acordo com o SMIP, montagem sistema monitorização de pressão venosa central e pressão arterial), sendo esta unidade preparada de acordo com a condição do doente e a monitorização requerida. Após a instalação do doente, estabilização e monitorização adequada, estabelece-se o plano para o doente. Os focos de atenção que existem em quase todos os planos de cuidados são: os autocuidados (higiene, sanitário, vestir/despir, alimentar), o risco de queda (escala Morse), risco de úlcera de pressão (escala Braden), a consciência, a dor, a suscetibilidade à infeção, limpeza das vias aéreas, a eliminação, a ferida e a ventilação. Um dos focos que suscitou mais discussão foi a utilização da escala de Braden no serviço, pela pertinência da sua elaboração no doente sedado e ventilado, no entanto, o serviço ia receber um novo dispositivo que irá revolucionar a avaliação do risco de úlcera de pressão em cuidados intensivos, o “*Provizio*”, que vai ajudar na identificação objetiva do risco de lesão por pressão em áreas anatómicas específicas (Provizio - Daylife, s.d.).

No decurso dos estágios, desenvolvi competências em áreas técnicas específicas, que tinha identificado, também, como objetivos de desenvolvimento pessoal que iriam ser importantes para a minha prática como as técnicas de substituição renal (hemodiafiltração e

hemofiltração), ventilação invasiva, o ECMO, monitorização neurológica, calorimetria indireta e a avaliação do débito cardíaco.

- Hemodiafiltração venovenosa contínua e hemofiltração venovenosa contínua com hipocoagulação com citrato. No caso de um paciente com risco hemorrágico elevado, sem hipocoagulação, tive oportunidade de auxiliar na montagem dos sistemas e nas vigilâncias associadas. Verificou-se ainda, uma situação, num doente sem hipocoagulação, que apesar da coagulação do sistema, conseguiu-se infundir a quase totalidade do sangue, situação que só foi possível pela vigilância e monitorização adequadas.

- Ventilação invasiva: área em que a atualização constante é imperiosa; existiu a necessidade de fazer pesquisa para perceber os modos ventilatórios e a mecânica associada a estes, para dar resposta aos alarmes associados. Os cuidados ao doente ventilado, a prevenção da pneumonia associada e intubação de acordo com o feixe de intervenções da DGS, aspiração de secreções em sistema fechado e a adaptação do doente ao ventilador foram uma realidade diária para mim.

- ECMO: esta foi sem dúvida a situação mais marcante para mim, primeiro pelas expectativas inerentes, pois muitos dos meus doentes são transferidos para ECMO e ainda não tinha observado nenhum doente sobre esta técnica. O paciente em causa, um homem, admitido no serviço com Insuficiência Respiratória refratária à VNI e, posteriormente, à intubação, colocado em decúbito ventral sem sucesso e ao final de umas horas com falência cardíaca sendo colocado em ECMO venoarterial por punção femoral-femoral. A vigilância apertada do doente, nomeadamente ao nível da perfusão periférica e cerebral bilateral (Colocação de INVOS nos quatro pontos) é uma mais-valia para despistar síndrome Arlequin, que aconteceu no doente quando começou a recuperar a função cardíaca (Guglin et al., 2019). Acompanhar a recuperação deste doente com a posterior remoção do ECMO foi muito gratificante.

- Monitorização neurológica: pude contactar com monitorização de PIC (pressão intracraniana) e com os cuidados inerentes ao doente com DVE; monitorização INVOS que permite identificar a oxigenação sanguínea da vascularização cerebral/somática (Medtronic, s.d.), a utilização Índice Bio-Espectral (BIS) para avaliação dos níveis de sedação e anestesia, do índice nocicepção e analgesia (ANI) avaliado de forma contínua

nos doentes para avaliar a dor e a sedação. O BIS não pode ser usado em doentes com alteração de débito cardíaco, hipertermia, existindo ainda alguns fármacos que mascaram a atividade elétrica cerebral (Queiroz et al., 2011). Ainda utilizei escalas que não estava habituada, como a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) e a Escala de Coma de Glasgow (em junção com o tamanho e reatividade pupilar). A escala de RASS tem vantagens em relação a outras escalas nomeadamente a RAMSEY, primeiro, porque esta última agrupa ansioso e agitado no mesmo patamar, o que sabemos de antemão que leva a cuidados diferenciados e, depois, porque a escala de RASS é a base para a escala de avaliação do risco de confusão mental/*delirium*. A CAM-ICU (Salluh et al., 2002), apesar de não ser usada no SMIP, é recomendada como boas práticas pela Sociedade de Medicina Intensiva. Esta defende a utilização da CAM-ICU como ferramenta para o diagnóstico e tratamento da dor, agitação e *delirium*, pelo que ia ser parametrizada.

- Utilização da calorimetria indireta, que, até ao início do mestrado, era totalmente desconhecida para mim; esta fornece-nos o cálculo das necessidades energéticas do doente e permite adequar a alimentação entérica/parentérica ao doente, deixando de parte a subjetividade inerente à alimentação do doente crítico. O suporte nutricional no adulto tem impacto no prognóstico, na diminuição do tempo de internamento e na melhoria da qualidade de vida pós-hospitalar (Whittle et al., 2020), sendo por isso de extrema importância. Este valor é conseguido através do monitor do doente, tendo em conta a quantidade de O₂ consumido, a quantidade de dióxido de carbono produzido e o quociente respiratório (Diener, 1997).

- Para avaliação do débito cardíaco também pude observar o método invasivo PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output) realizado com a colocação de um cateter venoso central padrão e de um cateter arterial, através de técnica de termodiluição, apesar de ter sido usado, a sua utilização é pouco consensual (Bastos, 2019). No meu percurso pelo SMIP, também pude observar a monitorização Cheetah, que é um método não invasivo para avaliar a responsividade à utilização de fluidos na PSC (Cooke, 2019).

Como aprendizagens major, reforço que a importância da gestão de *stress* inerente às situações de emergência foi conseguida, primariamente, pela experiência prévia, mas também pelo uso de *debriefing*, sendo este importante no sentido de melhorar a qualidade na resposta pela partilha e pela autorreflexão (Conoscenti et al., 2021). A validação das competências inerentes à prestação de cuidados na sala de emergência foram, para mim,

sempre uma utopia, visto não existir de um core de competências específicas, que fossem validadas para Portugal como existe no Reino Unido (Royal College of Nursing, 2017) ou em outros locais. No entanto, pela partilha de conhecimento, percebo que o tutor faz parte de um grupo de trabalho de enfermeiros peritos em urgência que está a trabalhar no sentido desta criação.

Apesar de já fazer transporte intra-hospitalar no serviço onde trabalho, o contacto com diferentes realidades faz com que, mais facilmente, possamos interrogar as nossas práticas quotidianas. Em relação ao transporte intra-hospitalar, a realidade do SMIP é diferente, sendo uma assistente operacional que acompanha o enfermeiro, o que leva, por vezes a erros por não saberem a localização de todos os serviços no hospital, aquando das transferências, o transporte para exames é feito com acompanhamento médico. No SU, o transporte é feito para exames complementares de diagnóstico, para o bloco ou serviços e internamento, nomeadamente, dos doentes da sala de emergência. Este transporte foi sempre feito pela assistente operacional, médico e enfermeiro, o doente ia sempre monitorizado, sendo levada mala de transporte aquando da ida ao bloco e para internamento, mas para os exames não ia com mala, visto ser dentro da urgência. O transporte extra-hospitalar é realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente exceto se o doente, tiver potencial de descompensação; neste caso vai acompanhado por médico e com colega com SAV. Aconteceu uma situação em que duas enfermeiras estavam ausentes para transporte, um para Viana e outro para Santa Maria da Feira, o que levou a uma situação de falha de dotações, situação esta que potencia a ocorrência de situações adversas. Esta situação foi também alvo de reflexão, visto que puseram em causa a segurança do serviço ao realizarem estes dois transportes em simultâneo. No SU, pude fazer o transporte de um doente resultante de uma ativação de via verde coronária levando o doente para o centro de referência que o rececionou. A informação deste foi transmitida, segundo a técnica ISBAR, que, conforme a norma da DGS, refere, como sendo a forma normalizada de comunicação eficaz na transmissão de informação. A norma ISBAR visa a transmissão da informação e deve incluir a identificação do doente, a explicação da situação atual, os antecedentes, a avaliação e recomendações. (Direcção-Geral de Saúde, 2017)

Reforço ainda a gestão da dor, sendo esta caracterizada como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual*

real ou potencial” (Santana et al., 2020, p.7). A dor, entendida como quinto sinal vital, é avaliada, e são instituídas medidas de alívio da mesma, quer através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. No SU, a incidência de doentes com dor 9-10 (escala numérica de avaliação da dor) é elevada e, muitas vezes, a prescrição verbal antes da avaliação médica é recorrente, especialmente, em pacientes com cólicas renais, dor associada ao trauma e vias verdes coronárias, agindo de acordo com o artigo nono do REPE, que define que o enfermeiro em situações de urgência deve atuar de acordo com as suas qualificações no sentido de manter ou recuperar as funções vitais do doente (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

No SU, a gestão do doente politraumatizado aconteceu apenas uma vez, mas foi importante no sentido de cooperar na abordagem do mesmo, implementado todas as estratégias aprendidas ao longo do mestrado. Um doente vítima de atropelamento, dá entrada na sala de emergência é feita a abordagem **A** (via aérea com controlo da coluna cervical), **B** (respiração), **C** (circulação com controlo de hemorragia), **D** (avaliação neurológica com controlo da dor e do *delirium*), **E** (exposição). Seguindo-se a avaliação secundária com o inventariado de todas as lesões, integrando já os resultados imagiológicos, para proceder a um plano de abordagem terapêutica mais adequado.

Na sala de emergência, durante os turnos, prestei cuidados ao doente e família em várias situações de risco iminente de vida, como é o caso: PCR tanto em ritmos desfibrilháveis como em ritmos não desfibrilháveis, desequilíbrios hidroeletrólíticos graves (hipoacaliémias, acidoses metabólicas), hemorragia digestiva alta maciça, vias verdes AVC (com indicação de trombolíticos e sem indicação), vias verdes coronárias, disritmias várias (taquicardias supraventriculares, fibrilhações auriculares de resposta ventricular rápida e lenta) e insuficiências respiratórias. A maior parte das situações os focos de instabilidade foram resolvidos e os doentes melhoraram sendo transferidos para outros serviços/hospitais. No entanto, também tivemos algumas situações de insucesso em que os doentes acabaram por morrer e a estes foram prestados os cuidados inerentes. Os processos de luto destas famílias foram iniciados com a equipa, através da explicação do contexto da morte e de tudo o que mediou a mesma, reforçando que tudo foi feito e permitindo a despedida dos mesmos.

As aprendizagens profissionais decorrentes deste contato com o doente/família foram transformadoras: a observação do cuidado dos colegas face ao medo, à ansiedade das famílias/doentes face à dúvida do prognóstico foram essenciais na construção de estratégias para ajudar as família a superar estes sentimentos; conversas francas, na qual a linguagem é adaptada ao conhecimento dos mesmos, de forma a perceberem a mensagem, torna-se fundamental para o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com estes, possibilitando a expressão de sentimentos e angústias face à doença crítica.

Não tive qualquer contacto com situações de exceção e catástrofe embora o seu conhecimento seja de extrema importância. As situações que estão articuladas no plano de emergência do SU são violência, derramamento de substâncias perigosas, incêndio, explosão e inundações. Segundo o INEM, consideramos situação de exceção quando existe desequilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde e os recursos disponíveis (INEM, 2012, p 12). Nesta forma de abordagem, utiliza-se a metodologia START (*Simple, Triage, Rapid Treatment*), na qual se avalia apenas se a pessoa anda e se esta ferida, se respira e qual a frequência respiratória e a frequência cardíaca, classificando por ordem de prioridades: emergente, grave, não grave e morto. Na abordagem secundária, avalia-se escala de coma de Glasgow, frequência respiratória e tensão arterial sistólica. Esta abordagem de catástrofe foi apenas falada com o tutor do SU, que também trabalha no pré-hospitalar e que, felizmente, nunca teve uma situação de exceção (INEM, 2012).

Em relação ao Serviço de Urgência e ao hospital onde realizei o meu estágio, tive oportunidade de consultar os planos de emergência interno e externo da instituição, verificando os procedimentos de atuação e o papel de cada elemento em caso de catástrofe. Relativamente aos planos de emergência da instituição, encontram-se atualizados e em conformidade com a orientação emitida pela DGS (Direção-Geral de Saúde, 2010), contemplando os critérios de ativação e desativação do plano, do Gabinete de Crise e a operacionalização da segurança periférica, bem como o controle dos acessos. Através deste, é possível perceber a organização da circulação externa/estacionamento, a mobilização dos recursos humanos/materiais e também logísticos bem como o acolhimento e orientação de vítimas em grande número. A evacuação total ou parcial em caso de acidente interno também está consagrada no Plano de Emergência Interno (PEI).

O PEI identifica os fatores de risco internos e externos, assim como a tipologia dos riscos (naturais, tecnológicos e sociais), bem como enuncia a organização dos diferentes intervenientes em situação de emergência. Em relação ao plano de evacuação, este enuncia a organização da segurança em evacuação, estabelece as prioridades da mesma, assim como especifica o modo de operar de acordo com a área do serviço de urgência onde ocorre o incidente.

As aprendizagens profissionais foram uma mais-valia, conseguindo atingir todos os objetivos a que me tinha proposto, os locais de estágio foram ricos em experiências e os tutores elementos facilitadores destas aprendizagens

CONCLUSÃO

O enfermeiro adquire competências e conhecimento na sua formação que vai aplicando e aumentando ao longo de toda a sua prática clínica e da sua evolução de aprendiz a perito como defende Patrícia Benner (Benner, 2020) na busca constante da melhoria na prestação de cuidados. Tendo em conta a evidência mais atual, posso inferir que somos o resultado de toda a experiência.

Durante este meu percurso, e tendo por base o projeto de estágio e todos os objetivos que fui delineando ao longo deste, posso concluir que, apesar de ambiciosos na conceção, consegui atingir os objetivos a que me propus. O SMIP e o SU fizeram com que saísse da minha zona de conforto, local onde, muitas vezes, nos sentimos “adormecidos”, e deu-me uma nova motivação neste caminho em busca da mestria do cuidado...A concretização destes estágios contribuíram, não só para a mobilização de conhecimentos, mas também para a aquisição de competências que permitiram uma nova abordagem, especializada à pessoa em situação crítica e sua família. Posso afirmar que a construção deste percurso começou muito antes da entrada no mestrado e prendeu-se com a necessidade de fazer mais e melhor, de evoluir, no sentido da prestação de cuidados de excelência.

Este percurso de desenvolvimento especializado permitiu desenvolver competências no domínio da ética e da deontologia profissional, agindo de acordo com as normas legais, gerindo situações complexas e integrando conhecimentos, fomentando processos de tomada de decisão. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados apresenta-se como uma dupla estratégia, garantindo ambientes de prática segura, mas também a evolução dos cuidados com base na evidência, para fazer face a uma sociedade cada vez mais exigente e com mais conhecimento. No entanto, esta excelência só é alcançável no seio da equipa multidisciplinar, lembrando que a enfermagem tem intervenções autónomas que são resultantes de processos de tomada de decisão próprios, mas também interdependentes. No sentido da melhoria contínua da qualidade foi efetuada a construção de uma norma clínica,

realizada formação informal e efetuada uma revisão da literatura sobre a utilização da prática simulada no contexto da urgência/sala de emergência. Como principal contributo, estes trabalhos desenvolvidos foram importantes para a uniformização da prática clínica, garantindo assim os melhores cuidados, de acordo com a evidência atual. A revisão da literatura foi realizada a título pessoal, sobre a utilização da prática simulada em contexto de urgência, no sentido de perceber se a mesma garante, ou não, as competências para a prestação de cuidados. De referir que ainda serão necessários mais estudos longitudinais, para perceber se o impacto deste género de formação pode ser aplicada em todos os contextos e se a mesma consegue garantir as competências necessárias para a prestação de cuidados.

O desenvolvimento de competências na área da gestão dos recursos e dos cuidados e a liderança de equipas, bem como a adaptação das mesmas aos diferentes contextos de estágio foram um desafio, visto que as realidades dos locais onde desenvolvi os meus estágios eram muito diferentes do meu local de trabalho. Não posso deixar de evidenciar novamente o papel dos tutores, fundamentais nesta aquisição, também pelo exemplo; profissionais dedicados, dotados de competência e conhecimento que lhes garantia o papel de líderes sendo reconhecidos pela equipa como tal.

Ainda referente ao percurso estabelecido, adquiri competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, promovendo cuidados à pessoa/família em falência orgânica, antecipando situações de instabilidade junto da equipa multidisciplinar, desenvolvendo estratégias de comunicação e mobilizando conhecimentos fundamentados pela evidência atual que norteia a *praxis*. Desenvolvi ainda competências na área da prevenção/intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, bem como na maximização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, através do conhecimento do plano de emergência interno e externo e da sua ativação. No domínio da investigação, através deste presente relatório, mas também de uma revisão da literatura, desenvolvi competências, de pesquisa, execução e de partilha de toda a informação/conhecimento.

No decurso da realização deste relatório, senti alguma dificuldade, nomeadamente ao nível de organização do mesmo e, como tal, tive necessidade de alterar a forma como apresentei as competências que consegui alcançar, de forma a tornar mais explícita a aquisição das mesmas, utilizando para isso uma análise crítico-reflexiva, de acordo com os domínios de

competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Também encontrei dificuldade em traduzir de forma descritiva todas as experiências que vivenciei, sem utilizar juízos de valor sobre as mesmas.

As dificuldades que encontrei no estágio prenderam-se com a gestão pessoal, isto porque, quando nos deparamos com tutores peritos na área, a intenção de estar à altura, de demonstrar conhecimento, de efetuar raciocínio, tendo por base a evidência mais recente, levaram a imensas horas de estudo aprofundado. A capacidade de trabalho metódico, também, foi uma das competências que adquiri neste contexto pela necessidade de estudar, cumprir horas de estágio e de trabalho, bem como assegurar todas as situações inerentes à vida familiar.

Considero que o serviço de urgência foi o local onde apresentei mais dificuldade de adaptação, visto que a realidade com que me deparei era muito diferente da que estava habituada, a rotatividade de doentes, a incapacidade de acompanhar todos aqueles que poderiam ter descompensações associadas, a gestão do risco e probabilidade aumentada de erro foram difíceis de gerir e exigiram um esforço maior para evoluir rapidamente.

A busca do saber torna-se importante, pois através desta mudamos, também, as práticas dos locais onde desenvolvemos a nossa atividade. Como referi anteriormente, o sair da zona de conforto faz-nos perceber o caminho face à evolução. Os campos foram, sem dúvida, uma surpresa agradável, pela quantidade de experiências que me permitiram crescer como profissional, mas que também me ajudaram no meu local de trabalho, para onde levo muitas das aprendizagens efetuadas; a disseminação das boas práticas e a abertura de horizontes faz com que todo o trabalho e toda a logística inerente a esta especialidade tenha valido a pena.

Considerando este projeto de aquisição de competências como algo inacabado e sujeito a mudança, pois será uma utopia acreditar que a construção de competências finda com este mestrado. A evolução contínua da sociedade, da ciência e, conseqüentemente, da enfermagem faz com que este mestrado seja a ponte, o impulso para a investigação, no sentido de melhorar as práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022). *Circular Normativa N. 11/2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência - RT 14/2019*.
- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (ACSS). (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências - RT 11/2015*.
- ARS Norte - Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte. (2011, Setembro 21). *“SEMINÁRIO SOBRE A FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O PAPEL DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE” o*. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Futilidade.pdf>
- Assembleia da República. (sem data). *Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro*. Diário da República, 1ª série, 181 (16 Setembro). Obtido 25 de Outubro de 2022, de https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&ficha=1
- Assembleia da Republica. (2001). *Resolução da AR n.º 1/2001, de 03 de Janeiro*
CONVENÇÃO DA BIOMEDICINA E PROTOCOLO ADICIONAL.
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=1644&tabela=leis&ficha=1&nversao=
- Assembleia da República. (2012, Julho 16). *Lei 25/2012*. Diário da República n.º 136/2012, Série I. <https://dre.tretas.org/dre/302367/lei-25-2012-de-16-de-julho>

Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro - Lei de Bases da Saúde.*

https://pgdliisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1

Barroso, F. (2016). *Segurança do Doente: Como notificar medicamentos LASA ao Infarmed - Look-Alike, Sound-Alike.* <https://risco-clinico.blogspot.com/2016/06/como-notificar-medicamentos-lasa-ao.html>

Bastos, H. (2019). *O sistema PiCCO vale a pena? - PEBMED.* <https://pebmed.com.br/o-sistema-picco-vale-a-pena/>

Benner, P. E. (2020, Novembro 29). *From Novice to Expert.*

https://www.currentnursing.com/nursing_theory/Patricia_Benner_From_Novice_to_Expert.html

Best, D., & Neuhauser, D. (2004). HEROES AND MARTYRS OF QUALITY AND SAFETY Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care, 13*, 472–473. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012591>

Blair, K. T. A., Eccleston, S. D., Binder, H. M., & McCarthy, M. S. (2017). Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of patient experience, 4*(1), 4–9.

<https://doi.org/10.1177/2374373517692927>

Boyde, M., Cooper, E., Putland, H., Stanton, R., Harding, C., Learmont, B., Thomas, C., Porter, J., Thompson, A., & Nicholls, L. (2018). Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. *Nurse Education Today, 68*, 100–104.

<https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2018.05.030>

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals.: Vol.* (The Johns Hopkins University Press, Ed.).

Camara, P. (2017). *Dicionário de Competências* (1ª edição). Editora RH.

Carneiro, A. H. (2020). DNR A Decisão de Não Reanimar. *Revista SPMI, volume 27, abril/junho.* https://www.spmi.pt/revista/vol27/vol27_n2_2020_169_173.pdf

- Carneiro, A. V. (2010). *O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica* | *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-o-erro-clinico-os-efeitos-X0870902510898082>
- Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). *SATISFAÇÃO DOS UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – AMOSTRA DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349851778037/html/>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Conoscenti, E., Martucci, G. ;, Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., & Arena, G. (2021). *Debriefing pós-crise: uma ferramenta para melhorar a qualidade entre equipas médicas durante emergências* | *Proqualis*. <https://proqualis.fiocruz.br/artigo/debriefing-p%C3%B3s-crise-uma-ferramenta-para-melhorar-qualidade-entre-equipas-m%C3%A9dicas-durante>
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. (2016). *89/CNECV/2016 - PARECER SOBRE O USO DE SINALÉTICA NO QUARTO OU UNIDADE DE TRATAMENTO DE DOENTES INFETADOS*.
- Cooke, S. (2019). *Cheetah Medical - Patient Monitoring Solutions/Service Company*. <https://www.healthcaretechoutlook.com/cheetah-medical>
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde - Coletânea de Legislação Anotada* (Almedina, Ed.; 2ª Edição).
- Diener, J. R. (1997). Calorimetria indireta. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(3), 245–253. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301997000300013>

- Direção-Geral de Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2015 de 06/08/2015. Medicamentos de Alerta Máximo*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Norma nº 020/2014 atualizada a 14/12/2015 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/30/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes/>
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Norma nº019/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Atualizada a 30/05/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral de Saúde. (2015c). *Norma nº022/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Norma n 01/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Norma nº021/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. atualizada a 30/05/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- DQS/DQCO. (2010). *Circular Normativa nº15 - Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>

- Góis, C. S. (2011). *LIDERANÇAS TRANSFORMACIONAL, TRANSACIONAL E LAISSEZ-FAIRE-UM ESTUDO DE CASO*. Dissertação para obtenção grau mestre apresentada Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Grafino, M. M., Soares, M. J., Conceição Pais, F., Martins, S. M., Nicole, C., & Sintor, R. (2019). Um caso comum com questões complexas - uma reflexão bioética. *Cadernos de Saúde, 11*(2), 21–26. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2019.5280>
- Grupo de Trabalho de certificação do Projeto HU-CI. (2019). *Manual de boas praticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva*. Madrid: Projeto HU-CI. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicass/>
- Guglin, M., Zucker, M. J., Bazan, V. M., Bozkurt, B., el Banayosy, A., Estep, J. D., Gurley, J., Nelson, K., Malyala, R., Panjraath, G. S., Zwischenberger, J. B., & Pinney, S. P. (2019). Venoarterial ECMO for Adults: JACC Scientific Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology, 73*(6), 698–716. <https://doi.org/10.1016/J.JACC.2018.11.038>
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D. V., Tate, J., George, E., Houze, M., Radtke, J., & Sereika, S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care, 20*(2), e28–e40. <https://doi.org/10.4037/AJCC2011433>
- ICU-diary Organization. (2012). *Diary*. <http://www.icu-diary.org/diary/Diary.html>
- INEM. (2012). situação de exceção manual TAS. *Versão 3.0 1ª Edição*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Indicadores de Desempenho do INEM*. <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=234&ano=2022>
- Kaddoura, M. A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of continuing education in nursing, 41*(11), 506–516. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100701-02>
- Kang, S. J., & Kim, Y. (2020). What should be included in web-based simulation for new nurses? *Nurse education today, 92*. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104508>

- Lebre, A. I., Alves, A., Félix, A. M., Cruz, A. P., Palos, C., Noriega, E., Neves, I., Valente, M., Silva, M. G., Faria, M. J., & Pacheco, P. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*.
www.dgs.pt
- LOPES, B. B. G., ANDRADE, G. C. de, BEZERRA, J. L. A., SANTOS, P. P. P. de O., MARTINS, M. R. R., & LIMA, T. L. B. K. (2022). *Comunicação de má notícia a pacientes da Oncologia Pediátrica do IMIP: um exercício de humanização médica*.
<http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/1488>
- Luo, Y., Geng, C., Chen, X., Zhang, Y., Zou, Z., & Bai, J. (2021). Three learning modalities' impact on clinical judgment and perceptions in newly graduated registered nurses: A quasi-experimental study. *Nursing & health sciences*, 23(2), 538–546.
<https://doi.org/10.1111/NHS.12842>
- Macedo, A. P. M. de C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Medtronic. (sem data). *INVOS™ Cerebral/Somatic Oximetry Products*. Obtido 26 de Outubro de 2022, de <https://www.medtronic.com/covidien/en-us/products/cerebral-somatic-oximetry.html>
- Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer N.º 15 / 2018 - Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Saúde. (sem data). *Declaração, de 11 de outubro | DRE*. Diário da República n.º2235/1994, Série I-B. Obtido 14 de Março de 2023, de <https://dre.pt/dre/detalhe/declaracao/1994-618930>
- Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. (sem data). *Carta dos Direitos do Doente Internado*.

- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014*. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015, Maio 27). *Despacho n.º 5613/2015 Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Diário da República n.º 102/2015, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021*. Diário da República 2ª série, 187: 96 - 103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Neves, J. G., Garrido, M. V., & Simões, E. (2019). *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais - Teoria e Prática* (3ª Edição). Edições Sílabo.
- Nydahl, P., Egerod, I., Hosey, M. M., Needham, D. M., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2020). Report on the Third International Intensive Care Unit Diary Conference. *Critical Care Nurse*, 40(5), e18–e25. <https://doi.org/10.4037/CCN2020958>
- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). *TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA NURSE COMPETENCE SCALE (NCS) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA*. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA
- Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. UM ESTUDO EM HOSPITAIS PORTUGUESES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, Nº2, 1. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- OMS. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Geneve. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 -REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro . *Alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer Conselho Jurídico 261/2014*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_261_2014_Continuidade_cuidados.pdf

Regulamento n.º 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Diário da República, 2.ª série — N.º 48 5948 (2015).

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer conjunto nº01/2017 - Atribuição de responsável de turno*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA PARECER N.º 14 / 2018*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2ª Série, nº135.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Em *Diário da República*, 2ª série, nº184 (pp. 128–155).

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de enfermagem e mesa do colegio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. (2020). *Tomada de posição sobre a admissão de enfermeiros recém-formados em serviços de medicina intensiva e unidades de cuidados intensivos*. tomada de posição CE/MCEEMS nº1/2020.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce_mceemc_admiss%C3%A3o-de-enfermeiros-rec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf

- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. de, Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. de A. L. M. da, Vattimo, M. de F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. da, Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229–233.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Paiva, J. A. ;, Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J. ;, & Coutinho, P. (2016). *Rede Nacional de Referência de Medicina Intensiva*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNR_Medicina-Intensiva.pdf
- Pessini, L. (2009). Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, 4(1).
https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394
- Peters, V. K., Harvey, E. M., Wright, A., Bath, J., Freeman, D., & Collier, B. (2018). Impact of a TeamSTEPPS Trauma Nurse Academy at a Level 1 Trauma Center. *Journal of emergency nursing*, 44(1), 19–25.
<https://doi.org/10.1016/J.JEN.2017.05.007>
- PORDATA. (2022a). *Europa: População com boa ou muito boa percepção do seu estado de saúde: total e por sexo (%)* .
[https://www.pordata.pt/europa/populacao+com+boa+ou+muito+boa+percecao+do+seu+estado+de+saude+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-3547](https://www.pordata.pt/europa/populacao+com+boa+ou+muito+boa+percecao+do+seu+estado+de+saude+total+e+por+sexo+(percentagem)-3547)
- PORDATA. (2022b). *Portugal: Óbitos por algumas causas de morte (%)* .
[https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](https://www.pordata.pt/portugal/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)
- Provizio - Daylife. (sem data). Obtido 27 de Outubro de 2022, de
<https://daylife.pt/provizio/>
- Queiroz, A., Arantes, L., Fonseca, N., Mardim, B., Ruzzi, R., Martins, N., & Costa, P. (2011). *Uso correto do monitor de consciência*. *Revista Médica de Minas Gerais* 21 (2 S3).
https://www.researchgate.net/publication/277168884_Uso_correto_do_monitor_de_consciencia

- Rodrigues, F. (2017). *Cultura de segurança do paciente e predisposição à ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva*.
<https://1library.org/document/qmox4o5y-cultura-seguranca-paciente-predisposicao-ocorrencia-eventos-adversos-intensiva.html>
- Royal College of Nursing. (2017). *Competency Framework for Emergency Nursing*.
<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/PUB-005883>
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 87–114. <https://doi.org/10.21814/rpe.2985>
- Salluh, J., Soares, M., & Pizzol, F. (2002). *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual*. Vanderbilt University. https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ad5124bc1a4532553b5_CAM_ICU_training_Portugese_B.pdf
- Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Junior, J. O. de O., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M., & Fonseca, P. R. B. (2020). *Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*.
https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf
- Santos, S. S. (2019). *Impacto da Liderança no desempenho da equipe de Enfermagem*. | *Estudo Geral*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89596>
- Silvestre, I. F. (2022). Relatório estágio - Promoção do sono na pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: o cuidar especializado do enfermeiro. *Universidade de Évora*. <http://hdl.handle.net/10174/32558>
- SPMI. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Medicina Interna*, 23(nº1).
- TR Dispositivo de compressão radial | Informações de produto | Radial Edge - Terumo Interventional Systems Global. (sem data). Obtido 30 de Janeiro de 2023, de https://www.terumo-radialede.com/pt/product/tr_band/

- Verna, H. N. , & Takale, R. G. M. K. (2013). *Principles of Management*. Universal Training Solutions Private Limited.
- Whittle, J., Molinger, J., MacLeod, D., Haines, K., Wischmeyer, P. E., Whittle, J., Molinger, J., MacLeod, D., Haines, K., Wischmeyer, P. E., Sung, A., Fudim, M., Boerger, L., Lessig, K., Lumbard, J., Murray, L. C., Steves, S., Parikh, J., Ribet, J., & Hollidge, M. (2020). Persistent hypermetabolism and longitudinal energy expenditure in critically ill patients with COVID-19. *Critical Care*, 24(1), 581.
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03286-7>
- Witt, C. L. (2011). *Continuing Education - Personal Responsibility*. *Advances in Neonatal Care*. vol 11, n°4. <https://sci-hub.ru/10.1097/ANC.0b013e31822648f3>

Sandra Pereira

Competências Especializadas em Enfermagem

A construção de um percurso

Sandra Pereira

Competências Especializadas em Enfermagem

A construção de um percurso

APÊNDICES

Sandra Pereira

Competências Especializadas em Enfermagem

A construção de um percurso

APÊNDICE I – Prática Simulada na Aquisição de Competências no Serviço Urgência

- REVISÃO DA LITERATURA-

Sandra Pereira

Competências Especializadas em Enfermagem

A construção de um percurso



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Prática Simulada na Aquisição de Competências no Serviço Urgência - REVISÃO DA LITERATURA-

Por
Sandra Machado Pereira

Porto, dezembro de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Prática Simulada na Aquisição de Competências no Serviço Urgência - REVISÃO DA LITERATURA-

Por
Sandra Machado Pereira

Sob a orientação de Mestre Vasco Neves

Porto – dezembro 2023

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	83
2. METODOLOGIA	85
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
4. CONCLUSÃO	94
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 – Método de construção da pergunta de investigação.....</i>	<i>85</i>
<i>Figura 2 – Frase Booleana</i>	<i>85</i>
<i>Figura 3 – Diagrama Prisma</i>	<i>86</i>
<i>Figura 4 – Tabela de Evidências</i>	<i>91</i>

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Esta elaboração foi realizada durante o estágio realizado no serviço de Urgência de um hospital da zona metropolitana do Porto.

Com a presente revisão da literatura, pretendo compreender se a utilização da prática simulada pode ser usada como meio para aquisição de competências ao nível do serviço de urgência e, também, consolidar e desenvolver conhecimentos na área da investigação. Para o efeito, foi elaborada uma pesquisa em bases de dados sobre o tema em específico para apurar se existem ou não benefícios com a utilização desta prática na aquisição de competências e, desta forma, contribuir para o reconhecimento da mesma.

A aquisição de competências e a forma como estas podem ser validadas sempre foi para mim uma inquietação. A dúvida inicial é sempre se a formação se traduziu em competências, se existe forma de as validar. Especialmente quando o trabalho desenvolvido se traduz pela prestação direta aos doentes em risco de falência orgânica é necessário termos a certeza que todos são competentes para a função que desempenham.

A apresentação da revisão é feita com a descrição da metodologia utilizada, seguida da apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos e finalmente uma conclusão de todo o trabalho.

Competências em Enfermagem continua a ser um tema largamente estudado, mas, sem uma definição consensual, podem ser explicadas como “*os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores*”(Oliveira et al., 2015, p 144), e segundo o mesmo autor “*competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na*

segurança”(Oliveira et al., 2015, p 144). Enquanto que Pedro Camara, define como “conjunto de qualidades e comportamentos que mobilizam os conhecimentos técnicos e permitem agir na resolução de problemas, estimulando desempenhos profissionais superiores”(Camara, 2017, p 14-15). Em 2015, aparece mesmo a tradução, validação e adaptação cultural da NCS (nurse competence scale) que categoriza as competências em 7 dimensões que são nomeadamente: planeamento e prestação de cuidados, ensino e orientação, gestão de conhecimentos e liderança, função docente, assegurar a qualidade e diagnóstico(Oliveira & Queirós, 2015), demonstrando como o conceito de competências é multifatorial.

A prática simulada visa demonstrar, essencialmente, do ponto de vista prático, todos os conhecimentos adquiridos, no entanto, a dúvida que persiste é se os enfermeiros, que trabalham com pessoas com características diferentes, e formas de estar também diferentes conseguem aplicar depois todos os conhecimentos quando transitam da simulação para o contexto real.

2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da presente revisão integrativa da literatura, como ponto de partida, identificamos a problemática a abordar e elaboramos a questão de investigação através do método PICo - População/ Intervenção/Resultado esperado (Figura 1).

P	I	Co
Enfermeiros Urgência	Utilização prática simulada	Benefício na aquisição competências

Figura 1 - Método construção da pergunta de investigação

A **questão de investigação** formulada foi a seguinte: Existe benefício na utilização da prática simulada para aquisição de competências nos enfermeiros que prestam cuidados no Urgência?

A base de dados utilizada para a pesquisa foi a B-on e para a pesquisa utilizamos os termos MeSH (Medical Subject Headings): “Clinical Competency” “Emergency Nursing”, “Simulation Training”. Para a pesquisa, utilizamos a seguinte frase booleana (Figura 2):

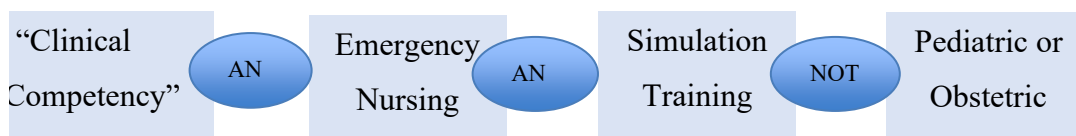


Figura 2 – Frase Booleana

Para a pesquisa na B-on, foram utilizados, como critérios de inclusão: artigos com texto completo de acesso livre, para a disciplina de enfermagem, em inglês, no período temporal de 2008-2022. Desta pesquisa resultaram 45 artigos, foram excluídos 2 por duplicação, 12 pela triagem a partir do título e 24 porque não respondiam à nossa questão

de investigação. Resultaram, por conseguinte, cinco artigos que foram analisados, como é possível observar no diagrama prisma (Figura 3)

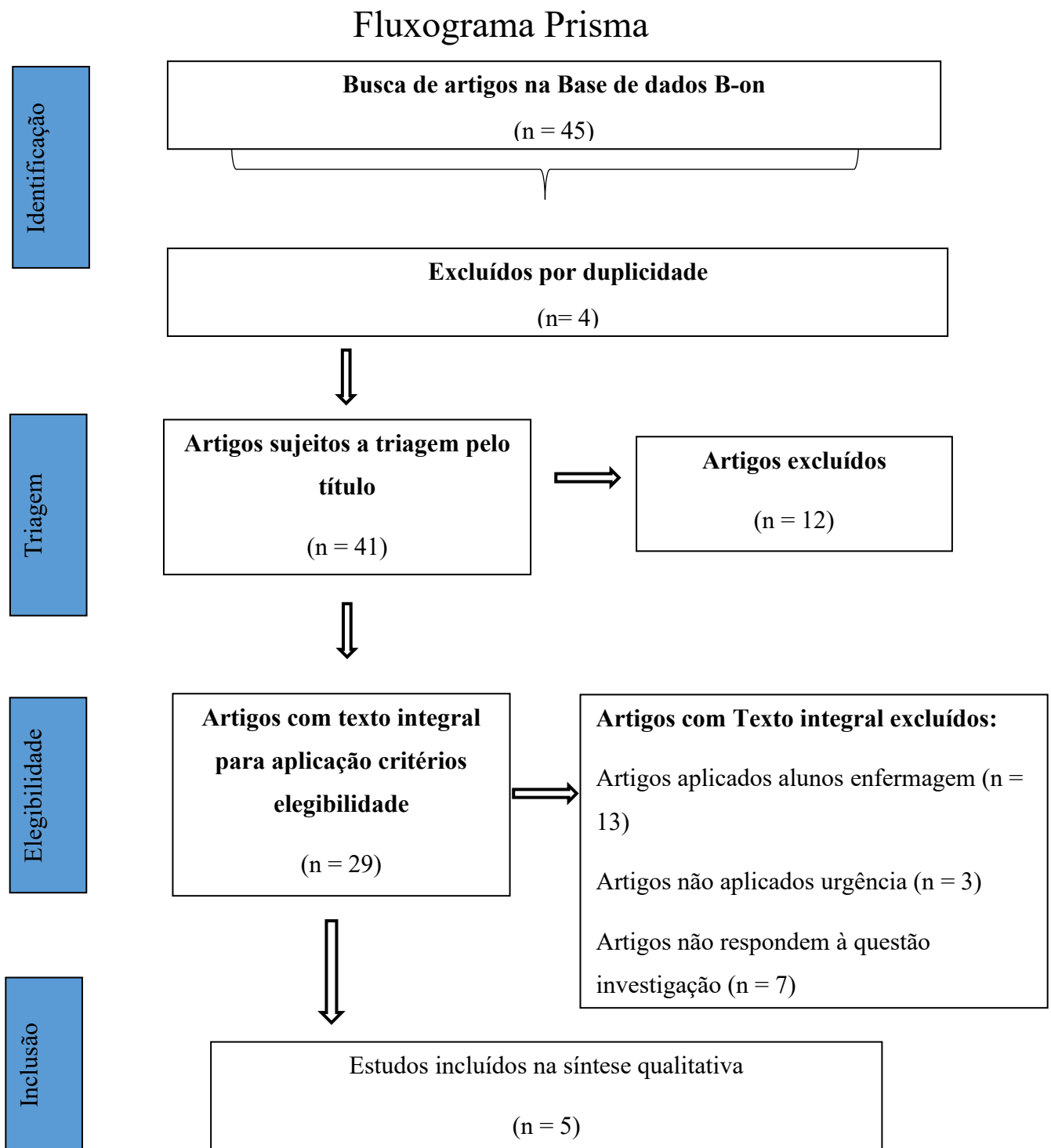


Figura 3- Diagrama Prisma

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de artigos pesquisados na B-on com os critérios de inclusão selecionados e que respondem a nossa questão de investigação foram cinco, como é possível observar na figura 3.

Para a análise dos dados foi realizada uma tabela de evidências (figura 3) para os cinco artigos escolhidos. Dois deles estudos quase-experimentais, dois estudos exploratórios, um deles transversal e outro descritivo com utilização de uma entrevista semiestruturada e, por fim, um estudo prospetivo.

No artigo número um (Boyde et al., 2018), o objetivo era implementar e avaliar uma forma inovadora de simulação, aplicada a enfermeiros e, para a sua concretização, foi realizado um estudo quase-experimental com uma amostra de conveniência de 50 enfermeiros que trabalhavam no serviço de urgência em Brisbane, na Austrália. Este estudo prevê a avaliação, através de um questionário, dos níveis de ansiedade pré e pós simulação, bem como a satisfação e confiança adquirida com aprendizagem, bem como a forma de documentação de todos os procedimentos. Este estudo demonstra que a simulação de alta-fidelidade diminui a ansiedade dos participantes, aumenta a eficiência do tratamento e melhora a forma de documentação que os enfermeiros utilizam.

O artigo número dois (Luo et al., 2021) o que previa era a comparação do impacto de três tipos de métodos de aprendizagem em enfermeiros recém-formados sobre juízo clínico, percepção, autoconfiança e avaliação do projeto de aprendizagem, sendo para tal utilizado, também, um estudo quase-experimental com uma amostra de conveniência inicial de cinquenta e nove enfermeiros chineses formados, em 2018, que, aleatoriamente, foram distribuídos por os três tipos de modelos de aprendizagem: simulação de alta-fidelidade (HF), simulação virtual (VS) e estudo caso (CS) mas apenas quarenta e seis completaram o estudo. No decurso do estudo, foram aplicados questionários demográficos e algumas escalas como: Escala de avaliação de juízo clínico (LCJR), a de avaliação de autoconfiança (escala chinesa de avaliação da autoconfiança dos

estudantes), a de *design* de simulação (EDS). Através deste estudo, demonstra-se que todos os métodos são benéficos e, ao mesmo tempo, apresentam desvantagens: a simulação virtual leva a níveis elevados de juízo clínico, a simulação de alta-fidelidade a maior autoconfiança e os dois demonstram maior fidelidade na simulação, quando comparados com os estudos de caso. No entanto, estes requerem baixo custo e recursos e podem ser usados como complemento de outro método de simulação. Este estudo demonstra, como principal limitação, a utilização de instrumentos de autoavaliação, o que pode ter dificultado a objetividade do estudo. Este propõe, ainda, estudos no sentido de perceber os efeitos destas simulações a longo prazo.

O artigo três (Kaddoura, 2010) tem como objetivo perceber como a simulação clínica pode afetar a percepção dos enfermeiros recém-formados no seu juízo clínico, aprendizagem e confiança e, para tal, usa um estudo exploratório e descritivo, utilizando uma entrevista semiestruturada, servindo-se de uma amostra de dez enfermeiros recém-formados. Estes eram sujeitos a um programa de treino durante seis meses e, findo esse tempo, submetidos a uma entrevista semiestruturada. Desta entrevista surgiram três temas principais cada um com três subtemas: aprendizagem de competências cognitivas e psicomotoras (aquisição conhecimento através de situações reais, de competências, vendo o doente de forma holística através da simulação, ponte entre a teoria e a prática na melhoria do pensamento clínico), estimulação do juízo clínico e de competências de liderança através da simulação e do feedback (modelação do pensamento clínico através da observação, melhoria das competências comunicacionais e de delegação através de cooperação e trabalho de equipa), segurança num ambiente estável de aprendizagem (segurança do paciente e dos profissionais, confiança para resolver situações críticas, criação de estratégias para lidar com o *stress*). A simulação contribuiu para melhorar a confiança no juízo clínico, melhorou também as competências de comunicação. No artigo, afirmam que a simulação não foi capaz de melhorar capacidade de liderança nem do *stress*, devido ao ambiente controlado, mas por outro lado, pode proporcionar uma forma de mostrar/avaliar competências e melhorar trabalho de equipa.

O artigo quatro (Kang & Kim, 2020) visa identificar necessidades educacionais em relação à simulação baseada na *web* (WBS) e, assim, determinar quais as componentes e conteúdos para esta programação, utilizando para tal um estudo descritivo e transversal,

com uma amostra de cento e trinta e dois enfermeiros registados a trabalhar num hospital coreano. Foi utilizado um questionário com cento e uma perguntas, através das quais a maioria dos participantes assumiram que é importante a simulação nos enfermeiros recém-formados, sendo a necessidade educacional mais votada o conhecimento de enfermagem, seguido de conhecimento técnico. Dentro das necessidades, foram evidenciadas ressuscitação cardiopulmonar, manuseamento via aérea, oxigenoterapia e ventilação mecânica. No entanto, as necessidades levantadas surgem da experiência clínica dos participantes, bem como das experiências dos mesmos como tutores/supervisores. O estudo denota que a simulação baseada na *web* deve incluir conhecimento fundamental de enfermagem e também técnico, que possa ser aplicado na prática imediatamente após a formação. Para os enfermeiros da emergência pode ser útil para aumentar o conhecimento de priorização e dar resposta às diferentes situações. O uso desta simulação, vai ajudar os enfermeiros a aumentar o conhecimento e a adaptar-se ao ambiente clínico, promovendo um melhor cuidado de enfermagem aos doentes.

O quinto e último estudo (Peters et al., 2018) refere-se a um estudo prospetivo para avaliação do programa TeamSTEEPS em conjunto com uma simulação de alta-fidelidade multidisciplinar na academia de trauma, cujo objetivo é demonstrar os componentes e os benefícios do TeamSTEEPS (estratégias de trabalho de equipa e ferramentas para melhorar desempenho e segurança do paciente) no ensino do curso trauma nível um para a emergência. Este estudo prospetivo abarca todos os formados durante os nove anos de duração do curso. Foi realizado um questionário de avaliação sobre o curso (aplicabilidade e gosto pelo curso), sobre conhecimento e competências adquiridas e, também, de qualidade e eficiência pré e pós treino e aplicadas escalas como: confiança no tratamento de doente vítima de trauma, e observação para avaliar trabalho de equipa. Os enfermeiros assumem que os objetivos do curso foram cumpridos e que tiveram impacto positivo na prática destes. A confiança dos participantes aumenta em todas as áreas avaliadas. As competências de reanimação foram medidas antes e após o treino e são, substancialmente, superiores, porque denotam maior eficiência. Um programa de educação que incorpore o TeamSTEPPS e um treino simulado multidisciplinar melhora os enfermeiros da emergência a nível de conhecimento, confiança e trabalho de equipa em situações de reanimação. Demonstra ainda que existe ligação direta entre treino do

trabalho de equipa com o conhecimento e autoconfiança no juízo clínico da equipa revelando ganhos em saúde e aumento da segurança do doente.

TABELA DE EVIDÊNCIAS

Título/autores	ARTIGO 1 – “Simulation for Emergency Nurses (SIREN): A Quasi-Experimental Study”. BOYDE, M., COOPER, E., PUTLAND, H., STANTON, R., HARDING, C., LEARMONT, B., THOMAS, C., PORTER, J., THOMPSON, A., NICHOLLS, L.	ARTIGO 2 – “Three Learning Modalities’ Impact on Clinical Judgment and Perceptions in Newly Graduated Register Nurses: A Quasi-Experimental Study” LUO, Y., GENG, C., CHEN, X., ZANG, Y., ZOU, Z., BAI, J..
Palavras-chave	Simulation, patient assessment, clinical performance, anxiety, documentation	Clinical competence, judgment, nursing education, perception, quasi-experimental study, simulation training.
Objetivos	Implementar e avaliar uma forma inovadora de simulação, aplicada a enfermeiros.	Comparação do impacto pelos três tipos de métodos de aprendizagem em enfermeiros recém-formados sobre juízo clínico, percepção autoconfiança, e avaliação do projeto de aprendizagem
Tipo de estudo	Estudo quase-experimental para avaliar aprendizagem por simulação de alta-fidelidade	Estudo quase-experimental
Amostra	Amostra de conveniência de 50 enfermeiros que trabalham em emergência em Brisbane, Austrália.	Amostra de conveniência inicial de 59 enfermeiros chineses formados em 2018 que aleatoriamente foram distribuídos por os 3 tipos de modelos de aprendizagem: simulação de alta-fidelidade (HF), simulação virtual (VS) e estudo caso (CS). Apenas 46 completaram o estudo.
Instrumentos recolha dados	2 questionários pré e pós simulação para avaliar ansiedade (escala ansiedade “STATE-TRAIT ANXIETY”) e a eficiência no atendimento do doente. No pós-simulação é avaliada a satisfação e confiança adquirida com a aprendizagem. Também é auditada documentação de registro.	Questionário demográfico; Escala de avaliação de juízo clínico (LCJR), Escala de avaliação de autoconfiança (escala chinesa de avaliação da autoconfiança dos estudantes), Escala de design de simulação (EDS), as 3 últimas preenchidas no final do último cenário de simulação no espaço de 15 minutos
Resultados	Ansiedade diminui estatisticamente no pós-simulação, a eficácia no atendimento subiu no pós-simulação, todos os participantes concordaram que aumentaram a sua confiança com a aprendizagem. A forma de documentação torna-se mais assertiva no pós-simulação	Dos 46 enfermeiros com média de idade de 20-22 anos, 34 eram mulheres, 12 participaram HF, 9 VS e 27 CS. Os 3 métodos têm benefícios e desvantagens: a VS leva a níveis elevados de juízo clínico, HF demonstram maior autoconfiança e os 2 demonstram maior fidelidade na simulação quando comparados com CS. No entanto CS requerem baixo custo e recursos, mas pode ser complementado com outro método de simulação.
Conclusões	Estudo demonstra que a simulação de alta-fidelidade diminui a ansiedade dos participantes, aumenta a eficiência do tratamento e melhora a forma de documentação que os enfermeiros utilizam	Grupo VS demonstrou maior nível de juízo clínico, o HF maior autoconfiança. Todos evidenciaram que a simulação trazia benefícios. No entanto, a HF e a VS demonstraram maior fidelidade na própria simulação em detrimento de CS. Estudo denota que ao usar instrumentos de autoavaliação, pode ter afetado a objetividade do estudo. Propõe estudos no sentido de perceber os efeitos destas simulações a longo prazo.

Título/autores	ARTIGO 3 - New Graduate Nurses' Perceptions of the Effects of Clinical Simulation on their Clinical Thinking, Learning, and Confidence. KADDOURA, Mahmoud A.	ARTIGO 4 – “What Should be Included in Web-Based Simulation for Nurse?” SOOK, Jung Kang, YOONJUNG, Kim.
Palavras-chave	Clinical simulation, clinical thinking	New nurses, clinical simulation, web-based simulation, nursing education, educational needs.
Objetivos	Perceber como a simulação clínica pode afetar a percepção dos enfermeiros recém-formados no seu juízo clínico, aprendizagem e confiança.	Identificar necessidades educacionais em relação à simulação baseada na web (WBS) e assim determinar quais as componentes e conteúdos para esta programação.
Tipo de estudo	Estudo exploratório, descritivo, utilizando uma entrevista semiestruturada	Estudo descritivo transversal
Amostra	Amostra de conveniência de 10 enfermeiros recém-formados de uma unidade de cuidados intensivos nos EUA	132 enfermeiros registados a trabalhar num hospital coreano, usaram apenas como critérios de exclusão trabalhar à menos de 3 meses.
Resultados	Demograficamente, no estudo participaram enfermeiras dos 22 aos 32 anos, todas falavam inglês exceto uma que era hispânica. Surgiram 3 temas principais cada um com 3 subtemas: aprendizagem de competências cognitivas e psicomotoras (aquisição conhecimento através de situações reais, de competências vendo o doente de forma holística através da simulação, ponte entre a teoria e a prática, na melhoria do pensamento clínico), estimulação do juízo clínico e de competências de liderança através da simulação e do feedback (modelação do pensamento clínico através da observação, melhoria das competências comunicacionais e de delegação através de cooperação e trabalho de equipa), segurança num ambiente estável de aprendizagem (segurança paciente e dos profissionais, confiança para resolver situações de críticas, criação estratégias para lidar com o stress.	A maioria dos participantes assumiram que é importante a simulação nos enfermeiros recém-formados, A necessidade educacional mais votada foi conhecimento de enfermagem, seguido de conhecimento técnico. Dentro das necessidades foram evidenciadas ressuscitação cardiopulmonar, manuseamento via aérea, oxigenoterapia e ventilação mecânica. No entanto, as necessidades levantadas surgem da experiência clínica dos participantes bem como das experiências dos mesmos como tutores/supervisores.
Conclusões	A simulação contribuiu para melhorar a confiança no juízo clínico, melhorou também as competências de comunicação. Mas afirmam que não foi capaz de melhorar capacidade de liderança nem <i>stress</i> devido ao ambiente controlado. A simulação pode proporcionar uma forma de mostrar/avaliar competências e melhorar trabalho de equipa, logo demonstra a sua aplicabilidade no ensino da enfermagem	O estudo denota que WBS deve incluir conhecimento fundamental de enfermagem e também técnico, que possa ser aplicado na prática, imediatamente após formação. Para os enfermeiros da emergência pode ser útil para aumentar o conhecimento de priorização e dar resposta às diferentes situações. O uso WBS vai ajudar os enfermeiros a aumentar o conhecimento e adaptar-se ao ambiente clínico, promovendo um melhor cuidado de enfermagem aos doentes.

Título/autores	ARTIGO 5– “Impact of a TeamSTEPPS Trauma Nurse Academy at a Level 1 Trauma Center” PETERS, K.V., HARVEY, E.M., WRIGHT,A., BATH, J., FREEMANN, D., COLLIER,B.
Palavras-chave	Teamwork, nurse, TeamSTEPPS, Trauma, Simulation
Objetivos	Demonstrar os componentes e os benefícios do TeamSTEPPS (estratégias de trabalho de equipa e ferramentas para melhorar desempenho e segurança do paciente) no ensino do curso trauma nível 1 para a emergência
Tipo de estudo	Estudo prospetivo para avaliação do programa TeamSTEPPS em conjunto com uma simulação de alta-fidelidade multidisciplinar na academia de trauma, com 9 anos de existência.
Amostra	Formandos durante os 9 anos de duração do programa.
Instrumentos recolha dados	Questionário de avaliação: sobre o curso (aplicabilidade e gosto pelo curso), sobre conhecimento e competências adquiridas e também de qualidade e eficiência pré e pós treino. Escalas de: confiança no tratamento de doente vítima de trauma, de observação para avaliar trabalho de equipa.
Resultados	Os enfermeiros assumem que os objetivos do curso foram cumpridos e que tiveram impacto positivo na prática destes. A confiança dos participantes aumenta em todas as áreas avaliadas. Competências de reanimação foram medidas antes e após o treino e são substancialmente superiores, denotam maior eficiência.
Conclusões	Programa de educação que incorpore TeamSTEPPS e um treino simulado multidisciplinar melhora os enfermeiros da emergência a nível de conhecimento, confiança e trabalho de equipa em situações de reanimação. Demonstra, ainda, que existe ligação direta entre treino do trabalho de equipa com o conhecimento e autoconfiança no juízo clínico da equipa, nos ganhos em saúde e na segurança do doente.

Figura 4- Tabela de Evidências

4. CONCLUSÃO

Com esta revisão integrativa, consegui atingir os objetivos a que me tinha proposto, consegui consolidar conhecimentos relativos aos métodos estruturados de revisão da literatura, como também consegui dar resposta à questão de investigação.

Os estudos analisados, dois quase experimentais, dois descritivos e um prospetivo, demonstram que existem várias formas de prática simulada: a alta-fidelidade, simulação virtual, estudos de caso e simulação baseada na web. Através da análise dos mesmos podemos concluir que todos os métodos demonstram vantagens na sua utilização revelando melhoraria dos participantes ao nível do juízo clínico, melhorando também competências de comunicação.

A alta-fidelidade diminui a ansiedade dos participantes, aumenta a eficiência do tratamento e melhora a forma de documentação que os enfermeiros utilizam, garantindo maior autoconfiança. A utilização da prática simulada na *web* pode ser útil para aumentar o conhecimento sobre priorização e dar resposta às diferentes situações da emergência. Desta forma, vai ajudar os enfermeiros a aumentar conhecimento e a adaptar-se ao ambiente clínico, promovendo um melhor cuidado de enfermagem aos doentes. Por sua vez, os estudos de caso, apesar de serem vantajosos a nível de gasto de recursos, os resultados não são tão evidentes, considerando a sua utilização com prática coadjuvante.

Podemos inferir também, através dos estudos, que o treino simulado multidisciplinar faz com que os enfermeiros da emergência melhorem a nível de conhecimento, confiança e trabalho de equipa em situações de reanimação, demonstrando num dos estudos haver correlação entre treino do trabalho de equipa com o conhecimento e autoconfiança no juízo clínico da equipa, nos ganhos em saúde e na segurança do doente.

No entanto, a utilização da prática simulada não garante a melhoria da liderança nem da gestão do *stress*, sendo estas, fundamentais, para gerir situações de urgência em que a falência orgânica é um risco. Será necessário desenvolver mais estudos que envolvam os diferentes tipos de prática simulada na aquisição de competências especializadas, bem como perceber as implicações da utilização desta a longo prazo.

É urgente, ao nível da enfermagem, perceber como é possível validar as competências dos enfermeiros na prática direta de cuidados, garantindo desta forma a segurança dos cuidados e a melhoria da qualidade dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boyde, M., Cooper, E., Putland, H., Stanton, R., Harding, C., Learmont, B., Thomas, C., Porter, J., Thompson, A., & Nicholls, L. (2018). Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 68, 100–104. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2018.05.030>
- Camara, P. (2017). *Dicionário de Competências* (1ª edição). Editora RH.
- Kaddoura, M. A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(11), 506–516. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100701-02>
- Kang, S. J., & Kim, Y. (2020). What should be included in web-based simulation for new nurses? *Nurse Education Today*, 92. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104508>
- Luo, Y., Geng, C., Chen, X., Zhang, Y., Zou, Z., & Bai, J. (2021). Three learning modalities' impact on clinical judgment and perceptions in newly graduated registered nurses: A quasi-experimental study. *Nursing & Health Sciences*, 23(2), 538–546. <https://doi.org/10.1111/NHS.12842>
- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). *Tradução, Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para A População Portuguesa*. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA
- Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). *A Competência Profissional Dos Enfermeiros. Um Estudo Em Hospitais Portugueses*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, Nº2, 1. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

Peters, V. K., Harvey, E. M., Wright, A., Bath, J., Freeman, D., & Collier, B. (2018). *Impact of a TeamSTEPPS Trauma Nurse Academy at a Level 1 Trauma Center*. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2017.05.007>

APÊNDICE II – Instrução de Trabalho Cuidados ao doente portador de *pacemaker*
provisório

Instrução de Trabalho

Cuidados ao doente com Pacemaker Provisório

1. Objetivos

- Normalizar o procedimento de cuidados ao doente com pacemaker provisório;
- Identificar principais complicações;
- Reconhecer formas de atuação para evitar o aparecimento de complicações.

2. Âmbito

- Destina-se a todos os enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP).

3. Descrição

O Pacemaker provisório transvenoso, implica um procedimento invasivo, na qual é puncionado um acesso venoso central (femoral, jugular interna direita ou subclávia esquerda), de forma a progredir um cateter e inseri-lo no ápex do ventrículo direito. As modalidades para pacing temporário urgente incluem abordagens transvenosas, epicárdicas e transcutâneas, sendo que vamos incidir a instrução de trabalho sobre as abordagens transvenosas.

As últimas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (2022) referem que o pacing transvenoso temporário deve ser usado: nos casos de bradiarritmia, com compromisso hemodinâmico, refratária a fármacos cronotrópicos intravenosos; quando o pacemaker definitivo não possa ser colocado ou, quando as causas da sua colocação possam ser reversíveis (cirurgia cardíaca, distúrbios eletrolíticos, toxicidade, miocardite, isquemia miocárdica). Também deve ser considerado o pacing transvenoso temporário como ponte para implantação de pacemaker permanente, quando este procedimento não está imediatamente disponível, ou não é possível devido a infeção concomitante.

3.1 Conceitos gerais

- Captura: Quando o estímulo é suficiente para gerar potencial de ação, que é conduzido ao restante miocárdio. No ECG surge um spike, seguido QRS.
- Limiar ou Output: voltagem mínima, em miliamperes, que resulta em captura ventricular
- Sensibilidade: Capacidade de o pacemaker reconhecer o ritmo do doente, bem como, ser capaz de discriminar interferências (milivolts)
- Modo assíncrono: o gerador produz estímulos, em intervalos regulares, qualquer que seja o ritmo cardíaco base;
- Modo on demand: O gerador deteta o ritmo do doente, através dos elétrodos e só gera estímulo quando a frequência do doente é inferior à estabelecida.



Data	Revisão	Página
[dd.mm.aaaa]	[dd.mm.aaaa]	1 de 4

3.2 Complicações:

As complicações associadas ao PMP são comuns e, traduzem-se, essencialmente, por complicações associadas ao acesso vascular, complicações associadas ao eletrocáteter e à sua colocação e complicações associadas ao manuseamento inadequado. Estas são nomeadamente:

- a) Hematoma do local da punção;
- b) Lesão do nervo na tentativa da punção venosa;
- c) Dor no local da punção;
- d) Infecção do local da punção e/ou bacteremia;
- e) Perfuração ventrículo direito;
- f) Tamponamento cardíaco;
- g) Pneumotórax;
- h) Disritmias;
- i) Endocardite;
- j) Tromboembolismo;
- k) Deslocações eletrocáteter ou desconexões.

3.3 Cuidados de enfermagem para prevenção de riscos associados ao PMP

Com os cuidados de enfermagem adequados ao doente, portador de PMP, podem ser evitadas/prevenidas várias situações potencialmente graves (hemorragias, compromisso perfusão do membro onde está colocado o PMP, infecção, úlceras por pressão, disfunção do PMP), que se traduzem por ganhos em saúde e bons indicadores de resultado.

a) Risco de hemorragia:

- Manter repouso no leito;
- Não elevar cabeceira mais de 30°;
- Manter membro inferior, se femoral, em extensão;
- Vigiar sinais de hemorragia no local de inserção;
- Vigiar sinais de tamponamento cardíaco (tríade de Beck);
- Controle rigoroso de hemograma e coagulação.

b) Risco de compromisso da perfusão tecidual periférica

- Avaliar perfusão periférica de 6 em 6 horas.

c) Risco de infecção:

- Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção;
- Monitorizar temperatura corporal;
- administrar antibioterapia profilática;
- Verificar subida marcador inflamatórios.

Data	Revisão	Página
[dd.mm.aaaa]	[dd.mm.aaaa]	2 de 4

d) Risco de úlcera por pressão

- Efetuar posicionamentos regulares, desde que membro mantenha extensão;
- Aliviar pressão no membro onde está inserido o PMP;
- Ensinar sobre importância repouso no leito;
- Instruir doente sobre importância da mobilização/posicionamentos.

e) Disfunção do PMP:

- Falha de captura: Identificado no ECG pela presença de spike, sem a subsequente despolarização ventricular;
- Falha de estimulação: Identificado no ECG pela ausência do spike esperado;
- Falha de sensibilidade: Incapacidade do PMP reconhecer o ritmo do doente identificado no ECG pela presença do spike, que ocorre anormalmente quando a atividade intrínseca está presente. Os spikes podem cair na onda T e induzir taquidisritmias ventriculares;
- Sensibilidade excessiva: Interpretação errônea de outros movimentos como se fosse a despolarização miocárdica, podendo não estimular quando necessário.

3.4 Otimização do PMP

Para garantir o adequado funcionamento do PMP, a sua otimização, pelo menos uma vez por turno, é mandatória. As intervenções de enfermagem associadas a esta otimização são:

- Manter monitorização ECG para detetar possíveis arritmias ou dissincronias do próprio PMP;
- Avaliar tradução do funcionamento do PMP no traçado do ECG;
- Confirmar que o eletrocáteter está devidamente fixo na pele, com penso transparente;
- Minimizar riscos de deslocação de eletrocáteteres (cabos livres, manter doente calmo);
- Confirmar programação do PMP uma vez turno;
- Avaliar output e sensibilidade mínimos uma vez por turno;
- Avaliar ritmo de escape do doente uma vez por turno (se aplicável);
- Colocar novamente na programação definida, após efetuar as avaliações anteriores;
- Vigiar bateria do gerador, trocar sempre que tenha indicação bateria fraca;
- Vigiar aparecimento de estimulação diafragmática.

3.5 Remoção do pacemaker provisório:

- Manter monitorização, assegurando estabilidade hemodinâmica
- Confirmar valores de APTT ou INR se indicado;
- Confirmar ritmo de escape;
- Desligar o gerador do PMP;
- Desconectar o eletrocáteter do gerador;
- Remover o eletrocáteter lentamente;

Data	Revisão	Página
[dd.mm.aaaa]	[dd.mm.aaaa]	3 de 4

- Reavaliar parâmetros vitais e vigiar sinais de tamponamento cardíaco;
- Permitir o sangramento livre pelo introdutor durante um ou dois segundos;
- Remover o introdutor venoso;
- Aplicar compressão manual até hemóstase;
- Realizar penso compressivo;
- Manter membro em extensão durante 4 a 6 horas;
- Avaliar perfusão tecidual periférica;
- Vigiar sinais de hemorragia;
- Manter vigilância hemodinâmica.

4. Bibliografia

- Mark S Link, MD (2022) *Permanent cardiac pacing: Overview of devices and indications*. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/permanent-cardiac-pacing-overview-of-devices-and-indications?search=temporary%20cardiac%20pacing%C2%B4&source=search_result&selectedTitle=2~76&usage_type=default&display_rank=2
- N A Mark Estes, III, MD (2022). *Temporary Cardiac Pacing*. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/temporary-cardiac-pacing?search=transvenous%20temporary%20pacing%C2%B4&source=search_result&selectedTitle=1~76&usage_type=default&display_rank=1
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2021). *Pacing Cardíaco - Recomendações sobre pacing cardíaco e terapêutica de reabilitação cardíaca*. Disponível em: https://spc.pt/wp-content/uploads/2022/06/Pockets-Pacing-Cardiaco_-versao-definitiva.pdf

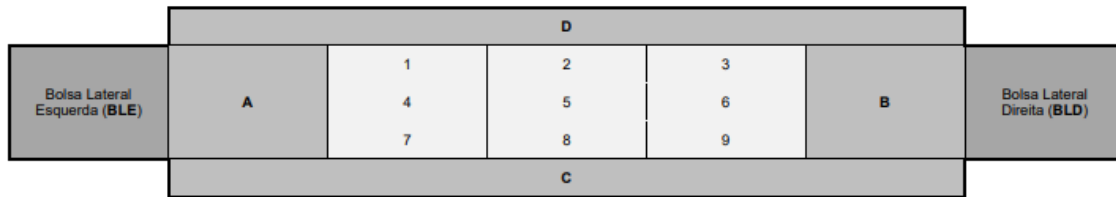
5. Responsabilidade

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração		[dd.mm.aaaa]	
Validação		[dd.mm.aaaa]	Não Aplicável.
Aprovação		[dd.mm.aaaa]	

Data	Revisão	Página
[dd.mm.aaaa]	[dd.mm.aaaa]	4 de 4

ANEXOS

Anexo I – Mala de Emergência



MALA APOIO EMERGÊNCIA				Qt.	X					Qt.	X
A	Kit Traqueostomia Emergência		(1)		6	Cabo Laringoscópio		(1)			
	Luvas esterilizadas Nº 6		(2)			Lâmina Curva Nº 1		(1)			
B	Luvas esterilizadas Nº 6.5		(2)			Lâmina Curva Nº 2		(1)			
	Luvas esterilizadas Nº 7		(2)			Lâmina Curva Nº 3		(1)			
	Luvas esterilizadas Nº 7.5		(2)			Lâmina Curva Nº 4		(1)			
C	S.F. 100ml		(1)			Pinça Maquil		(1)			
	S.F. 500ml		(1)			Máscara Alta Concentração (adulto)		(1)			
	Glucose 5% 100ml		(1)			Máscara Alta Concentração (pediátrica)		(1)			
D	Pacote de Eléctrodos		(1)			Cânula nasal		(1)			
	Sondas de Aspiração CH14		(2)			Contentor de Agulhas		(1)			
1	Mandril		(1)		9	Máscara Facial Nº 1		(1)			
	Seringa 2cc		(4)			Máscara Facial Nº 2		(1)			
	Seringa 5cc		(4)			Máscara Facial Nº 3		(1)			
	Seringa 10cc		(4)			Máscara Facial Nº 5		(1)			
	Seringa 20cc		(4)			Pilhas Laringoscópio		(2)			
	CVP 14G		(3)		BLD	Máscara Laringea s/cuff Nº 2		(1)			
	CVP 16G		(3)			Máscara Laringea s/cuff Nº 3		(1)			
	CVP 18G		(3)			Máscara Laringea s/cuff Nº 4		(1)			
	CVP 20G		(3)			Máscara Laringea s/cuff Nº 5		(1)			
	CVP 22G		(3)			TOT c/cuff Nº 6.5		(1)			
2	CVP 24G		(3)		TOT c/cuff Nº 7		(1)				
	Sistema de Soro		(2)		TOT c/cuff Nº 7.5		(1)				
	Prolongador c/ torneira		(2)		TOT c/cuff Nº 8		(1)				
	Torneira de 3 vias		(2)		TOT c/cuff Nº 8.5		(1)				
	Máquina Glicemia		(1)		TOT s/cuff Nº 2.5		(1)				
	Lancetas Glicemia		(5)		TOT s/cuff Nº 3		(1)				
	Fitas Glicemia		(10)		TOT s/cuff Nº 3.5		(1)				
	3	Compressas 10x10cm		(2)		TOT s/cuff Nº 4		(1)			
		Adesivo		(1)		TOT s/cuff Nº 4.5		(1)			
		Tesoura		(1)		TOT s/cuff Nº 5		(1)			
4	Xilocaina Spray		(1)		TOT s/cuff Nº 5.5		(1)				
	Máscara Oxigénio (adulto)		(1)		TOT s/cuff Nº 6		(1)				
5	Máscara Oxigénio (pediátrica)		(1)		Bolsa Superior	Nastro		(1)			
	Mini-nebulizador		(1)			Saco plástico (p/lixo)		(2)			
Peça em T		(1)		Garrote			(1)				
Tubo Guedel Nº 2		(1)		Solução antisséptica alcoólica			(1)				
Tubo Guedel Nº 3		(1)		Agulhas 19G			(4)				
Tubo Guedel Nº 4		(1)		Agulhas 21G			(4)				
Tubo Guedel Nº 5		(1)		Agulhas 25G			(4)				
Filtro		(2)		Ambu 1500ml <small>c/ filtro, reservatório + tubo O₂ e máscara facial Nº4</small>			(1)				
Traqueia 15cm		(1)		Ambu 500ml			(1)				

MALA FÁRMACOS EMERGÊNCIA									
LADO A	Adenosina 6mg/2ml [2ml]		(3)		LADO B	Ácido Acetilsalicílico 100mg IV		(2)	
	aDRENALina 1mg/ml [1ml]		(10)			Captopril 25mg PO		(2)	
	amioDARona 150mg/3ml [3ml]		(3)			Etomidato 2mg/ml [10mg]		(1)	
	aTROPina 0.5mg/ml [1ml]		(6)			Furosemida 20mg/2ml [2ml]		(6)	
	Bicarbonato de Sódio 84mg/ml [20ml]		(2)			Hidro cortisona 100mg [RAP]		(2)	
	Cloreto de Cálcio 100mg/ml [10ml]		(2)			Midazolam 15mg/3ml [3ml] <small>ESTUPEFACIENTE</small>		(3)	
	Diazepam 10mg/2ml [2ml] <small>ESTUPEFACIENTE</small>		(1)			Metoclopramida 10mg/2ml [2ml]		(2)	
	Digoxina 0.25mg/ml [2ml]		(2)			Naloxona 0.4mg/ml [1ml]		(2)	
	EFEDrina 30mg/10ml [10ml] <small>SERINKSA</small>		(3)			Brometo Rocurônio 10mg/ml [5ml]		(1)	
	Flumazenilo 0.1mg/ml [5ml]		(2)			Propofol 10mg/ml [20ml]		(2)	
	Glucose 300mg/ml [20ml]		(2)			Diazepam Retal 5mg <small>ESTUPEFACIENTE</small>		(2)	
	Brometo Ipratrópio 0.52mg+Salbutamol 3mg/2.5ml		(2)			Diazepam Retal 10mg <small>ESTUPEFACIENTE</small>		(2)	
	Água Destilada 5ml		(4)			Tiopental sódico 500mg IV		(1)	
						S.F. 10ml		(4)	

Data: ____/____/____	Nome: _____	NM: _____
----------------------	-------------	-----------

