



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**O PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**THE ROAD TO ACQUIRING NURSE SPECIALIST
COMPETENCES**

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
Sónia Patrícia Rodrigues Bastos

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**O PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**THE ROAD TO ACQUIRING NURSE SPECIALIST
COMPETENCES**

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
Sónia Patrícia Rodrigues Bastos

Orientadora Professora Doutora Susana Miguel

Lisboa, 2024

“Vencer a si próprio é a maior das vitórias”

Platão

Agradecimentos

Chegado o fim deste percurso, gostaria de agradecer a todos os envolvidos.

À Professora Doutora Susana Miguel por toda a disponibilidade e orientação fundamental para o culminar deste percurso exigente.

Aos enfermeiros orientadores e às equipas pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

Aos meus amigos, mas principalmente à Marta, por partilhar este percurso comigo, tornando-o mais fácil.

Aos meus pais e irmão pelo apoio valioso para alcançar este objetivo e por me incentivarem sempre a enfrentar desafios superando-me cada vez mais.

Finalmente, ao meu namorado pelo apoio constante nos bons e maus momentos e pelas palavras de incentivo.

A todos o meu mais sincero e profundo obrigado!

Resumo

O propósito do presente relatório é a demonstração do percurso realizado para a aquisição de competências especializadas no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, com especialização em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Após alguns anos de experiência profissional em contexto de unidade de cuidados intensivos, a escolha para realizar este percurso formativo teve origem na necessidade de adquirir e desenvolver mais conhecimentos na área da pessoa em situação crítica para continuar a melhorar os cuidados em enfermagem. Durante o percurso recorri à prática reflexiva e à análise crítica para a interiorização das experiências vivenciadas em dois contextos de estágio por mim escolhidos, os quais foram realizados num serviço de urgência polivalente e numa unidade de cuidados intensivos polivalente.

O referencial teórico utilizado durante todo o processo formativo assentou na Teoria das Transições de Afaf Meleis a qual serviu como guia de pensamento em enfermagem para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de excelência.

Para atingir as competências de mestre foi desenvolvida uma investigação secundária. Como tal, foi realizada uma scoping review intitulada “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico”, com o intuito de mapear as intervenções de enfermagem correspondentes.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica, Competências, Traumatismo torácico

Abstract

The purpose of this report is to demonstrate the journey undertaken to acquire specialized skills within the scope of the Master's degree in Nursing, specializing in medical-surgical nursing critical care nursing.

After several years of professional experience in the intensive care unit setting I decided to pursue this educational path because I need to acquire and further develop knowledge in critical care nursing to continue improving nursing care.

Throughout this journey, I relied on reflective practice and critical analysis to internalize the experiences gained in two chosen internship settings, a versatile emergency department and a versatile intensive care unit.

The theoretical framework used throughout the educational process was based on Afaf Meleis's Theory of Transitions, which served as a guiding principle in nursing thinking to develop excellent nursing care.

To attain master's level competencies, a secondary research was conducted. Hence, a scoping review titled "Nursing Interventions for Critically Ill Patients with Thoracic Trauma" was carried out with to map corresponding nursing interventions.

Keywords: Critically ill, Competencies, Thoracic trauma

Lista de siglas/Acrónimos

ABCDE- Via aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e exposição

ATLS- Advanced Trauma Life Support

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa

ECG- Electrocardiograma

IACS- Infecções associadas aos cuidados de saúde

Mesh - Medical Subject Headings

RX- Radiografia

SU -Serviço de Urgência

SUB -Serviço de Urgência Básico

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

TC CE- Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica

UCI- Unidade de cuidados intensivos

UUM- Unidade de urgência médica

VMER- Viatura médica de emergência e reanimação

Índice

Introdução	15
1. Enquadramento	19
1.1. Enquadramento conceptual	19
1.2. Enquadramento do fenómeno em estudo	21
2. Caracterização dos locais de estágio.....	27
2.1. Serviço de Urgência Polivalente	27
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	30
3. Análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências.....	33
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	34
3.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	34
3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	38
3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	41
3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	46
3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	46
3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	58
3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	60
4. Conclusão	65
5. Referências Bibliográficas	67
6. Apêndices	73
6.1. Apêndice I - Póster Científico apresentando no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	74
7. Anexos	75
7.1. Anexo I - Certificado de apresentação do Póster Científico	76

7.2. Anexo II - Certificado de presença no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	77
---	-----------

Introdução

No âmbito do 16º Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, desenvolvi este relatório de estágio inserido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Este tem como propósito demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências ao longo deste percurso académico para a obtenção do título de enfermeira especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como a obtenção do grau académico de mestre em enfermagem através da apresentação e discussão em prova pública do relatório (Universidade Católica Portuguesa, 2022).

A construção do conhecimento é essencial ao exercício da profissão de enfermagem. Este permite abordar de forma eficaz os problemas de saúde inerentes aos cuidados de saúde, realizar uma análise crítica da prática profissional e agir em segurança, baseando-se sempre numa tomada de decisão responsável (R. M. D. O. Silva et al., 2014). Deste modo, e após alguns anos de experiência profissional na área da pessoa em situação crítica, senti a necessidade de ir em busca de mais conhecimento e desenvolver competências de enfermeiro especialista, pelo gosto que tenho pela área da pessoa em situação crítica e na aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos, dado serem de extrema importância para a melhoria dos cuidados prestados.

Para a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos propus-me a ingressar neste percurso académico alicerçado nas competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro), nas competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico – cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho), nas competências de mestre adquiridas em conformidade com o Decreto-Lei nº74/2004, 24 de março e por fim, no guia orientador da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente especializados, prestados de forma contínua à pessoa que apresenta as suas funções vitais comprometidas como resposta às suas necessidades afetadas, permitindo a manutenção das funções vitais e prevenindo possíveis complicações assegurando intervenções rápidas e eficazes com o objetivo da recuperação total da pessoa” (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho, p. 4). Como tal, espera-se do enfermeiro especialista a mobilização de competências específicas à pessoa em situação crítica que permitam dar uma resposta eficaz através de

meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica à pessoa com falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho).

Além das competências mencionadas, este percurso formativo confere também o grau de mestre. Para tal, desenvolvi competências que envolvem aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão, aplicação de conhecimentos para a resolução de problemas em situações nunca antes vivenciadas, aperfeiçoamento da capacidade de lidar com questões complexas conseguindo desenvolver soluções que incluem reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais dessas mesmas soluções, comunicar conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de forma clara e sem ambiguidades, e por último, desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de uma forma autónoma (Decreto-Lei nº 74/2006, 24 de Março). Deste modo, tive a oportunidade de desenvolver competências de investigação através da elaboração de uma Scoping Review sobre um tema do meu interesse. O tema escolhido foi o traumatismo torácico e a decisão sobre a escolha do mesmo prende-se pelo facto de ser uma temática ligada à minha prática profissional, mas também pelo trauma torácico ser considerada a terceira causa de morte ao nível mundial (Beshay, 2020) e representar um elevado risco de mortalidade e morbilidade, na qual uma intervenção rápida e eficaz evita complicações graves para a pessoa com traumatismo (American College of Surgeons, 2018). Esta importância da intervenção rápida e eficaz para dar resposta a estas pessoas e evitar complicações graves é, sem dúvida, um campo importante para exploração e desenvolvimento de competências especializadas para promover a qualidade dos cuidados em enfermagem.

O percurso de aquisição de conhecimento foi suportado num referencial teórico que considero importante para os cuidados de excelência, a teoria das transições de Afaf Meleis. Segundo Afaf Meleis (2010) as transições estão ligadas a eventos do ciclo vital e os enfermeiros devem procurar compreender as transformações sofridas pela pessoa durante processos de transição, assim como serem agentes facilitadores para a procura de estratégias que permitam ultrapassar de forma positiva estes momentos. As Transições são importantes no domínio da disciplina de enfermagem principalmente quando associadas à saúde e doença (Meleis, 2010). Assim, considero a teoria das transições de Afaf Meleis como uma das teorias que melhor se enquadra nas experiências vividas pelas pessoas em situação crítica.

A unidade curricular Estágio Final e Relatório prevê um estágio de 360 horas, dividido por dois módulos correspondendo cada um a 180 horas e a entrega de um relatório. De salientar que na totalidade do curso existe mais um contexto de estágio de 180h, no âmbito

da unidade curricular Pessoa em situação crítica e família-Vigilância e Decisão Clínica, ao qual obtive equivalência dado trabalhar há 6 anos numa unidade de cuidados intensivos. Este percurso teve como objetivo o alcance de um conjunto de competências e resultados de aprendizagens obtidos através dos cuidados à pessoa, família/cuidador em situação crítica.

O primeiro estágio foi realizado num serviço de urgência polivalente e centro de referência de trauma, num período compreendido entre o dia 4 de setembro e o dia 23 de outubro. O segundo local de estágio foi numa unidade de cuidados intensivos polivalente, num período compreendido entre o dia 24 de outubro e o dia 16 de dezembro. Ambos os estágios foram realizados em hospitais centrais com presença de todas as especialidades e com pessoas com as mais diversas patologias, hospitais esses com grande experiência na formação de profissionais de saúde nas mais diferentes áreas, permitindo-me vivenciar experiências únicas que me possibilitaram mobilizar e desenvolver conhecimento com recurso à prática reflexiva e baseada nas evidências científicas mais recentes. A prática reflexiva permite ao enfermeiro produzir conhecimento através da sua prática profissional e através dela explorar as experiências, pensamentos e sentimentos, encontrando soluções para os desafios que lhes são apresentados (Netto et al., 2018).

O relatório estrutura-se em 5 capítulos, cujo presente capítulo diz respeito à introdução. O segundo capítulo divide-se em enquadramento conceptual, fazendo referência à Teoria da Transição de Afaf Meleis, e em enquadramento do fenómeno em estudo, onde apresento uma síntese da evidência produzida pela scoping review, a qual descreve uma contextualização do traumatismo torácico bem como as estratégias de pesquisa utilizadas e a discussão dos resultados obtidos.

No terceiro capítulo realizo a caracterização dos dois contextos de estágio e no quarto capítulo apresento o desenvolvimento de competências através da análise crítica e reflexiva de situações vividas.

Por último exponho a conclusão deste trabalho, que pretende refletir sobre as competências que foram adquiridas nos contextos de estágio referidos e uma scoping review que resultou na realização de um artigo científico para publicação posterior em revista científica.

Saliento que ao longo do relatório todas as descrições de experiências vividas durante o percurso de formação apenas descrevem o necessário para a análise crítica e reflexiva das situações, salvaguardando a proteção de dados pessoais.

A elaboração deste relatório foi realizada de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição (2020).

1. Enquadramento

Conforme referido, este capítulo divide-se em dois temas. Em primeiro lugar encontra-se o enquadramento conceptual, no qual apresento o referencial teórico com que mais me identifico e que se adequa à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador. Por último encontra-se o enquadramento do fenómeno em estudo, que diz respeito à scoping review realizada sobre as Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico.

1.1. Enquadramento conceptual

Apesar do desenvolvimento da enfermagem ter sido notável, persiste ainda na enfermagem a separação entre teoria e prática.

Muitos enfermeiros ainda vêem a teoria e a prática como duas componentes separadas o que contribui para a crença de que a teoria tem muito pouca relevância na prática. Além disso os avanços tecnológicos, crises económicas e práticas adotadas nas instituições hospitalares que priorizam fortemente a intervenção médica têm desviado a enfermagem das suas bases disciplinares (Ribeiro et al., 2018). É crucial reconhecer a importância de integrar a teoria e a prática, uma vez que sem uma orientação clara e uma base sólida para guiar o desenvolvimento da profissão a mesma facilmente perde o seu rumo (Watson, 2018). Qualquer profissão que não possua linguagem disciplinar própria e conhecimento próprio corre o risco de permanecer invisível para a sociedade. Deste modo devemos ser todos promotores da mudança, fazendo avançar a enfermagem como disciplina científica distinta no cuidado humano e no processo de cura-saúde (Watson, 2018).

Todas as teorias de Enfermagem abordam a questão do conhecimento da disciplina de enfermagem, conduzindo em conjunto para a definição da identidade profissional bem como para a visibilidade do conhecimento em enfermagem (Watson, 2018). As teorias de enfermagem servem de referencial para a prática profissional permitindo uma atuação sistemática e intencional e contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

Tendo o acima presente, em todo o processo formativo o pensamento em enfermagem esteve assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A Teoria de Transição de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance que nos fornece uma estrutura conceptual para descrever a experiência dos indivíduos que estão a enfrentar

uma situação ou uma fase no crescimento e desenvolvimento que requer a aquisição de novas habilidades, sentimentos, comportamentos ou funções.

Meleis refere que as transições são acionadas por eventos cruciais que provocam mudanças na vida ou no ambiente de um indivíduo. Neste contexto, a enfermagem é a disciplina que auxilia as pessoas na transição para um estado de saúde e tem a possibilidade de dar o suporte necessário durante esses períodos de mudança (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis existem quatro tipos de situações que desencadeiam uma experiência de transição. As mudanças de saúde ou situações de doença que exigem adaptação a novos comportamentos e relacionamentos, as transições desenvolvimentais como a adolescência, envelhecimento ou a morte que influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas e podem ou não requerer interação com os profissionais de saúde, as transições situacionais como a admissão e alta hospitalar e, por último, as transições organizacionais quando um enfermeiro especialista se torna enfermeiro gestor ou quando um estudante de enfermagem aprende as rotinas num novo hospital (Meleis, 2015). A teoria é composta por 4 conceitos centrais: natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores da transição, padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2015).

As transições são complexas e podem ser classificadas como múltiplas, no qual as pessoas experienciam várias transições ao mesmo tempo. As transições múltiplas podem ainda ocorrer de forma simultânea, nas situações em que a pessoa experimenta transições diferentes ao mesmo tempo ou sequencial onde existe uma sequência de transições a ocorrer. (Meleis, 2015).

As condições de transição são circunstanciais, uma vez que influenciam a maneira como a pessoa atravessa uma transição podendo facilitar ou dificultar a transição saudável. Dentro destas condições de transição temos as condições pessoais como crenças culturais e atitudes, o status socioeconômico e a preparação antecipada. Para além das condições pessoais também temos as condições comunitárias, como os recursos da comunidade e as condições sociais, como a marginalização de um imigrante (Meleis, 2015).

Quando aplicadas durante os processos de transição, as intervenções terapêuticas são consideradas como agentes facilitadores destes mesmos processos. Estas intervenções têm como objetivo facilitar e inspirar respostas saudáveis quer durante o processo como no resultado. Exemplos de intervenções de enfermagem que estimulam comportamentos saudáveis no processo e no resultado são o esclarecimento de significados, o fornecimento de conhecimento específico e de recursos existentes, o estabelecimento de metas, as oportunidades para ensaiar e o *debriefing* (Meleis, 2015).

São indicadores de transição positiva quando o indivíduo desenvolve recursos cognitivos e de competência que permitem responder autonomamente aos desafios e estar integrado com o seu novo perfil com a consciência de que tem recursos e percepção de bem-estar (Meleis, 2015).

As transições são foco dos enfermeiros pelas consequências que trazem para a saúde e é importante que o enfermeiro reconheça que a saúde não é apenas uma questão de estado físico, mas também envolve aspetos psicológicos e sociais a ter em conta em todo o processo.

Neste sentido as terapêuticas de enfermagem visam a promoção da dimensão da saúde individual, familiar e organizacional. Uma variedade de fatores subjetivos, mentais, físicos, comportamentais e ambientais apontam para uma necessidade de uma intervenção abrangente, que deve ter em conta todos esses aspetos, a fim de compreender a experiência de transição de forma holística (Meleis, 2010).

1.2. Enquadramento do fenómeno em estudo

Os cuidados de enfermagem têm-se vindo a tornar cada vez mais complexos, exigindo dos profissionais um conhecimento cada vez mais especializado, muito como consequência do grande desenvolvimento tecnológico que se tem vindo a verificar. Este desenvolvimento ocorre não só na prática efetiva dos cuidados de saúde, associados à evolução do conhecimento e às novas exigências das pessoas sujeitas a estes cuidados, mas também na sua formação, inicialmente através da integração da enfermagem como curso superior e nos últimos anos através da criação dos cursos de mestrado e de doutoramento em ciências de enfermagem (J. Santos, 2023).

Pelas dificuldades sentidas em alguns países relativamente à assistência médica surgiu a necessidade dos enfermeiros desenvolverem competências técnicas relativamente ao diagnóstico, prescrição, terapêutica e prescrição de exames complementares criando-se deste modo os *Nurse Practitioners*, que são enfermeiros que após a sua formação ao nível do mestrado se apresentam como clínicos autónomos (Schober, 2020). No que diz respeito à realidade portuguesa este avanço da prática de enfermagem é comparada ao desenvolvimento de competências interdependentes do enfermeiro (J. Santos, 2023).

Como consequência do avanço tecnológico e desenvolvimento na prática de enfermagem referido anteriormente, surgiu a necessidade de definir o *Clinical Nurse Specialist*. Este profissional tem conhecimentos avançados de enfermagem e capacidade para a tomada de decisões complexas num determinado contexto, promovendo a qualidade

dos cuidados e colaborando deste modo para os ganhos em saúde (Schober, 2020). Esta definição surge em resposta ao desenvolvimento do contexto da prática de cuidados especializados, o qual exige formação acrescida além da especialidade em enfermagem. Comparando com a realidade portuguesa, a aquisição da especialidade em enfermagem pelo grau académico de mestrado é considerado um caminho para o desenvolvimento da prática da enfermagem em Portugal (J. Santos, 2023).

De acordo com esta linha de pensamento definiu-se como enfermagem avançada em Portugal o desenvolvimento das competências na área do cuidar e da tomada de decisão. Deste modo, o desenvolvimento dos cursos de mestrado permitem o desenvolvimento do conhecimento das respostas humanas aos cuidados de enfermagem, bem como o desenvolvimento das competências dos enfermeiros para prestarem cuidados de enfermagem que se querem eficazes (J. Santos, 2023).

A obtenção do título de mestre em enfermagem, complementado com a obtenção do título de especialista em enfermagem, tem como objetivos o desenvolvimento de competências que permitem ao enfermeiro possuir conhecimentos e capacidades de compreensão profunda da área de especialização em enfermagem, incluindo no domínio da investigação, aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão em situações novas e não familiares dentro da sua área de especialidade, integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, encontrar soluções e emitir juízos de valor considerando sempre as implicações éticas e sociais dessas decisões, ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios quer a especialistas e não especialistas de forma clara e por último, ser capaz de se responsabilizar pela aprendizagem ao longo da vida de uma forma autónoma (Universidade Católica Portuguesa, 2023).

Para o futuro das ciências de enfermagem e para o desenvolvimento contínuo da profissão, e de modo a encarar os novos desafios, existe uma necessidade de mais formação de enfermeiros com competências académicas. Estas competências envolvem o trabalho com métodos científicos, lidar com situações complexas e de participar em trabalhos de investigação científica (Relster et al., 2023).

Refira-se que a investigação em enfermagem é crucial, pois é com a melhor evidência científica que podemos tomar decisões acertadas e fundamentadas, especialmente na identificação das necessidades das pessoas e identificação das intervenções de enfermagem mais adequadas para essas mesmas necessidades (Néné & Sequeira, 2022).

O progresso no campo do conhecimento exige que o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica adote uma prática baseada nas evidências científicas mais

recentes e focada em resultados importantes para a prestação de cuidados de enfermagem. Além disso o enfermeiro especialista é visto como o líder ideal para projetos de formação, assessoria e de investigação, com o objetivo de desenvolver e atualizar os seus conhecimentos para o desenvolvimento de competências na sua área de especialidade (Regulamento no 429/2018, 16 de julho).

Sendo o trabalho de investigação um ponto fulcral para a aquisição das competências de mestre em enfermagem, foi desenvolvido um trabalho de investigação científica com o fenómeno de interesse as “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico”. A elaboração deste trabalho de investigação constituiu um momento essencial de aprendizagem neste percurso formativo, quer ao nível da temática, mas também através da aquisição de conhecimentos no âmbito da investigação, indo ao encontro das competências de mestre e de enfermeiro especialista de divulgar a investigação de forma a promover uma prática de enfermagem baseada na evidência científica.

Como tal, foi realizado um Protocolo intitulado “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico: protocolo de scoping review” bem como o respetivo Póster científico que foi posteriormente apresentando no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem-Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social (Apêndice I). No Anexo I e II, respetivamente, encontra-se o certificado de apresentação do Póster científico bem como o certificado de presença no seminário acima referido. O protocolo de *scoping review* foi publicado em e-book do evento científico e posteriormente registado na plataforma *Open Science Framework* com o número de registo hv4bz.

Para o desenvolvimento das competências de mestre e para dar resposta ao objetivo específico definido para os dois contextos de estágio, desenvolver competências especializadas nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família com traumatismo torácico foi desenvolvido um trabalho de investigação científica. Para o desenvolvimento do mesmo foi definida a seguinte questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico?

A motivação para a escolha do tema em questão deve-se ao facto de exercer a minha atividade profissional numa unidade de cuidados intensivos com convivência regular com o traumatismo torácico, o que desde logo me suscita interesse e pela necessidade de aquisição de conhecimentos importantes baseados nas evidências científicas mais atuais.

Este trabalho de investigação deu origem a um artigo de revisão intitulado “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico: a Scoping Review”,

encontrando-se de seguida um breve resumo do mesmo. De salientar que o artigo referido foi submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde, estando em análise de revisão no presente momento.

O traumatismo torácico é considerada a terceira causa de morte ao nível mundial estando associado a uma elevada taxa de mortalidade e mobilidade e é uma das principais causas pelas quais as pessoas vítimas de politraumatismo recorrem aos serviços de urgência por todo o mundo (Beshay et al., 2020). O trauma torácico é dividido por diferentes tipos de trauma torácico, apresentando diferentes níveis de gravidade (Valente et al., 2012). Quando o trauma apresenta potencial para provocar lesões graves exige-se uma rápida intervenção para evitar a ocorrência de morte (Kozian & Kretzschmar, 2022). Para uniformizar os cuidados à pessoa vítima de traumatismo torácico o protocolo de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) tem sido amplamente utilizado em todo o mundo possibilitando uma abordagem rápida e sistemática (Will et al., 2020). O conhecimento especializado dos enfermeiros revela-se crucial para proporcionar cuidados de qualidade, sendo necessária uma formação contínua para lidar com situações críticas complexas. Enfermeiros com formação e especializados desempenham um papel importante na abordagem às pessoas com traumatismo torácico e contribuem para melhores resultados de recuperação e sobrevivência.

A *scoping review* foi conduzida segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), usando o formato PCC, sendo que a população foi definida como população adulta em situação crítica, o conceito foi definido como intervenções de enfermagem no trauma torácico e por último o contexto foi definido como unidade de cuidados intensivos. Definiram-se critérios de inclusão e exclusão bem como termos livres e os seus respetivos descritores Medical Subject Headings (MeSH) e CINAHL subject Headings. Foram selecionadas cinco bases de dados CINAHL Complete (via EBSCO), Cochrane Library (que inclui o Cochrane Database of Systematic Reviews - CDSR e o Cochrane Central Register of Controlled Trials - CENTRAL), MEDLINE Complete (via EBSCO) e Scopus e realizada a pesquisa após aplicação de operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos na pesquisa artigos científicos em inglês e português, sem limite temporal. A pesquisa foi realizada por dois revisores em setembro de 2023.

Os resultados de pesquisa foram exportados para a ferramenta RAYYAN, onde foram removidos os artigos duplicados. A seleção inicial foi realizada com base no título e resumo e de seguida pela leitura completa dos artigos com critérios de elegibilidade. Os dados foram extraídos usando uma tabela desenvolvida pelos investigadores que incluíam informações sobre os autores, país do estudo, participantes, intervenções de enfermagem e contexto. Para

os artigos sem acesso ao texto completo, foram feitas pesquisas adicionais no Researchgate bem como solicitado na biblioteca. De referir que o processo de triagem dos artigos foi apresentado segundo recomendações PRISMA-ScR e foram analisados um total de 7 artigos (Tricco et al., 2018).

A análise dos resultados evidenciou estudos que se encontram entre o ano de 1993 e o ano de 2008 com níveis de evidência entre 4d e 5c de acordo com a JBI que correspondem respetivamente a estudos de caso e a artigos de opinião (Joanna Briggs Institute, 2020). Para melhor organização e interpretação dos dados extraídos foi desenvolvida uma tabela de categorização por tipo de lesão torácica com as respetivas intervenções de enfermagem.

A discussão dos resultados foi realizada com recurso a análise de guidelines atuais em comparação com os resultados extraídos dos artigos analisados. A utilização do protocolo ATLS foi importante devido ao elevado número de intervenções identificadas o que nos permitiu seguir uma sequência lógica da avaliação num trauma torácico. Foram identificadas intervenções autónomas e interdependentes, justificado pelos diferentes modelos de formação nos países dos respetivos estudos.

Relativamente às intervenções de enfermagem mais frequentes encontradas, estas referem-se à gestão de oxigenoterapia, gestão da dor, gestão das drenagens torácicas, administração de produtos hemoderivados, avaliação dos sinais vitais e vigilância do padrão respiratório. A realização da *scoping review* permitiu concluir que sendo um tema atual e de extrema importância é importante a realização de mais estudos, visto que os artigos analisados datam entre o ano de 1993 e o ano de 2008. A evidência científica mais recente permite e desempenha um papel essencial na melhoria dos cuidados providenciados à pessoa.

Para além do trabalho de investigação desenvolvido que em muito contribuiu para o desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de mestre também a prática reflexiva explanada neste relatório confere uma prática importante para o desenvolvimento da profissão visto que enfermeiros preparados ao nível do mestrado demonstram e desenvolvem uma compreensão profunda da profissão com base em práticas reflexivas procurando continuar a desenvolver os próprios planos de aprendizagem ao longo da vida bem como o desenvolvimento profissional (Relster et al., 2023). Por último procurei ao longo do percurso formativo aplicar conhecimentos em novas situações e contextos, procurando lidar com situações complexas bem como na resolução dos problemas.

Deste modo considero que foram alcançados os objetivos e desenvolvidas as competências definidas no regulamento geral do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa para as competências de mestre.

2. Caracterização dos locais de estágio

A unidade curricular de “Estágio Final e Relatório” decorreu entre o dia 4 de setembro de 2023 e o dia 16 de dezembro de 2023 dividida em dois contextos de estágio desenvolvidos num serviço de urgência polivalente e centro de trauma e numa unidade de cuidados intensivos polivalente. No presente capítulo apresento uma breve caracterização dos dois contextos de estágio que se apresentam divididos em dois capítulos.

2.1. Serviço de Urgência Polivalente

Os serviços de urgência (SU) são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. Refira-se que se consideram emergências médicas aquelas cuja gravidade de acordo com critérios clínicos adequados exija uma intervenção médica imediata.

Nesse sentido, o sistema integrado de emergência médica foi criado para otimizar e melhorar o atendimento urgente e emergente dos doentes do Serviço Nacional de Saúde e é esta entidade que define os níveis de responsabilidade dos serviços de urgência, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios, indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação (Despacho no 10319/2014, 11 de Agosto).

No que diz respeito aos serviços de urgência, eles são classificados em três níveis:

- Serviço de Urgência Básico (SUB), sendo considerado como:
 - O primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. (Despacho no 10319/2014, 11 de Agosto, p. 20673);
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) o qual é classificado como:
 - O segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para o serviço de urgência polivalente (SUP), situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC,

definidas nas respetivas redes de referenciação. (Despacho no 10319/2014, 11 de Agosto, p. 20673);

– Serviço de Urgência Polivalente (SUP):

É o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”. Ainda a salientar que “o SUP tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde” e que “devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma” e “devem possuir heliporto ou, não sendo possível, ter acesso fácil àquele” (Despacho no 10319/2014, 11 de Agosto, p. 20674).

De salientar a existência de centros específicos como centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal, capazes de realizar a técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal. Estes centros devem estar sedeados em Hospitais com SUP e com Serviços de Medicina Intensiva e Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Por último salientam-se os centros de Medicina Hiperbárica capazes de iniciar de forma imediata o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica. Estes devem estar sedeados em hospitais SUP ou SUMC e com Serviço de Medicina Intensiva, sem prejuízo de poderem ser unidades externas ao Serviço Nacional de Saúde com as quais se estabelecem protocolos de articulação (Despacho nº 10319/2014, 11 de Agosto).

Deste modo o serviço de urgência central onde foi realizado este estágio é classificado como um Serviço de urgência polivalente e centro de Trauma com capacidade de tratamento de pessoa politraumatizada grave.

Relativamente à organização do serviço, ele é composto pelo sector da triagem local, onde através do Sistema de Triagem de Manchester se atribui a prioridade às pessoas consoante os sinais e sintomas apresentados. O setor verde e azul, o setor amarelo, setor de cirurgia, pequena cirurgia e ortopedia e o setor da psiquiatria são compostos por gabinetes médicos, sala de tratamento e sala de espera, sendo que este último recebe pessoas que sejam triados para esta especialidade, independentemente da prioridade atribuída. O setor da Sala de Observações A tem capacidade para 16 pessoas com possibilidade de monitorização

contínua, mas sem capacidade para ventilação. A sala de observações B tem capacidade para 10 encaminhados de diversos sectores da Medicina Interna e que aguardam vaga no internamento. A sala de diretos ou sector vermelho é constituída por duas salas de reanimação com capacidade para três pessoas e capacidade para ventilação. Este setor recebe pessoas instáveis vindos diretamente da rua, de outros setores do serviço ou transferidos de outros hospitais. Por último existe a área do doente respiratório criada durante a pandemia de Covid 19 com capacidade de internamento para pessoas com patologia respiratória. A urgência de otorrinolaringologia e oftalmologia funciona nos respetivos serviços com profissionais dos mesmos. Para além de todos estes setores referidos o SU tem também duas salas para realização de radiografia (RX) e uma sala para realização de eletrocardiograma (ECG), que dá apoio a toda a urgência quando solicitado.

Um dos pontos fulcrais desta urgência é a triagem de Manchester, que tem como objetivo permitir atribuir uma prioridade clínica que se baseia apenas na identificação de sinais ou sintomas identificados pela pessoa ou pelo enfermeiro, podendo apenas ser executada por enfermeiros que possuem o curso de triagem de Manchester.

A triagem de Manchester contempla a atribuição de 5 prioridades, a vermelha, laranja, amarela, verde e azul, tendo cada uma delas um tempo de espera alvo previsto, sendo o vermelho o tempo alvo previsto de atendimento inferior e o azul o tempo alvo de atendimento previsto mais elevado. Consoante a prioridade atribuída assim as pessoas são encaminhados para as diferentes áreas do serviço de urgência.

Concomitantemente ao objetivo da triagem de Manchester temos as Vias verdes (via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), via verde trauma, via verde coronário, via verde Sépsis), circuitos criados com uma abordagem bem estruturada para dar resposta a situações específicas e que envolvem toda a estrutura extra e intra-hospitalar, que pela rapidez de resposta e definição de prioridades permitem obter ganhos em saúde em termos de mortalidade e morbilidade (Grupo Português de Triagem, 2011).

A equipa de enfermagem do serviço é composta por cerca de 100 enfermeiros da qual fazem parte o enfermeiro chefe, a enfermeira coordenadora e quatro equipas constituídas por cerca de 21-22 enfermeiros cada e uma quinta equipa constituída por elementos de apoio. Cada equipa tem um enfermeiro que coordenada a equipa e é o chefe de equipa que em todos os turnos tem a função de coordenar, otimizar e gerir todos os setores existentes na urgência.

O enfermeiro chefe de equipa em todos os turnos tem a ajuda de dois elementos que têm a função de coordenar os enfermeiros alocados à sala de observações A e à área do doente respiratório. Refira-se que o nível de conhecimento de todos os elementos é variável

existindo enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros com diferentes pós-graduações na área, enfermeiros especialistas e enfermeiros especialistas com o grau de mestre.

Segundo Parreira existem dois métodos de trabalho em enfermagem, sendo um o método centrado na tarefa, no qual se inclui o método de trabalho funcional, e o outro o método centrado na pessoa, no qual se inclui o método individual, o método em equipa e o método de enfermeiro de referência (Parreira et al., 2021).

Relativamente ao serviço de urgência, na sua generalidade, o método de trabalho seguido é o método de trabalho de equipa. Este método assenta na implementação de uma filosofia que diz respeito a um conjunto de pessoas conduzidas por um líder. Neste caso destaca-se o papel do enfermeiro líder de equipa que tem a responsabilidade de coordenar e orientar a equipa, potenciando as capacidades do grupo e supervisionando os cuidados de enfermagem (Parreira et al., 2021).

Tendo em conta as particularidades do serviço de urgência nem sempre se consegue adotar o mesmo método de trabalho em enfermagem. Relativamente ao sector da triagem o método de trabalho utilizado é o método funcional, ficando o enfermeiro apenas responsável pela realização de uma tarefa específica. Quer na sala de reanimação quer na sala de observação o método de trabalho adotado é o método individual, ficando o enfermeiro responsável pela generalidade dos cuidados às pessoas que lhe são atribuídos no início do turno pelo enfermeiro líder da equipa. Por último nas salas de tratamento o método de trabalho é o método individual. No entanto, devido à sobrelotação de pessoas e elevada rotatividade dos mesmos o método adotado é o método funcional (Parreira et al., 2021).

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Urgência Médica (UUM) é uma unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital público central de Lisboa. Esta unidade é considerada uma unidade de cuidados intensivos polivalente de nível 3 com um rácio de 1 enfermeiro para duas pessoas. Tem atualmente 22 camas de cuidados intensivos sendo que 2 dos quartos têm capacidade para 4 camas, mas atualmente são utilizados para colocar apenas 1 pessoa em isolamento quando necessário. As 22 camas estão distribuídas por 3 quartos com 4 camas, 1 quarto com 6 camas e dois quartos de isolamento com 1 cama cada um. A Unidade de Urgência Médica apresenta uma sala de acolhimento de familiares, uma sala de hemodiálise com capacidade para duas camas e uma sala para realização de técnicas invasivas tais como colocação de electrocateter e realização de broncofibroscopia. A sala de hemodiálise e a sala para realização de técnicas invasivas, servem não só para dar resposta às necessidades dos

doentes do serviço, bem como para as necessidades dos doentes que se encontram internados no hospital quando assim é necessário.

A equipa de enfermagem é composta por 5 equipas com cerca de 14 enfermeiros cada uma. Na área da gestão têm 5 enfermeiros que estão fora de escala pelo que não fazem horário rotativo. Dos 5 enfermeiros uma é a enfermeira gestora do serviço e os restantes enfermeiros são responsáveis pela coordenação de ensinos clínicos de alunos de Licenciatura e de Mestrado em Enfermagem, coordenação da formação em serviço, gestão de materiais e responsáveis pela sala de hemodiálise e sala de realização de técnicas invasivas.

A metodologia de trabalho de enfermagem da UUM é o método individual, ficando cada enfermeiro responsável por prestar cuidados a duas pessoas que lhe são atribuídos na distribuição realizada no início do turno pelo chefe de equipa. Na ocorrência de casos mais complexos no serviço os chefes de equipa e os segundos elementos, que ficam sem atribuição de doentes, dão todo o apoio à restante equipa de enfermagem ficando também responsáveis pela articulação com outros serviços para receber doentes com necessidade de realização de sessão de hemodiálise ou outros procedimentos técnicos invasivos como realização de broncofibroscopia ou colocação de pacemaker provisório.

Em todos os turnos a passagem de turno é realizada na sala de enfermagem e as passagens de ocorrências são passadas do chefe de equipa que termina o turno para o chefe de equipa do turno seguinte sendo que nos turnos da manhã também está presente o enfermeiro gestor e os restantes elementos fora de escala dos turnos das manhãs. Concomitantemente com a passagem de turno entre chefes de equipa ocorre a passagem de turno realizada junto à pessoa entre o enfermeiro que termina o turno e o enfermeiro que entra no turno. Importante salientar a existência de diversos protocolos no serviço, entre eles o protocolo de insulinoaterapia, monitorização de delirium, sedoanalgesia e de gestão de temperatura alvo.

3. Análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências

No presente capítulo pretendo realizar uma análise crítica e reflexiva sobre todo o percurso realizado nos dois contextos de estágio, de modo a conseguir demonstrar o alcance das competências necessárias para a obtenção do grau de especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Em ambos os contextos de estágio vivenciei diversas experiências que me permitiram o alcance das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica. No entanto, durante este capítulo apenas faço referência àquelas que mais se adequam e permitem demonstrar o alcance das competências supracitadas.

A competência é definida como a habilidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis na execução eficaz de tarefas exigidas pela natureza do trabalho, além do alcance dos objetivos estabelecidos (Peres & Ciampone, 2006). Nesse sentido é crucial que os enfermeiros procurem constantemente melhorar as suas competências com o objetivo de responder às exigências hoje presentes no mercado de trabalho. Além disso, melhorar continuamente a qualidade dos cuidados à pessoa é um aspeto fundamental (Rosa et al., 2022).

As exigências atuais pautam-se por uma população mais envelhecida, com doenças crónicas e várias comorbilidades associadas, as quais aliadas aos avanços tecnológicos e às mudanças na organização dos cuidados de saúde leva a que nos dias de hoje seja crucial reavaliar as políticas de gestão de recursos humanos com foco na especialização e no investimento em profissionais de saúde para fazer face aos desafios crescentes e à complexidade da prestação de cuidados (Lopes et al., 2018). A especialização em enfermagem destaca-se como uma preocupação global dado demonstrar através de dados concretos que contribui para a melhoria da saúde das pessoas, ganhos institucionais, ganhos na satisfação dos profissionais de saúde e consequentemente na retenção dos mesmos. Todas estas medidas se revelam importantes para enfrentar as exigências da sociedade atual (Lopes et al., 2018).

Os estágios clínicos têm um papel preponderante para a aquisição de competências pois permitem momentos de observação e intervenção, neste caso em contexto hospitalar, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, mobilizando conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático através da interação com situações reais construindo um caminho próprio com capacidade de adaptar e direcionar o seu próprio processo de

aprendizagem (Alarcão & Rua, 2005). Deste modo, para o alcance das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram desenvolvidos dois estágios em dois contextos diferentes e elaborados projetos de estágio e objetivos por mim definidos.

O objetivo geral definido quer em contexto de urgência, quer em contexto de unidade de cuidados intensivos, foi o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e família. Relativamente ao contexto de urgência os objetivos específicos traçados consistiram em desenvolver competências especializadas nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, assim como desenvolver competências especializadas nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família vítima de trauma torácico. Em relação ao contexto de cuidados intensivos, como objetivos específicos definidos temos o desenvolvimento de competências especializadas nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e o desenvolvimento de competências especializadas nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família com traumatismo torácico.

Este capítulo encontra-se organizado por competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Em todos os domínios de competências apresento uma análise crítica e reflexiva que justifica a aquisição das competências referidas, bem como o enquadramento com a evidência científica.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

No presente capítulo irei analisar, através da prática reflexiva e do vivenciado ao longo dos estágios, as quatro competências comuns do enfermeiro especialista conforme definidas em diploma próprio (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro), nomeadamente:

- A-Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B-Melhoria contínua da qualidade;
- C-Gestão dos cuidados;
- D-Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

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

O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta

num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro).

Diariamente na nossa prática profissional deparamo-nos com situações complexas que requerem uma tomada de decisão que assente em soluções que eticamente se demonstrem adequadas, exigindo dos enfermeiros um conhecimento muito abrangente que não assente exclusivamente no conhecimento científico e prático, mas também numa perspetiva de humanização dos cuidados de enfermagem e da dignificação do ser humano com recurso a uma prática profissional, responsável, com conhecimentos de princípios éticos, deontológicos, normas legais e valores.

As ações efetuadas pelos enfermeiros são executadas com o cuidado de proteger a liberdade e a dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2015). Do ponto de vista ético a ligação criada entre o enfermeiro e o destinatário dos seus cuidados é guiada por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual derivam os princípios e valores, como tal, a dignidade deve estar sempre presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções realizadas pelos enfermeiros (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Para Jacobs o fenómeno central da enfermagem é o respeito pela dignidade humana e não a saúde ou a procura de restaurar o equilíbrio holístico e a harmonia (Jacobs, 2001). Segundo a mesma autora, quando reconhecemos a importância de outra pessoa tal como reconhecemos a nossa, e sendo essa importância manifestada através de demonstração de respeito, entramos no reino moral. Dessa forma, o respeito demonstrado é a forma de expressar a importância que a pessoa tem para nós (Jacobs, 2001).

Numa visão deontológica de respeito, as pessoas têm valor devido ao facto de possuírem autonomia moral - conjuntos de leis que cada um define para si próprio - e como tal têm dignidade. Quando alguém retira a outra pessoa a sua autonomia moral, está-lhe a retirar a autonomia de tomar decisões sobre a sua própria vida e consequentemente retira-lhe a sua própria dignidade (Jacobs, 2001).

A prática do enfermeiro deve ser baseada no seu código deontológico e o mesmo deve procurar reconhecer a individualidade do ser humano e a dignidade do mesmo. Para tal é essencial o respeito pela autodeterminação de cada indivíduo cumprindo o dever de informar sobre todos os tratamentos e técnicas a serem realizadas e as tomadas de decisão devem sempre ser suportadas em valores e princípios éticos procurando a humanização dos cuidados.

Os princípios éticos são fundamentais para sustentar a tomada de decisão e promover a dignificação do ser humano. O princípio da autonomia permite que a pessoa decida livremente o que deseja para si, estando em posse de toda a informação, completa e correta, para a sua decisão final. O princípio da beneficência refere-se ao conceito de fazer o bem, ajudando o outro a obter algo para o seu benefício. O princípio da não maleficência baseia-se no conceito de não causar danos ao outro. O princípio da justiça tem como condição a equidade, promovendo a igualdade de tratamento para todos os cidadãos (Ordem dos enfermeiros, 2015). Com base neste último princípio, o enfermeiro deve então ser imparcial na sua atuação evitando que aspetos sociais, culturais e religiosos interfiram na relação entre profissional e pessoa cuidada (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Durante o contexto de estágio fui integrando e desenvolvendo os conceitos descritos com recurso a pesquisa bibliográfica e a prática reflexiva, realizada mediante vivências que surgiram durante o estágio e que me permitiram desenvolver a competência em questão.

Na sala de reanimação, a pessoa em situação crítica na maioria dos casos não tem capacidade para expressar as suas vontades pela sua situação clínica, ficando em causa a sua autonomia e liberdade de escolha. São pessoas que se apresentam, maioritariamente pela gravidade da sua situação, num estado de vulnerabilidade, não conseguindo expressar as suas vontades. A vulnerabilidade é compreendida como um estado de suscetibilidade e incapacidade da pessoa se proteger, o que implica que as suas decisões dependam dos profissionais de saúde, girando em torno de assegurar acesso a procedimentos necessários para garantir a vida (Alves & Ribeiro, 2023). É nestas situações que prevalece o consentimento presumido da pessoa com o intuito de oferecer os melhores cuidados para preservar a vida. Neste contexto de sala de reanimação constatei que em nenhum momento se procura saber da existência de alguma diretiva antecipada de vontade. Uma diretiva antecipada de vontade, designada sob a forma de testamento vital, é um documento que permite ao cidadão manifestar antecipadamente e de forma consciente os cuidados de saúde que pretende ou não receber em caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal de forma autónoma. De referir que o documento é passível de ser revogado em qualquer altura (Lei nº 25/2012, 16 de Julho). Após alguns turnos questioneei a enfermeira orientadora e alguns elementos da equipa sobre esta questão, procurando posteriormente refletir sobre a mesma. Constatei que em situações de urgência os enfermeiros priorizam os princípios da beneficência e da não maleficência e em qualquer circunstância as decisões devem ser tomadas sobre estes princípios cabendo, no entanto, ao enfermeiro especialista garantir que as vontades expressas da pessoa sejam atendidas, munindo-se da certeza de que

o ato a realizar vai trazer benefício à pessoa e procure obter informação sobre vontades expressas no processo clínico e junto dos familiares/cuidadores. Em situação de urgência, em que não se consegue obter o consentimento, os cuidados imediatos para salvar a vida devem ser prestados quando não existam dados que permitam concluir que a pessoa recusaria determinada intervenção (Entidade reguladora da saúde, 2021). Verifiquei alguma falta de conhecimento, relativamente à possibilidade dos enfermeiros poderem aceder ao portal do registo nacional do testamento vital, o que permite o acesso a este documento, pelo que alertei a equipa para esta mesma possibilidade (Portaria nº 141/2018, 18 de maio). Contrariamente ao referido anteriormente, no qual a pessoa não consegue expressar as suas vontades, surgiu-me durante o meu percurso a necessidade de refletir sobre outra vivência que me suscitou alguma inquietação, relativa à recusa de tratamentos de saúde por parte de uma pessoa que apresentava todas as capacidades para expressar a sua vontade e a intervenção necessária era crucial para a manutenção da sua vida. Como enfermeiros temos o objetivo da defesa e da proteção da vida, sustentado no princípio da beneficência, da não maleficência e da justiça. No entanto, sendo uma pessoa orientada, que está em plena posse de todas as suas faculdades mentais, a equipa multidisciplinar tem o dever de respeitar a autonomia da mesma por esta poder decidir aquilo que quer para si. Para garantir a autonomia e o direito de decisão sobre os cuidados propostos à pessoa, a mesma precisa de receber toda a informação relevante de forma compreensível para que a decisão de recusar um tratamento proposto seja tomada na posse de toda a informação necessária (Entidade reguladora da saúde, 2021). O enfermeiro especialista deve respeitar a autodeterminação da pessoa, mas também deve ter um papel importante no esclarecimento de toda a informação necessária para uma tomada de decisão esclarecida. Como tal, propus-me a explicar todas as informações necessárias para uma decisão informada e esclarecida, certificando-me que a informação era passada de forma clara para que a mesma fosse bem compreendida. É de extrema importância, como enfermeiros especialistas, suportarmos as nossas tomadas de decisão com base em princípios éticos, legais e deontológicos, permitindo tomar decisões consistentes apesar das situações complexas que possam surgir.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro tem o dever de salvaguardar sempre durante os cuidados e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (Ordem dos enfermeiros, 2015). Senti esta dificuldade no serviço de urgência, bem como em toda a equipa, pela elevada procura dos serviços de urgência que leva inevitavelmente a uma sobrelotação dos mesmos, promovendo que os cuidados sejam prestados em locais que não são preparados para esse fim. Cabe ao enfermeiro especialista

estar desperto, dentro das imensas limitações existentes, para a procura de estratégias que permitam adotar medidas que salvaguardem a intimidade das pessoas. Assim, as estratégias que mais utilizei foram aquelas que promovem os cuidados momentâneos ao paciente em locais fechados. Outra das estratégias muito utilizadas neste serviço é a utilização de biombos, nem sempre possível pela escassez dos mesmos.

Ao longo de todo o percurso considero que foi possível desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurando sempre que todas as minhas decisões fossem suportadas no conhecimento dos princípios éticos, nas normas legais e na deontologia profissional. Participei por diversas vezes na tomada de decisão junto da equipa e procurei refletir sobre situações que possam comprometer as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurando incutir a importância do enfermeiro especialista como agente importante no despertar de situações e no encontro de estratégias para solucionar problemas.

3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente os sistemas de saúde a nível mundial têm vindo a demonstrar a necessidade de aumentar quer a segurança nos cuidados, quer a qualidade dos mesmos, consequência da crescente complexidade dos cuidados de saúde, do aumento da esperança média de vida e do aumento das exigências dos cidadãos. Posto isto, e não sendo Portugal uma exceção, a qualidade dos cuidados de saúde no nosso país é um dos principais focos da Direção Geral da Saúde (Ribeiro et al., 2017).

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, promovidos por um profissional, que tem em conta recursos disponíveis, consegue a adesão e satisfação do cidadão e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Ribeiro et al., 2017). De salientar que a qualidade se encontra intimamente ligada à segurança das pessoas. Atualmente o conceito de melhoria é essencial no âmbito da qualidade dando a noção de continuidade e incluindo todos os profissionais no mesmo objetivo, que é o alcance da qualidade dos cuidados em saúde (Ribeiro et al., 2017).

Para a Ordem dos Enfermeiros a preocupação pela melhoria dos cuidados de saúde também se tornou um foco importante. Como tal, em 2001 foram elaborados os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os mesmos indicam o que os cidadãos podem esperar em termos de cuidados de enfermagem e demonstrar aos enfermeiros o que cada um pode fazer na melhoria da qualidade do seu exercício profissional (Ribeiro et al., 2017).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes em vigor, elaborado pela Direção Geral da Saúde, estão definidos objetivos estratégicos com objetivo de melhorar a segurança dos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. O Plano assenta em 5 pilares, 1- cultura de segurança, 2- liderança e governança, 3-comunicação, 4-prevenção e gestão de incidentes de segurança e 5-práticas seguras em ambientes seguros (Despacho nº 9390/2021, 24 de Setembro). Dentro destes pilares encontram-se os objetivos estratégicos definidos anteriormente pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente para 2015-2020, os quais incluem: cultura de segurança do ambiente interno, segurança da comunicação, segurança cirúrgica, segurança na utilização da medicação, identificação inequívoca dos doentes, gestão de informação na ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, sistema de notificação de incidentes e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (Despacho nº 5613/2015, 27 de Maio).

No que diz respeito à segurança na comunicação, é importante que durante a transmissão de informação como em passagens de turno, situações de transferências de pessoas para outros serviços, ou entre profissionais e pessoa cuidada, essa informação seja passada de forma clara, sem que se perca parte da mesma ou que esta se altere por alguma circunstância, salvaguardando a segurança da pessoa. Uma das técnicas de comunicação que permite uma transmissão de informação entre profissionais e que aumenta a segurança dos cuidados é a técnica ISBAR (Identificação; Situação; Background; Avaliação; Recomendações) (Direção-Geral da Saúde, 2017). Esta mnemónica permite uma memorização fácil para transmissão de informação em que I corresponde à identificação, S à situação atual, B aos antecedentes, A à avaliação e R: às recomendações. É uma técnica estruturada, previsível e concisa que facilita a comunicação entre profissionais e reduz erros de comunicação (Randmaa et al., 2014). No contexto de estágio em urgência e em cuidados intensivos todos os profissionais demonstraram o cuidado de utilizar a técnica ISBAR para transmissão de informação e estavam familiarizados com a mesma. No entanto, durante o estágio em urgência senti de facto a eficácia da metodologia, por ser um serviço muito propício à ocorrência do erro no qual a sobrelotação, o ruído e as solicitações constantes retiram-nos rapidamente o foco de atenção.

Relativamente à segurança na utilização da medicação, procurei sempre as práticas mais seguras de minimização de erro, sendo facilmente perceptível na sala de reanimação que estamos muito mais suscetíveis ao erro. Um erro de medicação pode ser um evento evitável, temporário ou permanente, pode surgir em qualquer etapa da administração do medicamento, tendo como consequência causar dano, ou não, à pessoa (Manzo et al., 2019).

Apesar das estratégias utilizadas para reduzir o erro, como a confirmação dos 5 certos aquando da administração da medicação, sendo eles a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, a via certa, e a hora certa, há fatores ambientais que potenciam os erros terapêuticos. Fatores como a baixa luminosidade e condições físicas desadequadas, falhas de comunicação, a sobrecarga de trabalho são também fatores importantes na ocorrência do erro terapêutico. Deste modo é preponderante implementar estratégias que potenciem ao máximo a prática segura para minimizarmos o erro, salientando-se que fatores como o stress durante os cuidados realizados numa sala de emergência são bastante altos, potenciando bastante o erro terapêutico (Manzo et al., 2019).

A sobrelotação do serviço de urgência, notada durante o percurso pelo serviço, leva a uma diminuição da qualidade dos cuidados e segurança dos mesmos, principalmente pelo não cumprimento da distância entre pessoas internadas em macas potenciando de modo elevado o aumento das taxas de infeção cruzada e o aumento da ocorrência de eventos adversos pela incapacidade de resposta dos profissionais à sua sobrelotação.

Durante o contexto de estágio realizado em Unidade de cuidados intensivos (UCI) observei uma estratégia que reduz bastante a ocorrência do erro terapêutico na administração de hemoderivados, através da utilização do sistema Gricode que tive a oportunidade de já conhecer e utilizar por diversas vezes. Este sistema possibilita através da leitura ótica de um código de barras, adquirido após validação com a pulseira de identificação da pessoa, que haja uma concordância entre o pedido da transfusão, as análises pré transfusionais para tipagem, as unidades compatibilizadas e a sua administração, permitindo também uma monitorização constante de parâmetros vitais durante a administração.

Relativamente à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, e sendo também um dos pilares importantes que demonstram a qualidade dos cuidados, é necessário referir que tive a oportunidade de integrar uma auditoria interna ao serviço, acompanhando um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e também elo de ligação ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, relativamente ao feixe de intervenção de prevenção da pneumonia associada à ventilação. Note-se que a auditoria em enfermagem tem um papel crucial para a avaliação da qualidade de cuidados prestados nas instituições de saúde (S. C. D. Silva & Taveira, 2021). Neste sentido, enfermeiro especialista deverá ter um papel ativo, assim como deverá encontrar estratégias para promover o cumprimento das práticas e ser parte integrante para ajudar na adesão de todos os profissionais (Pina et al., 2019).

Durante o acompanhamento do enfermeiro à auditoria realizada consegui perceber a importância do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Este possibilita aos enfermeiros do serviço relembrar as normas em vigor no serviço, através de uma partilha educativa demonstrando que o cumprimento das intervenções é preponderante na diminuição das taxas de infeção. Como referido na literatura, este processo de auditoria deve ser educativo, por forma a possibilitar a identificação dos aspetos positivos e negativos da assistência às pessoas com base nos resultados das auditorias. É fundamental que não seja encarado como um procedimento punitivo cujo objetivo é encontrar falhas e possíveis responsáveis, mas sim como uma oportunidade de aprendizagem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (S. C. D. Silva & Taveira, 2021).

Durante este percurso conduzi a minha atuação no sentido da minimização do erro, promovendo um ambiente físico seguro e tentando reduzir fatores ambientais que potenciam o erro. A correta identificação das pessoas bem como a preocupação de uma comunicação eficaz e clara com a pessoa, sempre que havia essa possibilidade, e a validação dessa informação foi sempre uma prioridade. Durante a administração de medicação assegurou-se sempre a correta administração da mesma recorrendo a estratégias que mitigam a ocorrência do erro como a utilização dos cinco certos da administração de medicação. Por último saliento a importância da atuação ao nível da redução do risco de infeção procurando sempre atuar de acordo com as normas em vigor nos serviços em questão.

Face ao exposto considero ter alcançado a competência comum do enfermeiro especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade.

3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Na atualidade, a gestão e a liderança têm demonstrado uma grande importância na área da enfermagem (A. S. Santos et al., 2022).

De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, num documento relativo ao referencial das competências para enfermeiros na área da gestão, é defendido que “a gestão é uma área de intervenção da enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde” (APEGEL, 2009, p. 1).

Assim cabe ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação de toda a equipa multidisciplinar, supervisionar as tarefas delegadas garantindo segurança e qualidade nos cuidados e adaptar o estilo de liderança às necessidades da estrutura organizacional, potenciando a melhor resposta dos

profissionais e consequentemente promovendo a qualidade de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro). Posto isto, torna-se crucial salientar a liderança como uma ferramenta de gestão fundamental na prática de enfermagem, que apoia o enfermeiro na coordenação da equipa, na tomada de decisões e na resolução de conflitos que possam surgir.

Liderança é essencial em todas as organizações e define-se como um processo, na qual o líder guia e motiva os indivíduos para o alcance de objetivos comuns, influenciando o seu comportamento e direcionando as suas ações (Chiavenato, 2014).

Deste modo, liderar é então uma habilidade que envolve conduzir, organizando o trabalho da equipa com o objetivo de assegurar os melhores cuidados. Considera-se assim o líder como elemento fundamental para a equipa, quer ao nível da coordenação da mesma, quer ao nível do âmbito educacional, incentivando sempre a equipa a atingir o seu potencial máximo. Líderes com este perfil têm um impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados (Gelbcke et al., 2009).

Relativamente à urgência central, constatei a dificuldade que elementos com funções de chefia de equipa têm na gestão dos cuidados de enfermagem, devido à afluência de pessoas, complexidade de situações vividas e escassez de recursos humanos. No entanto são elementos muito presentes e em contacto permanente com toda a equipa de enfermagem, disponíveis para a resolução de problemas que carecem maioritariamente da sua tomada de decisão para a otimização do processo de cuidados.

Durante o estágio no serviço de urgência pude acompanhar em quase todos os turnos elementos com funções de chefia de equipa e elementos de coordenação dos diferentes sectores existentes no serviço e compreender melhor as suas funções, responsabilidades, deveres e dificuldades tomando consciência da importância dos mesmos no domínio da gestão dos cuidados. Os enfermeiros chefes de equipa, não têm doentes atribuídos, constatando ser uma mais-valia em comparação com a minha realidade profissional. A função deste elemento é a gestão de recursos humanos procedendo à distribuição de toda a sua equipa pelos diversos sectores existentes na urgência, gerir os recursos de forma a mobilizar elementos de uns sectores para outros que pontualmente se tornam mais críticos quer pela afluência de pessoas, quer pela complexidade das situações de saúde das pessoas otimizando a resposta da equipa. Para conseguir fazer esta gestão, este elemento tem de tomar conhecimento de todos os eventos adversos e mais complexos que possam ocorrer durante o turno, o que acontece através de uma rotina que envolve percorrer por diversas vezes durante o turno todos os sectores da urgência para tomar conta de alguma intercorrência. É também um elemento que permanece mais tempo junto da sala de

reanimação para prestar algum apoio necessário à equipa desta zona que recebe pessoas em situações mais críticas. Para além do enfermeiro chefe de equipa tive a oportunidade de acompanhar elementos distribuídos com a função de coordenar diferentes áreas do serviço de urgência, tais como a sala de observação e a área covid, sendo elementos que ficam como chefes de equipa dos elementos distribuídos nas áreas mencionadas. Normalmente são elementos mais velhos em tempo no serviço e muito conhecedores de toda a dinâmica e estrutura do mesmo, sendo maioritariamente enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica. É sua responsabilidade distribuir os seus elementos pelas pessoas a serem cuidadas, conforme os níveis de competências dos mesmos, servir de ponte de comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, coordenar todas as transferências de pessoas que ocorrem durante o turno e gerir os pedidos de medicação com a farmácia. Para além disto têm a função de dar todo o apoio à equipa quando necessário, principalmente em eventos críticos, como sejam paragens cardiorrespiratórias. São elementos essenciais para a segurança de toda a equipa de enfermagem visto as equipas serem hoje constituídas por elementos recém-licenciados com muito pouca experiência.

No que diz respeito ao contexto de estágio de cuidados intensivos polivalente, saliento que acompanhei enfermeiros em funções de chefia de equipa e maioritariamente o enfermeiro orientador especialista em enfermagem médico cirúrgica com funções de coordenação. Neste contexto os enfermeiros em funções de chefia de equipa não tinham doentes atribuídos, o que lhes permitia prestar um maior apoio à equipa, principalmente durante situações de emergência. Estes elementos mantêm-se com mais liberdade para a gestão necessária de recursos de materiais e da equipa, bem como para tomadas de decisão importantes, sendo de extrema importância para a otimização da qualidade dos cuidados.

A tomada de decisão resulta com a identificação de preocupações ou dúvidas após a deteção de uma ou mais opções para a resolução de um determinado problema. Define-se como um processo de escolha e de orientação na direção da ação e é caracterizado como um ato essencialmente cognitivo com o objetivo de gerir problemas ou aproveitar oportunidades de promover melhorias na instituição (Menegon et al., 2022).

A capacidade de se tomar decisões tem um papel preponderante na prática, gestão e educação em enfermagem. O papel dos enfermeiros exige assim que assumam responsabilidade e demonstrem autonomia para fazer escolhas envolvendo uma análise cuidadosa de diferentes opções disponíveis, escolhendo aquela que seja não apenas segura, mas também inovadora (Lourenço et al., 2022).

A liderança tem sofrido alterações ao longo do tempo, importando perceber que atualmente o tipo de liderança mais defendido se está a alterar, passando de uma liderança transacional, no qual o líder motiva o grupo em alcançar objetivos definidos, para uma liderança transformacional, na qual o líder através da sua visão pessoal inspira a sua equipa provocando um impacto positivo nas organizações (Costa, 2013).

Para uma liderança transformacional com sucesso é importante o carisma do líder, o respeito por parte da sua equipa, o estímulo do trabalho da equipa bem como o estímulo do intelecto dos elementos da equipa para promover o aprofundar de conhecimentos, procurando soluções novas para melhorar as suas competências. O líder deve respeitar a individualidade de cada elemento da equipa reconhecendo as competências e potencializando as suas capacidades (Costa, 2013).

O estilo de liderança encontrado nos dois contextos de estágio foi o estilo de liderança transformacional. Os elementos com funções de chefia de equipa em ambos os serviços são considerados elementos de referência para toda a equipa, carismáticos, assim como têm o respeito de toda a equipa e incentivam a mesma na busca de mais conhecimento. De salientar que o enfermeiro especialista que acompanhei em contexto de cuidados intensivos polivalente constituía grupos de trabalho para o desenvolvimento de projetos dentro do serviço, tais como a atualização ou realização de normas para o serviço.

Para o alcance das competências propostas para este domínio, revelou-se importante o acompanhamento dos enfermeiros em funções de chefia e a observação do seu estilo de liderança adotado nos dois contextos de estágio. Este acompanhamento permitiu-me a realização de reflexões profundas sobre como gerir recursos humanos, recursos materiais bem como a importância das suas tomadas de decisão na otimização do processo de cuidados. Sendo uma área do meu interesse procurei durante os turnos refletir juntamente com os enfermeiros orientadores sobre os aspetos fundamentais para uma otimização da gestão de cuidados.

3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente a este domínio é expectável que no final deste percurso obtenha competências para desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e a capacidade de basear a prática clínica especializada em evidência científica. Estas competências prendem-se com a capacidade de autoconhecimento reconhecendo que as intervenções influenciam as relações terapêuticas e a equipa multidisciplinar, bem como a capacidade de fundamentar as tomadas de decisão e as ações na evidência científica mais atual, desempenhando um papel

facilitador dos processos de aprendizagem e sendo um protagonista ativo na área da investigação (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro). A obtenção do autoconhecimento envolve a aquisição, armazenamento, recuperação e organização de informações que conferem significado e orientação para interagir com o ambiente, especialmente com outros seres sociais. Este conhecimento sobre nós mesmos é alcançado através da reflexão interna e interações, não sendo algo que se pode aprender em manuais (Bukowski, 2019).

Benner afirma que desenvolver a prática reflexiva permite aos enfermeiros “identificar as preocupações que organizam a história, que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história, que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001).

Durante este percurso formativo tive a oportunidade de estagiar em dois contextos de estágio que me permitiram vivenciar novas experiências, lidando com diferentes equipas multidisciplinares, que através do processo reflexivo me permitiram encontrar estratégias para ultrapassar novos desafios, permitindo-me um significativo crescimento tanto ao nível pessoal como profissional.

As reflexões executadas permitiram um desenvolvimento profissional ímpar, possibilitando uma análise profunda das experiências vividas e identificando áreas de melhoria. Consegui deste modo potenciar o desenvolvimento profissional bem como as minhas habilidades práticas, sentindo que as tomadas de decisão apoiadas em situações refletidas permitem decisões mais conscientes, conseguindo ter em conta todos os fatores que influenciam a situação. Por último, estas situações refletidas promoveram a minha empatia, proporcionando uma maior compreensão em relação à pessoa cuidada, permitindo uma prática mais centrada nos cuidados e uma relação terapêutica mais eficaz.

Procurei aprimorar os meus conhecimentos através de uma prática baseada na evidência em relação a temas que me propus abordar tais como a hemodiálise intermitente, na qual não tinha grande experiência ou na área da pessoa politraumatizada mais especificamente no trauma torácico e na abordagem imediata ao mesmo na sala de reanimação.

Deste modo, considero que atingi as competências propostas através da prática reflexiva que me permitiu desenvolver o meu autoconhecimento reconhecendo a importância de uma aprendizagem contínua e incentivando para a busca de oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. A realização do protocolo de scoping review permitiu-me ser agente ativo no campo da investigação, tal como

preconizado pela ordem dos enfermeiros na competência D2, conseguindo assim atingir a competência proposta.

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

No presente capítulo irei analisar, através da prática reflexiva e do vivenciado ao longo dos estágios, as três competências específicas do enfermeiro especialista conforme definido em diploma próprio (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho) , nomeadamente:

1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

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

Os cuidados à pessoa em situação crítica são definidos como cuidados altamente qualificados, no qual os cuidados se executam de forma contínua à pessoa em risco iminente de vida, de forma a dar resposta imediata às suas necessidades, prevenindo possíveis complicações e mantendo as funções básicas de vida, tendo como objetivo último promover a completa recuperação da pessoa (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho).

Os cuidados à pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem do enfermeiro uma constante busca de informação através da observação e colheita constante de dados de forma que precocemente se consiga antever complicações assegurando uma rápida intervenção que deve ser objetiva, clara e eficiente (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho).

Para o alcance da competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” optei por realizar este percurso formativo num serviço de urgência polivalente e numa unidade de cuidados intensivos polivalente num hospital central, conforme referido anteriormente, o que me permitiu uma constante proximidade com pessoas em situação crítica, assim como acompanhar uma grande quantidade e diversidade de casos clínicos.

Para o alcance desta competência tive como prioridade inicial conhecer a estrutura física e a dinâmica de ambos os serviços, assim como conhecer as normas e os protocolos utilizados e integrar a equipa multidisciplinar. A integração foi realizada rapidamente, considerando que me adaptei eficazmente nos dois contextos de estágio, conseguindo uma boa relação com todos os elementos de equipa. Para adquirir esta competência foram determinantes os enfermeiros orientadores para a partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e para todo o processo reflexivo desenvolvido ao longo deste caminho.

Dado que a unidade de cuidados intensivos é um ambiente familiar para mim, por trabalhar numa unidade de cuidados intensivos há cerca de seis anos, o meu objetivo neste serviço foi aprofundar as competências de enfermeiro especialista e procurar aprender com base na evidência científica mais recente novas formas de cuidados à pessoa em situação crítica, refletindo sobre elas com o intuito de promoção da melhoria de cuidados. Procurei assim aprofundar os meus conhecimentos relativamente à monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica invasiva, técnicas de hemodiálise intermitente, manuseamento de equipamentos tecnológicos de monitorização e de suporte de vida e desenvolver as minhas competências na identificação rápida de sinais de instabilidade antecipando possíveis complicações.

Apesar das diversas experiências que me permitiram o alcance de competências, selecionei algumas das mais determinantes e que mais me marcaram no percurso realizado. A primeira reflexão que passo a descrever prende-se com as dificuldades de comunicação com a pessoa ventilada, no caso específico de uma pessoa ventilada com o antecedente pessoal de amaurose bilateral com enucleação ocular do globo ocular esquerdo. Apesar de ter contacto constante com pessoas ventilados neste caso em questão senti uma tremenda dificuldade na comunicação com o mesmo.

Apesar da extrema dificuldade que senti, consegui maioritariamente dar resposta às suas necessidades usando a comunicação não verbal através do aceno de cabeça sim/não por parte da pessoa, em resposta a perguntas simples. No entanto, quando havia dificuldades a atender outras necessidades da pessoa, senti a sua ansiedade através de comunicação não verbal, como esgares faciais de desalento, visto ser uma pessoa já com limitações físicas acentuadas, não estando capaz de comunicar por gestos. É nestas ocasiões que é preponderante a reflexão e a partilha com a restante equipa de enfermagem sobre a temática, de forma a se conseguir encontrar novas estratégias para ultrapassar a dificuldade. Quando ocorrem estas situações é notório o sentimento de frustração por parte dos enfermeiros.

A comunicação é um dos pilares essenciais para as nossas atividades diárias. Tanto a comunicação verbal como a comunicação não verbal permitem-nos partilhar os nossos pensamentos, necessidades, emoções e sentimentos. As unidades de cuidados intensivos são ambientes despersonalizados, altamente tecnológicos, onde os doentes são submetidos a diversas técnicas invasivas, sendo a intubação orotraqueal das mais frequentes (Morais et al., 2021).

A ineficácia da comunicação entre pessoas sob ventilação mecânica e profissionais de saúde pode resultar em efeitos psicológicos graves e indesejáveis para a pessoa, podendo estar também associada a uma desumanização, baixa autoestima e isolamento, que pode comprometer a recuperação total após o estadio mais crítico da doença ter sido ultrapassado (Modrykamien, 2019). Uma pessoa sob ventilação mecânica experiencia sentimentos como ansiedade, depressão, fadiga, frustração ou desespero. Estudos indicam que as pessoas também experienciam sentimento de frustração e alienação pela dificuldade de expressar as suas necessidades (Momennasab et al., 2019). Estas dificuldades de comunicação levam inevitavelmente a sentimentos de frustração também por parte dos enfermeiros (Momennasab et al., 2019).

A comunicação verbal e não verbal pode ser complementada com estratégias facilitadoras da comunicação, através de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). Com este tipo de comunicação é possível utilizar tecnologia em formas como gráficos e imagens, ou até métodos altamente tecnológicos tais como o sistema de rastreamento ocular (Freeman-Sanderson et al., 2019). Os métodos de Comunicação Aumentativa e Alternativa podem ser divididos em CAA de baixa tecnologia e CAA de alta tecnologia. As estratégias de baixa tecnologia são divididas em dois grupos. No primeiro grupo estão incluídos pacientes conscientes com cognição e habilidades motoras finas preservadas, os quais podem receber papel e caneta e escrever livremente. Já no segundo grupo estão incluídas pessoas com habilidades motoras finas preservadas sem capacidade de escrever, para os quais estão disponíveis quadros de comunicação, consistindo estes quadros em ícones e imagens representando necessidades básicas (Modrykamien, 2019). Também podem ser adicionados alfabetos e gráficos de símbolos, permitindo que os pacientes apontem para letras/símbolos individuais para formar palavras e/ou expressões (Modrykamien, 2019).

As estratégias de CAA de alta tecnologia trazem um nível mais elevado de sofisticação permitindo o fácil armazenamento e recuperação de mensagem eletrónica. Estas estratégias usam dispositivos geradores de voz e equipamentos eletrónicos, como tablets ou computadores com recurso a aplicações que facilitam a comunicação. A *Society of Critical*

Care Medicine desenvolveu uma aplicação que permite a comunicação com o uso de um dispositivo portátil. Este dispositivo permite a seleção de ícones com os títulos “Estou com dor”, “Preciso”, “Eu sinto” e “Eu quero ver”. Depois de selecionado o ícone aparece uma imagem corporal que permite à pessoa selecionar uma mensagem específica ou apontar especificamente o sítio do corpo onde tem dor. Dispositivos geradores de fala ou auxiliares de comunicação com saída de voz são dispositivos portáteis que permitem os pacientes tocar numa palavra ou imagem para posteriormente serem geradas mensagens pré-gravadas (Modrykamien, 2019).

Da minha experiência já reconhecia algumas das estratégias referidas anteriormente e são colocadas em prática por mim e pela maioria dos enfermeiros, nomeadamente estratégias de baixa tecnologia como a utilização da escrita, a leitura dos lábios, leitura das expressões faciais e a utilização de quadros de letras e palavras que a pessoa pode apontar para construir a palavra ou frase.

No caso vivido optei por transmitir informação de forma simples e clara, aguardando sempre de forma calma a resposta da pessoa, informando-o para me responder com acenos de cabeça sim-não. Coube-me a mim tentar clarificar toda a informação passada, promovendo empatia e certificando-me que a informação foi bem compreendida, de modo a prevenir que sentimentos de ansiedade, angústia e frustração surjam na pessoa. O enfermeiro especialista tem um papel importante quando as barreiras comunicacionais não são ultrapassadas, reconhecendo a existência de alternativas a que se pode recorrer para ultrapassar as barreiras existentes.

Cabe ao enfermeiro especialista ter a capacidade de adotar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com as pessoas, diminuindo assim o stress e a ansiedade sentida pelos mesmos e dando a possibilidade de exprimirem as suas necessidades, emoções e sentimentos. A comunicação continua a ser um ponto crucial da prática de Enfermagem, uma vez que constitui um componente essencial entre os Enfermeiros e as pessoas, sendo também uma ferramenta essencial que permite a expressão de sentimentos que visa a melhoria, a mudança e a excelência dos cuidados de enfermagem (Camelo, 2012).

Outra das situações refletidas durante o percurso formativo e que partilho refere-se aos cuidados à pessoa em morte cerebral considerada dador de órgãos e tecidos. Sendo uma situação nunca vivida por mim, foi das experiências que mais me marcou e despertou a atenção quer pelo fato de ser uma situação complexa de gerir, quer pela aprendizagem que me proporcionou em termos de conhecimentos técnicos, assim como pela possibilidade de acompanhamento da família neste processo difícil.

Os enfermeiros devem planear o acolhimento de potenciais dadores de tecidos e da família bem como compreender a experiência vivida conseguindo dar o melhor apoio (Barros & Sousa, 2021).

Em Portugal são considerados como potenciais dadores post mortem todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores através da plataforma informática Registo Nacional de Não Dadores (Lei nº22/2007, 29 de Junho).

A Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação é coordenada pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação e constituída pelo coordenador nacional de transplantação, por 5 gabinetes coordenadores de colheita e transplantação e pelo coordenador hospitalar de doação. Todo o processo é iniciado quando o coordenador hospitalar de doação é informado pelos profissionais da existência de um possível dador de órgãos.

O dador de órgãos é valorizado uma vez que reúne órgãos e tecidos com potencial para salvar pessoas que aguardam transplante e é considerado um meio e não um fim em si mesmo. Apesar de clinicamente ser considerada morta, a pessoa em morte cerebral mantém características de uma pessoa que está viva e, como tal, os enfermeiros têm como principal foco estabilizar os múltiplos efeitos nocivos da morte cerebral sobre todo o organismo, procurando a estabilização hemodinâmica até todos os processos burocráticos estarem concluídos para a realização da doação de órgãos (Cavalcante et al., 2014).

Relativamente à situação vivida, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro num turno nos cuidados à pessoa. Constatei que é de extrema importância manter a estabilidade hemodinâmica rigorosa nesta pessoa, através da monitorização hemodinâmica contínua, monitorização de parâmetros ventilatórios, objetivando-se uma ventilação protetora, monitorização contínua da temperatura, prevenção de controlo da infeção e manutenção da alimentação/hidratação entérica, cujo objetivo é otimizar a função e viabilidade de todos os órgãos transplantáveis. Manter a alternância de decúbitos, aspiração de secreções quando necessário, elevação da cabeceira, balancear fluidoterapia versus fármacos vasoativos, avaliação de balanço hídrico, avaliação do débito urinário e a manutenção das medidas de prevenção de tromboembolismo foram também cuidados rigorosamente prestados com vigilância constante.

O enfermeiro destaca-se no cuidado direto ao potencial dador pois antecipa possíveis complicações das alterações fisiopatológicas ligadas à morte cerebral através da monitorização hemodinâmica contínua e na prestação de cuidados individualizados. De

salientar que o sucesso do transplante está relacionado com a manutenção da estabilidade hemodinâmica do potencial dador (Barros & Sousa, 2021).

Para a decisão da doação de órgãos é necessária a confirmação da morte cerebral. Para tal o seu diagnóstico implica condições específicas como o conhecimento da causa, irreversibilidade da situação clínica, ausência de hipotermia, hipotensão e de drogas depressoras do sistema nervoso central. Implica também que exista a ausência na totalidade dos reflexos do tronco cerebral fotomotores com pupilas de diâmetro fixo, oculocefálicos, ocolovestibulares, corneopalpebrais, reflexo faríngeo. A prova de apneia também deve ser realizada para confirmação de respiração espontânea (Lei nº 12/93, 22 de abril). A confirmação da morte cerebral exige a realização das provas por duas vezes com intervalo adequado à situação clínica e à idade. A realização das provas deve ser efetuada por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos), nenhum dos médicos pode pertence a equipas envolvidas com o processo de transplante, pelo menos um não deve pertencer ao serviço onde a pessoa se encontra e sempre que se considerar necessário deve-se recorrer à realização de exames complementares de diagnóstico (Lei nº 12/93, 22 de abril). Durante este processo tive a oportunidade de assistir e colaborar na realização das provas de confirmação de morte cerebral e constatar o cumprimento de todas estas exigências.

Segundo Cavalcante a dimensão técnica dos cuidados prestados à pessoa potencial dadora deve ser assente em evidência científica, no cumprimento de normas e protocolos, sendo que a sua dimensão humana nunca deve ser descurada dado estar intimamente relacionada com as relações interpessoais criadas com a família (Cavalcante et al., 2014).

Os enfermeiros são os profissionais com mais capacidade para intervir nas necessidades da família, uma vez que estabelecem com a pessoa e família uma relação de proximidade que a própria profissão lhes confere. Esta relação é determinante no contexto de doação de órgãos promovendo uma relação de confiança e encontrando estratégias de entendimento da família. A participação dos enfermeiros revela-se determinante em todo este processo quer ao nível da construção de relacionamentos, quer ao nível da adaptação da comunicação em diferentes momentos com a família (Barros & Sousa, 2021).

A empatia do enfermeiro na relação com a família é um apoio importante. No entanto o desgaste emocional provocado no profissional é grande, o que se repercute na prática profissional, levando muitas vezes ao afastamento desses momentos de forma a proteger-se. O dilema do enfermeiro ao prestar cuidados à pessoa morta, que ao mesmo tempo possibilita a vida a diversas pessoas revela-se difícil de ultrapassar porque ao pensar na morte atribui-

se o significado de finitude relacionado com sentimentos de perda, tristeza e angústia (Cavalcante et al., 2014).

Na unidade de cuidados intensivos em questão a informação dada às famílias aquando da confirmação da morte cerebral e confirmação para doação de órgãos e tecidos foi efetuada na sala de acolhimento de familiares. Durante o processo de transmissão da notícia sentimentos de angústia e impotência foram vivenciados pelos enfermeiros, sendo que muitos referem que se tentam ao máximo distanciar da situação. Tal como descrito na literatura em situações desconfortáveis, os profissionais procuram distanciar-se principalmente pela sobrecarga emocional provocada, dificultando deste modo a eficácia dos cuidados. Isto pode explicar a complexidade que a equipa enfrenta ao lidar com pessoas em morte cerebral, visto que são casos que envolvem sentimentos de sofrimento e de impotência (Cavalcante et al., 2014).

Durante a transmissão da informação tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador na gestão complexa deste momento. Rapidamente sentimentos de impotência, sofrimento e o choro surgiram no seio da família sendo que a dificuldade de perceber algo que lhes era desconhecido potenciou o processo doloroso da perda. A família vivencia um processo complexo com níveis de tensão emocional elevados. O enfermeiro deve assim desenvolver estratégias para mobilizar e facilitar o processo de transição vivenciada pela família, proporcionando um ambiente envolvente que tenha em consideração aspetos físicos, proporcionando privacidade, aspetos psicossociais, compreendendo as questões emocionais, sociais e culturais da família bem como os aspetos espirituais contribuindo desta forma para facilitar o processo de transição promovendo o bem-estar da família (Barros & Sousa, 2021).

É essencial proporcionar o maior apoio socioemocional aos familiares que vivenciam estes processos, disponibilizando apoio psicológico de forma a preparar a família para uma aceitação gradual. Os enfermeiros têm um papel crucial neste processo e devem ser sensíveis às necessidades apresentadas pela família estando atentos aos sinais de sofrimento emocional. Devem também proporcionar momentos de partilha de forma a promover a expressão de sentimentos e necessidades. Promovendo este ambiente e a intervenção os enfermeiros identificam eficazmente as necessidades da família e promovem um processo que se considera mais saudável e adaptativo (Barros & Sousa, 2021).

De acordo com a Teoria da Transição de Afaf Meleis, o enfermeiro deve ser um agente facilitador para ajudar as pessoas a ultrapassar de forma positiva os processos de transição. Para tal, desenvolve intervenções de enfermagem que permitem obter padrões de resposta que podem ser indicadores de processo ou indicadores de resultado.

Os indicadores de processo permitem avaliar o modo como a transição está a ocorrer, sendo compostos por diversas facetas no que diz respeito à pessoa cuidada: sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e estratégias de *coping*. Relativamente aos indicadores de resultado, estes permitem identificar o fim da transição, que se manifesta quando a pessoa apresenta mestria face ao novo papel e integra comportamentos e novos conhecimentos na sua identidade. Para conseguir ajudar nos processos de transição o enfermeiro deve dominar padrões de transição (consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal, pontos críticos e acontecimentos) e conhecer componentes facilitadores e inibidores dessa mesma transição que podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade (Meleis, 2015).

A morte de um familiar é um momento de transição onde se observa e são incorporados vários padrões de resposta. No caso refletido anteriormente a transição vivida é uma transição situacional. Segundo Meleis esta transição envolve a adição ou perda de um familiar por meio do nascimento ou morte (Meleis, 2010). Durante o processo de morte há uma variedade de sentimentos que surgem nos familiares e que se demonstram impossíveis de controlar, sendo nesta altura que se informa sobre a indicação para a doação de órgãos. Estas emoções vividas revelam-se como verdadeiras dificuldades para o processo de transição (Knihs et al., 2016).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto da pessoa bem como os que desenvolvem uma relação mais próxima com a família, pelo que são os profissionais mais capacitados para avaliar e conseguir intervir nas necessidades da mesma. Neste caso o enfermeiro deve envolver-se no processo de doação de órgãos, conhecendo-o aprofundadamente de forma a planear e implementar estratégias de acolhimento às famílias e conseguirem compreender a experiência vivenciada pela família, bem como as suas necessidades (Manuel et al., 2010). A doação de órgãos é um processo complexo a todos os níveis e como estratégias facilitadoras, o enfermeiro deve promover a confiança no processo de doação, gerir a ansiedade da família e ajudar a resolver quaisquer inseguranças que possam surgir em processos de tomada de decisão (Ralph et al., 2014). Para tal, é necessário reconhecer que há grandes barreiras de comunicação neste processo, principalmente pela quantidade de informação que é dada num curto espaço de tempo, o que leva a dificuldades de compreensão sobre todo o processo. Para ultrapassar esta barreira o enfermeiro deve promover um ambiente calmo e acolhedor, usar a escuta ativa e respeitar a individualidade de cada elemento da família (Knihs et al., 2016).

Os enfermeiros devem também ser capazes de detetar falhas no conhecimento da família sobre o processo, sendo que para as minimizar o enfermeiro deve adaptar a sua comunicação com a família. A comunicação deve ser empática, clara e concisa, fornecendo o apoio e a informação necessária no sentido de uma humanização dos cuidados (Manuel et al., 2010). Esta comunicação permite assegurar a compreensão por parte dos familiares de todo o processo através das informações que lhes são disponibilizadas, bem como pelo apoio que lhes é prestado atendendo sempre à individualidade de cada um (Barros & Sousa, 2021). Deste modo, é importante dar oportunidade para a família se despedir da pessoa dadora de órgãos, tal como experienciei na vivência referida.

Sendo a doação de órgãos considerado uma dimensão altruísta da sociedade o mesmo é considerado um processo bastante complexo para familiares e profissionais de saúde. Assim, devemos reconhecer a individualidade de cada elemento da família e o seu sofrimento de forma a honrar a experiência única da família que está envolvida no processo de doação de órgãos, o que pode ajudar a tornar o processo de transição menos doloroso e procurando encontrar mais significado para a própria família (Barros & Sousa, 2021).

Ao acompanhar e cuidar da família do dador de órgãos o enfermeiro procura facilitar a adaptação da mesma e a adoção de estratégias, tornando-se elemento crucial em todo o processo para incentivar e facilitar o processo de transição (Barros & Sousa, 2021).

A realização do estágio no serviço de urgência foi sem dúvida uma mais-valia para todo o percurso formativo, procurando realizar o estágio maioritariamente na sala de reanimação por considerar o local onde teria o maior número de situações emergentes pela presença de pessoas com situações de maior gravidade e complexidade, permitindo-me desenvolver capacidades de atuação rápida e sistemática muito importante neste contexto bem como desenvolver muitas competências nos cuidados à pessoa em situação crítica. Ao longo deste estágio tive a possibilidade de vivenciar situações com alto grau de complexidade na abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente em situações como o enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque hipovolémico e situações de trauma.

Relativamente à pessoa com acidente vascular cerebral (AVC), sendo uma das situações que mais vivenciei durante o meu percurso e não tendo experiência na abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência procurei desenvolver competências na abordagem a esta pessoa. O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa. Segundo previsões o número de AVC não vai baixar nas próximas décadas (European Stroke Organisation, 2018). Deste modo e sendo das causas de maior recorrência

ao serviço de urgência foi criada a Via Verde AVC para dar a máxima prioridade às pessoas com sintomatologia de AVC, encaminhando-os rapidamente para serviços com unidades específicas para estas pessoas. Realizar rapidamente exames complementares de diagnóstico é decisivo para se diagnosticar o tipo de AVC e consequentemente o tipo de tratamento a implementar. Este tratamento, deve ser administrado numa janela de 4,5 horas após o início dos sintomas, sendo que quanto mais rápido for administrado, maior a probabilidade de reverter possíveis sequelas (Patil et al., 2022).

Por diversas vezes foi-me possível ativar a via verde AVC através da especialidade de neurologia. Durante a abordagem inicial à pessoa com sintomatologia de AVC procedemos sempre à realização da avaliação primária preconizada pela *American Heart Association* em que A- via aérea permeável, procuramos perceber se a mesma está patente e se não existe presença de ruídos anormais audíveis, B- ventilação, procurar sinais de cianose e administrar oxigenoterapia se necessário, C-circulação, através da procura de sinais de instabilidade hemodinâmica com avaliação de sinais vitais e glicémia capilar bem como avaliação de alterações na coloração e temperatura da pele e tempo de preenchimento capilar < 3 segundos e a realização da colheita de análises e punção de acesso venoso periférico preferencialmente de grande calibre, D- disfunção neurológica, avaliando a escala de coma de Glasgow, alterações no tamanho das pupilas e presença de défices neurológicos tais como disartria e hemoplegias, E- exposição, através da remoção da roupa para procurar possíveis sinais de trauma, hemorragia, queimaduras ou outras marcas incomuns (American Heart Association, 2016).

Após a avaliação primária realizamos rapidamente um ECG, importante para identificar isquemia aguda do miocárdio ou possíveis arritmias que possam ser a causa do AVC. De salientar que a realização do eletrocardiograma (ECG) ou radiografia de tórax (RX) nunca deve atrasar a realização da tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE) (American Heart Association, 2016). É prontamente explicado à pessoa, quando possível, e à sua família a necessidade de realização TAC CE para o diagnóstico do possível AVC e da possibilidade de realização de outras intervenções necessárias para a possível resolução dos défices neurológicos. De salientar a importância de colheita de dados para os cuidados, junto da pessoa e familiar como os sinais e sintomas, alergias, medicações, passado médico anterior, hora da última refeição e eventos como preconizado pela *American Heart Association* (American Heart Association, 2016).

Durante o estágio foi-me possível prestar cuidados à pessoa vítima de AVC isquémico e AVC hemorrágico. Relativamente às pessoas diagnosticadas com AVC isquémico foi-me

possível a administração de terapêutica trombolítica, administrada numa janela terapêutica de 4,5h desde o início dos sintomas, bem como acompanhar a transferência das pessoas para intervenção de remoção mecânica do coágulo oclusivo através da trombectomia mecânica endovascular (Patil et al., 2022). Relativamente à pessoa com diagnóstico de AVC hemorrágico, o controlo da tensão foi prioritário, começando logo após o diagnóstico porque se considera essencial na prevenção da expansão do hematoma. A tensão arterial sistólica deve ter como alvo 130-150mmhg, recorrendo a anti-hipertensores como labetalol, urapidilo e dinitrato de isossorbida (Caldeiras, 2023). Em pessoas hipocoagulados deve ser feita a suspensão da anticoagulação e a reversão da hipocoagulação e em pessoas sob antiagregantes a sua administração deve ser suspensa (Dias, 2023). Pude acompanhar a transferência de algumas pessoas para internamento em unidade de cuidados intensivos. A transferência para estas unidades com possibilidade de colocação de drenagem ventricular externa e monitorização da pressão intracraniana reduz a mortalidade (Dias, 2023). Para o tratamento inicial de prevenção do aumento da pressão intracraniana preconiza-se a colocação da cabeceira da cama a 30° bem como o uso de soluções osmóticas como o manitol, que tive a oportunidade de administrar nestes casos. (Caldeiras, 2023).

O facto de o serviço de urgência ser concomitantemente um centro de trauma permitiu-me aprofundar competências relativamente à pessoa politraumatizada. Esta urgência permite dar resposta a qualquer pessoa vítima de traumatismo, incluindo crianças, sendo a primeira abordagem realizada pelos profissionais da urgência que, após a avaliação realizada pelo serviço de pediatria, são encaminhados para o mesmo.

Em diversos turnos consegui prestar cuidados a pessoas vítimas de trauma torácico maioritariamente provocados por queda de motociclo. Sendo a abordagem à vítima de traumatismo de extrema importância e fundamental de qualquer sistema de emergência, quer pela enorme afluência, quer pelos desafios que coloca aos profissionais de saúde, procurei desde logo tomar iniciativa e realizar essa mesma abordagem. Confesso que inicialmente se sente algum receio, mas após inteirar-me dos protocolos existentes de abordagem à vítima e conhecer a dinâmica de abordagem da situação senti-me cada vez mais confiante. Segundo o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) a avaliação inicial da pessoa vítima de trauma deve ser realizado conforme a metodologia ABCDE (Via aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição). Em todos os casos de trauma vivenciados pude colocar em prática a metodologia, conseguindo rapidamente determinar a existência de situações de risco de vida. Independente da situação ser de trauma ou doença súbita a abordagem à vítima deve ser realizada através metodologia ABCDE, desenvolvida pela *American College of*

Surgeons, que permite identificar ou excluir situações que podem colocar a pessoa em risco de vida (American College of Surgeons, 2018).

Em todas as situações tive contacto com dispositivos de imobilização com os quais estava pouco familiarizada, como o colar cervical, a maca *scoop* (pluma), a maca de vácuo e a maca de plano duro que permitem a transferência da vítima de uma superfície plana para outra mantendo o alinhamento corporal. A decisão da remoção do colar cervical bem como das referidas macas era tomada após a avaliação da especialidade de ortopedia em conjunto com a equipa de enfermagem e com base no mecanismo de lesão apresentado.

Com base no mecanismo de trauma assume-se que existe lesão na coluna vertebral, devendo-se evitar a mobilidade excessiva para prevenir o desenvolvimento ou a evolução de algum défice. Sempre que há necessidade de manusear a via aérea o colar cervical deve ser aberto e outro profissional restringe a mobilização cervical garantindo sempre o alinhamento e a completa imobilização da coluna (American College of Surgeons, 2018).

A dor é altamente prevalente na pessoa em situação crítica vítima de trauma e a gestão da mesma deve ser prioridade nos cuidados (Saranteas et al., 2019). No trauma torácico a dor está associada a uma alta mortalidade pois compromete o sistema respiratório. Esta impede a respiração eficaz, levando à dificuldade de expelir secreções, provocando pneumonias e insuficiências respiratórias. Deste modo o alívio da dor é vital em pessoa vítima de trauma torácico e pilar do tratamento do trauma torácico (Saranteas et al., 2019). Na pessoa vítima de trauma a intervenção especializada é importante para desenvolver estratégias combinadas, farmacológicas e não farmacológicas, para o alívio da dor (Saranteas et al., 2019).

Apesar de não ter tido a oportunidade nos turnos realizados de abordar uma pessoa com trauma torácico grave com necessidade de intervenções cirúrgicas urgentes considero que consegui desenvolver competências na abordagem inicial à pessoa de forma autónoma, na monitorização hemodinâmica, na monitorização do padrão respiratório, no controlo da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas conseguindo antecipar possíveis focos de instabilidade. De salientar que maioritariamente apenas enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica detentores do suporte avançado de vida e do curso de trauma são alocados à sala de reanimação.

De acordo com a complexidade e exigência das vivências acima descritas quer ao nível do conhecimento teórico como do conhecimento prático considero que alcancei a competência específica Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

Em Portugal a declaração de acidente grave ou catástrofe não é muito utilizada, sendo antes declarada, a situação de exceção. A situação de exceção é definida como uma situação pontual e sustentada onde se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (Oliveira et al., 2012).

Uma vez que é sempre possível ocorrer uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes dimensões, isto é eventos imprevisíveis, é crucial que várias entidades façam com regularidade uma análise das suas capacidades de resposta a estas eventualidades, definindo um plano que permita dar uma resposta de emergência eficaz a estas situação, as quais pela sua gravidade, da ocorrência provoca um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (Oliveira et al., 2012).

De acordo com a Direção Geral da Saúde as instituições de saúde já se encontram a funcionar no máximo das suas capacidades, ou então muito perto destas. Como tal, destaca-se a importância da elaboração de um plano de emergência, elemento essencial para a avaliação dos meios de reação das unidades de saúde face a uma situação de crise, definindo este plano regras ou normas gerais de atuação nestas situações (Direção-Geral da Saúde, 2010).

De acordo com a documentação consultada numa das instituições onde realizei o estágio, um plano de emergência hospitalar pretende descrever um conjunto de ações a executar, definindo prioridades e responsabilidades de pessoal, com o objetivo de garantir uma resposta eficaz em caso de afluxo anormal de vítimas em situações de catástrofe/situação de exceção, diminuindo desta forma a sua mortalidade e morbilidade.

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem surgir de eventos adversos tais como de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida necessitando de uma reposta das equipas de saúde.

No serviço de urgência tive a oportunidade de prestar cuidados a várias pessoas vítimas de trauma, sendo então o caso mais grave uma vítima de atropelamento. Após avaliação realizada em ambiente pré-hospitalar apenas se detetou a existência de alterações nos membros inferiores, com presença de fraturas expostas e comprometimento vascular dos mesmos. A abordagem inicial foi a monitorização dos sinais vitais, a manutenção do aporte de oxigénio, a administração de analgesia principalmente medicação de opióide e sedativa para possibilidade de observação pela especialidade de ortopedia e manipulação dos

membros inferiores pelos mesmos. Posteriormente procedeu-se à colheita de dados junto da pessoa e família e rapidamente a pessoa seguiu para bloco operatório para intervenção cirúrgica. De referir que a gestão da dor através da administração de fármacos, bem como a otimização do posicionamento dos membros, foi muito importante para o controlo da dor e para a diminuição da ansiedade, crucial para a manipulação dos membros e realização de penso e possibilidade de diálogo com a mesma. Em vítimas de trauma o alívio da dor deve ser considerado como sendo um dos aspetos mais importantes (Saranteas et al., 2019). A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica é importante para uma estratégia de abordagem à dor que combina a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, potenciando uma melhor resposta da pessoa em situação crítica (Saranteas et al., 2019).

Sendo o Serviço de urgência central um ponto central e inicialmente o mais importante para dar resposta a cenários de catástrofe/ situações de exceção, é fulcral o conhecimento por parte dos profissionais do plano de emergência externa do hospital. Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pessoa em situação crítica o enfermeiro com mais competências para responder a este tipo de situações, este deve possuir formação técnica e científica que lhe permita fazer face a estas situações com alto grau de complexidade. Assim considero importante a formação de mais enfermeiros com esta especialidade para fazer face a este tipo de ocorrências imprevisíveis. Após falar com diversos elementos da equipa constatei que a formação é realizada essencialmente quando existem eventos de grandes dimensões a ocorrer no nosso país, tendo sido a última atualização em 2023. Percebi que apenas existem formações teóricas e os enfermeiros referem a inexistência de simulacros que consideram serem uma mais-valia para a sua formação.

Para atingir as competências como enfermeira especialista foi importante ter conhecimento dos planos de emergência em vigor em ambos os locais de estágio. Para tal foi necessária uma análise da documentação para adquirir um conhecimento aprofundado sobre o conjunto de atuações definido a realizar e as responsabilidades de cada profissional. De referir que relativamente ao contexto de estágio de cuidados intensivos o plano de emergência do serviço não se encontrava atualizado. Tive a oportunidade de esclarecer com a enfermeira gestora do serviço que me explicou que pelo fato de ter existido uma reestruturação do serviço consequência da divisão do serviço para a criação de um novo serviço estava em curso a atualização do plano de emergência interno do mesmo.

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

As infeções associadas aos cuidados de saúde são infeções adquiridas durante o tempo de internamento de pessoas que não estavam presentes no momento da sua admissão, podendo manifestar-se após a alta. Para além de afetarem as pessoas, estas infeções também podem afetar os profissionais de saúde no âmbito da sua atividade manifestando-se como infeções ocupacionais (Sikora & Zahra, 2023).

Os diferentes patogénicos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde têm origem em diversas fontes, representam-se por diferentes tipos de infeções associadas aos cuidados de saúde e são caracterizados da seguinte forma: infeção do trato urinário associada a exposição ao cateter urinário, infeção associada à presença do cateter venoso central, infeção do local cirúrgico por contaminação durante o procedimento e duração do procedimento cirúrgico e pneumonia associada à exposição ao ventilador (Sikora & Zahra, 2023).

As infeções associadas aos cuidados de saúde são eventos graves e adversos que atingem pessoas hospitalizados principalmente em unidades de cuidados intensivos. Das infeções associadas aos cuidados de saúde a pneumonia associada a ventilação mecânica destaca-se e surge 48 horas após o início da ventilação mecânica (Alecrim et al., 2019; Direcção-Geral da Saúde, 2022), ou na pessoa extubada há menos de 48 horas (Direcção-Geral da Saúde, 2022).

Delinear estratégias para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é imprescindível. Para tal, foi recomendada a elaboração e aplicação de *bundles*, traduzido para a norma em vigor para “feixe de intervenção”, com o objetivo de potenciar a segurança da pessoa. *Bundle* consiste num conjunto de intervenções de extrema importância que têm como objetivo uniformizar as práticas, orientando os profissionais para a conformidade com a evidência científica mais atual (Direcção-Geral da Saúde, 2022). Este conjunto de intervenções quando colocadas em prática no seu conjunto resultam em efeitos mais positivos do que aplicados individualmente, apresentando benefícios significativos na prevenção da pneumonia associada a intubação. Os feixes de intervenção são mais eficazes e têm mais adesão por parte dos profissionais de saúde quando estes são em número mais reduzido (Direcção-Geral da Saúde, 2022).

Existem diversas metodologias para a implementação das *bundles*, tais como a nomeação de uma comissão local para rever as recomendações e para comparar com as práticas utilizadas, a formação dos profissionais de saúde sobre as mesmas e a realização de auditorias para avaliar a adesão dos profissionais de saúde e posteriormente comunicar os indicadores de processo e de resultado aos mesmos (Direcção-Geral da Saúde, 2022).

Durante a minha permanência em contexto de cuidados intensivos tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a pneumonia associada à ventilação bem como participar com o meu orientador na realização de uma auditoria sobre a mesma.

O feixe de intervenção da pneumonia associada à intubação incluem medidas tais como reduzir ou suspender diariamente a sedação, avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30° e evitar momentos de posição supina, higiene oral com octenidina pelo menos 3 vezes por dia em todas as pessoas, que permaneçam mais de 48 horas na unidade de cuidados intensivos, avaliação da pressão do cuff 3 vezes em 24 horas mantendo a pressão do mesmo entre 20-30 cmH₂O, o valor mais baixo para fuga 0 (zero), podendo ser superior a 30 cmH₂O em situações que a pressão de pico ultrapassa esse valor. Esta avaliação deve ser feita preferencialmente de forma contínua, tal como verifiquei no serviço de cuidados intensivos em que o ventilador faz automaticamente essa avaliação e ajusta quando necessário. Relativamente aos circuitos ventilatórios recomenda-se que os circuitos sejam trocados apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionais (Direcção-Geral da Saúde, 2022).

Durante o estágio em cuidados intensivos procurei a evidência científica mais recente sobre pneumonia associada a ventilação e cumpri as estratégias para a prevenção da transmissão de infeção, através da utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, correta higienização das mãos, cumprimento da etiqueta respiratória aquando da aspiração de secreções e na aplicação de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

Neste contexto onde as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) têm um grande impacto na pessoa pela fragilidade que apresenta, detetei um grande empenho no cumprimento das normas existentes por parte da equipa relativamente à prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. As normas utilizadas no serviço para prevenção da infeção são revistas com alguma regularidade pelos próprios elementos da equipa o que permite ir relembrando estas mesmas práticas. Existe a preocupação dos resultados das auditorias realizadas à equipa relativamente às práticas de prevenção de infeção serem

divulgadas, para posteriores momentos de reflexão que contribuem para a melhoria das práticas.

A prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde deve ser foco central nas unidades de cuidados intensivos por ser uma causa de elevada mortalidade e morbilidade, consequência da idade avançada das pessoas bem como das comorbilidades já existentes e também pelo estado frágil do sistema imunológico das pessoas internados nestas unidades. Todos estes fatores justificam a persistência e o aumento das infecções associadas aos cuidados de saúde (Blot et al., 2022).

Em contexto de urgência deparamo-nos com uma grande concentração de pessoas em relação ao espaço disponível. Esta concentração tão alta leva a que exista um contacto muito próximo entre os profissionais de saúde e as pessoas e entre as próprias pessoas, tanto nas salas de espera como nas áreas destinadas a tratamento. As manifestações clínicas das doenças infecciosas não são muito diferentes entre elas. Tal leva a uma dificuldade na sua rápida identificação para proceder ao isolamento da pessoa e consequentemente dificulta a utilização adequada de equipamentos de proteção individual, aumentando deste modo o risco de transmissão de doença. A elevada concentração de pessoas em urgência leva a que o tratamento simultâneo de várias crie grandes obstáculos para o cumprimento das práticas de prevenção de infecção. Outro dos obstáculos ao seu cumprimento é o internamento de pessoas em ambientes, como os corredores e salas não destinadas para esse efeito. Por último a rotatividade das pessoas sobrecarrega os profissionais responsáveis pela desinfeção e limpeza dos espaços levando à persistência de microorganismos infecciosos (Liang et al., 2018).

Durante o meu percurso no serviço de urgência senti na equipa um grande esforço para o cumprimento das práticas de prevenção de infecção. Após questionar alguns elementos da equipa sobre esta temática, os mesmos partilharam as suas dificuldades, identificando como obstáculos para o cumprimento das práticas de prevenção de infecção a grande afluência de pessoas e a utilização de corredores para fins de internamento, onde não se consegue manter a distância adequada entre as pessoas alvo dos nossos cuidados. Outra das dificuldades identificada é a falta de recursos humanos. Neste serviço específico um enfermeiro fica distribuído tanto para realizar a transferências de pessoas, como para internamentos e realização de exames e fica distribuído por todo o excedente de macas de internamento em corredor da sala de observações. Apesar de todos os constrangimentos e dificuldades sentidas procurei sempre cumprir as práticas de prevenção de infecção e alertar a equipa para a sua importância. Uma das práticas fundamentais é a higiene das mãos permanecendo como

pilar mais importante para prevenir a transmissão de infecção. Quando os microorganismos persistem na nossa pele pela higiene das mãos ser inadequada, os profissionais de saúde podem transmiti-los facilmente a outras pessoas através do contato direto com ele ou através da interação com o ambiente do mesmo (Liang et al., 2018). Como tal todos os profissionais procuram cumprir a higienização das mãos e o serviço dispõe de vários pontos espalhados com dispensadores de desinfetantes de base alcoólica que permite mais adesão à higienização das mãos.

A dotação de enfermeiros tem impacto na qualidade de cuidados oferecidos à população. A escassez de enfermeiros provocada pelas restrições financeiras do país tem sido um problema crescente que se reflete na qualidade dos cuidados, na ocorrência de eventos adversos tais como erros de medicação, quedas, infeções associadas aos cuidados de saúde e nos reinternamentos. Posto isto, é necessário assegurar nos serviços as dotações seguras de enfermeiros aumentando deste modo a qualidade dos cuidados bem como a segurança dos mesmos. A dotação segura de enfermeiros deve ser sustentada por métodos de organização de recursos humanos (Amaral et al., 2018).

Evidências demonstram que apesar dos desafios operacionais e ambientais únicos dos serviços de urgência, é possível alcançar uma prevenção eficaz nestes serviços embora se demonstre que não será possível sem custos, sem compromissos, ou sem investimento em investigação e novas abordagens para alcançar esta prevenção eficaz e consequentemente a excelência dos cuidados (Liang et al., 2018).

Este percurso realizado em ambos os contextos de estágio permitiram-me compreender a forma como o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é importante na prevenção e controlo da infeção e de que forma as auditorias, neste caso específico à pneumonia associada à intubação, são cruciais para a melhoria da qualidade dos cuidados bem como para a diminuição das taxas de infeção nas nossas instituições de saúde. O enfermeiro especialista tem um papel crucial, quer pelo seu perfil profissional quer pela natureza específica dos cuidados que presta, e desta forma tem um papel importante de permanecer atento às potenciais formas de propagação de microrganismos, seja por meio dos profissionais de saúde, das pessoas ou das visitas.

Deste modo considero ter alcançado a competência proposta que descreve que o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica deve ser capaz de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência

orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho), bem como reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua fazendo parte, não só, mas também, de auditorias clínicas (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro).

4. Conclusão

Após a análise detalhada de todo este percurso formativo, procurei no presente relatório de estágio apresentar uma descrição detalhada e uma análise aprofundada das competências adquiridas ao longo do mesmo. O presente documento relaciona todos os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso formativo, quer nas várias disciplinas lecionadas quer no estágio final realizado, visando o desenvolvimento das competências necessárias como futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

A elaboração do presente relatório, assim como todo o percurso do estágio, teve como base a análise reflexiva, a qual permitiu, durante a fase prática do estágio, interiorizar de modo mais eficaz as experiências vivenciadas e, durante a fase de elaboração do relatório, a explanação e análise dessas mesmas vivências.

De salientar a importância do desenvolvimento do trabalho de investigação realizado no contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados pelo aprofundamento de conhecimentos sobre a temática, permitindo-me também melhorar as minhas práticas clínicas. Por outro lado, a concretização deste trabalho permitiu-me desenvolver as competências em investigação proporcionando-me a realização de todas as etapas necessárias para a elaboração de um artigo científico que tem como posterior objetivo a sua publicação em revista científica.

Neste percurso formativo considero como aspetos facilitadores do processo de desenvolvimento a minha experiência profissional, mas principalmente a orientação e disponibilidade de todos os enfermeiros orientadores que acompanharam todo este processo nos contextos de estágio por onde passei. Das limitações identificadas destaca-se a dificuldade em conciliar a gestão de horários durante todo o percurso, especificamente a gestão dos horários em contexto de estágio às quais acrescem todas as horas realizadas em contexto profissional, que se revela por vezes um aspeto desmotivador. No entanto, estas dificuldades quando encaradas como desafios, proporcionam momentos de aprendizagem, os quais permitiram o desenvolvimento das capacidades de gestão de tempo e planeamento do trabalho, assim como o aumento da capacidade de resiliência.

Considero que o percurso realizado foi uma mais-valia para a obtenção das competências necessárias para uma prestação de cuidados especializada, que se quer baseada em evidência científica tendo em vista a melhoria da qualidade de cuidados e a excelência dos mesmos. Deste modo considero ter atingido os objetivos propostos, com a convicção

que continuarei a exercer a minha profissão de forma empenhada e na busca da constante evolução enquanto profissional através da procura destas formações superiores, cujos conhecimentos fornecidos considero serem importantes para um profissional experiente que pretenda adquirir conhecimentos formalmente especializados.

5. Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alecrim, R. X., Taminato, M., Belasco, A., Longo, M. C. B., Kusahara, D. M., & Fram, D. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 521–530. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0473>
- Alves, R. M. D. S., & Ribeiro, R. C. (2023). A terapia intensiva e os diferentes sentidos de vulnerabilidade. *Critical Care Science*, 35(1). <https://doi.org/10.5935/2965-2774.20230317-pt>
- Amaral, C., Ferreira, M., Araújo, N. M. F., & Silveira, R. (2018). Dotação segura para a prática de enfermagem: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista investigação em enfermagem*, 24, 9–22.
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support: Student course manual* (Tenth edition). American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2016). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular- Manual do profissional*.
- APEGEL. (2009). *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- Barros, F. D. A. D. M. D., & Sousa, P. P. (2021). Vivências da família do potencial dador de órgãos e tecidos: Revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 13(2), 13-20 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2021.9527>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Beshay, M., Mertzlufft, F., Kottkamp, H. W., Reymond, M., Schmid, R. A., Branscheid, D., & Vordemvenne, T. (2020). Analysis of risk factors in thoracic trauma patients with a comparison of a modern trauma centre: A mono-centre study. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00324-1>
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C.-E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Pova, P., Bouadma, L., Timsit, J.-F., & Zahar, J.-R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Bukowski, H. (2019). Self-Knowledge. Em V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–7). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2004-1

- Caldeiras, C. (2023). *Tratamento das complicações neurológicas após Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (parte 1)*. <https://doi.org/10.48684/6FN1-0642>
- Camelo, S. H. H. (2012). Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 192–200. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>
- Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. D. S., & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567–572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Chiavenato, I. (2014). *Introdução à teoria geral da administração*. Editora Manole.
- Costa, A. P. B. de P. M. da. (2013). Liderança – a arte de fazer seguidores. Em *Gestão em organizações de saúde*. Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Decreto-Lei nº 74/2006, Diário da República n.º 60/2006, Série I-A (24 de Março).
- Despacho nº 5613/2015, Ministério da Saúde, Diário da República n.º102/2015, Série II (27 de Maio).
- Despacho nº 9390/2021, Ministério da Saúde, Diário da República n.º187/2021, Série II (24 de Setembro).
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República n.º153/2014, Série II (11 de Agosto).
- Dias, L. (2023). *Fatores que influenciam a evolução do Acidente Vascular Cerebral hemorrágico*. <https://doi.org/10.48684/CB7M-1B85>
- Direcção-Geral da 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>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infecções e de resistência aos antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (021/2015)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Entidade reguladora da saúde. (2021). *Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde*. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf
- European Stroke Organisation. (2018). *Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030*. Bruxelas. <http://www.safestroke.eu>

- Freeman-Sanderson, A., Morris, K., & Elkins, M. (2019). Characteristics of patient communication and prevalence of communication difficulty in the intensive care unit: An observational study. *Australian Critical Care*, 32(5), 373–377.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.09.002>
- Gelbcke, F. L., Souza, L. A. D., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: Reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>
- Grupo Português de Triage. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes. Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. <https://www.grupoportuguestriage.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Jacobs, B. B. (2001). *Respect for Human Dignity: A Central Phenomenon to Philosophically Unite Nursing Theory and Practice through Consilience of Knowledge*. 24(1), 17–35.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. Aromataris E, Munn Z. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Knihs, N. D. S., Leitzke, T., Roza, B. D. A., Schirmer, J., & Domingues, T. A. M. (2016). Compreensão da vivência da família frente à hospitalização, morte encefálica e entrevista para doação de órgãos/ Understanding the experience of family facing hospitalization, brain death, and donation interview. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1520. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.26060>
- Kozian, A., & Kretschmar, M. A. (2022). Chapter 33—Thoracic Trauma. Em *Cohen's Comprehensive Thoracic Anesthesia* (pp. 488–500). Edmond Cohen.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323713016000330>
- Lei nº 12/93, Diário da República n.º 94/1993, Série I-A (22 de abril).
- Lei nº 25/2012, Diário da República n.º 136/2012, Série I (16 de Julho).
- Lei nº22/2007, Diário da República n.º124/2007, Série I (29 de Junho).
- Liang, S. Y., Riethman, M., & Fox, J. (2018). Infection Prevention for the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(4), 873–887.
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESCTEC.
www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578 Páginas.
<https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2022.11696>

- Manuel, A., Solberg, S., & MacDonald, S. (2010). Organ Donation Experiences Of Family Members. *Nephrology Nursing Journal*, 3(37), 229–237.
- Manzo, B. F., Brasil, C. L. G. B., Reis, F. F. T., Corrêa, A. D. R., Simão, D. A. D. S., & Leite Costa, A. C. (2019). Segurança na administração de medicamentos: Investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros. *Enfermería Global*, 18(4), 19–56. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. Em *Nursing Theoris and Nursing Practice* (4.^a ed.).
- Menegon, F. H. A., Santos, J. L. G. D., Gonçalves, N., Vargas, M. A. D. O., Klock, P., & Amestoy, S. C. (2022). Envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão no ambiente hospitalar: Revisão integrativa da literatura. *Journal of Nursing and Health*, 12(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2255>
- Modrykamien, A. M. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32(4), 534–537. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1635413>
- Momennasab, M., Shaker Ardakani, M., Dehghan Rad, F., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
- Morais, O. M. D., Mata, C., Fernandes, M. D. F., Monteiro, M. D. F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: Terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem Teoria e Prática* (1.^a ed.). Lidel.
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. D. S. (2018). Reflective practice and vocational training: Theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Oliveira, M. S. de, Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B., & Borges, B. (2012). *Situação de exceção (Manual TAS)* (1.^a ed.).
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Patil, S., Rossi, R., Jabra, D., & Doyle, K. (2022). Detection, Diagnosis and Treatment of Acute Ischemic Stroke: Current and Future Perspectives. *Frontiers in Medical Technology*, 4, 748949. <https://doi.org/10.3389/fmedt.2022.748949>

- Peres, A. M., & Ciampone, M. H. T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(3), 492–499. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Em *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Pina, E., Pina, E., & Sousa-Uva, M. de. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. Em *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2.^a ed., pp. 137–159). FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-10.pdf>
- Portaria n° 141/2018, Diário da República n.º 96/2018, Série I (18 de maio).
- Ralph, A., Chapman, J. R., Gillis, J., Craig, J. C., Butow, P., Howard, K., Irving, M., Sutanto, B., & Tong, A. (2014). Family Perspectives on Deceased Organ Donation: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *American Journal of Transplantation*, 14(4), 923–935. <https://doi.org/10.1111/ajt.12660>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Regulamento n° 140/2019, Diário da República n.º26/2019, Série II (6 de fevereiro).
- Regulamento n° 429/2018, Diário da República n.º135/2018, Série II (16 de julho).
- Relster, M., Nielsen, S. H., Thrysøe, L., Dieperink, K. B., Nielsen, D. S., & Tolstrup, L. K. (2023). Transition from masters of nursing to clinical practice. *Nurse Education Today*, 128, 105882. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105882>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Nursing care quality: A study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline:reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Rosa, C. D. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft Skills: Desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57). <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). *A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: Uma revisão sistemática*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6467213>
- Santos, J. (2023). Advanced Nursing: Remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 84–91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

Saranteas, T., Kostroglou, A., Anagnostopoulos, D., Giannoulis, D., Vasiliou, P., & Mavrogenis, A. F. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *SICOT-J*, 5, 28. <https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028>

Schober, M. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*. Switzerland: International Council of Nurses.

Sikora, A., & Zahra, F. (2023). Nosocomial infections. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559312/>

Silva, R. M. D. O., Cordeiro, A. L. A. O., Fernandes, J. D., Silva, L. S. D., & Teixeira, G. A. D. S. (2014). Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 362–366. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400060>

Silva, S. C. D., & Taveira, L. D. M. (2021). *Como o enfermeiro auditor pode influenciar na qualidade assistencial*. 4(9), 1–14. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5079747>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Universidade Católica Portuguesa. (2022). *Ficha da unidade curricular «Estágio Final e Relatório»*.

Universidade Católica Portuguesa. (2023). *Mestrado em Enfermagem—Regulamento Geral*.

Valente, M., Catarino, R., & Ribeiro, H. (2012). *Emergências Trauma (Manual TAS)* (1.^a ed., Vol. 2). Instituto Nacional de Emergência Médica.

Watson, J. (2018). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>

Will, R. C., Geremias Farias, R., Pereira De Jesus, H., & Rosa, T. (2020). Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. *Nursing (São Paulo)*, 23(263), 3766–3777. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3766-3777>

6. Apêndices



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

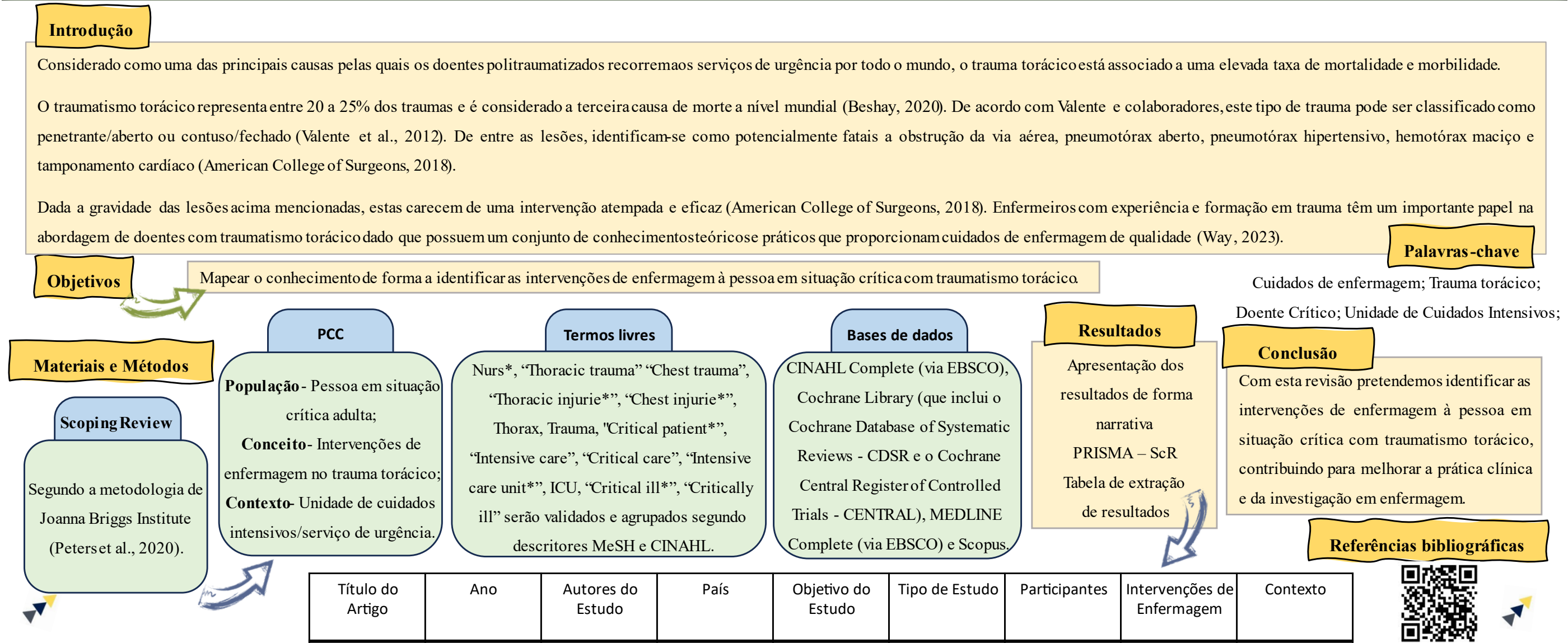
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

24 de novembro 2023 | 09H30-17H00

Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico: protocolo deoping review

Marta Yarynych^{1,2}; Sónia Patricia Rodrigues Bastos^{1,2}; Susana Sofia Abreu Miguel³

1. Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Faculdade de Ciências de Saúde e Enfermagem, UCP, Lisboa. 2. Hospital Santa Maria – Centro hospitalar Universitário Lisboa Norte. Lisboa, Portugal3. Faculdade de Ciências de Saúde e Enfermagem, UCP, CHIS. Lisboa, Portugal



7. Anexos

7.1. Anexo I

 CATOLICA ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA	VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social
<u>CERTIFICADO</u>	
Certifica-se que Sónia Patrícia Rodrigues Bastos, apresentou o Póster n.º 14 com o tema “Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica com traumatismo torácico: protocolo de scoping review”, em coautoria com Marta Yarynych e Susana Sofia Abreu Miguel no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, <i>Campus da Palma de Cima</i>, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.	
Lisboa, 24 de novembro de 2023.	
A Diretora Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP  Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN Professora Associada	
Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal	

7.2. Anexo II

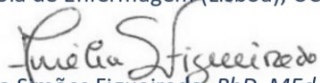


VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Sónia Patrícia Rodrigues Bastos - estudante n.º 192022048, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



