

Relatório de Estágio:

Abordagem Especializada do Doente Crítico

6º Curso de Mestrado Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Elisabete Guerra Garcia

Leiria, abril de 2020

Relatório de Estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico

6º Curso de Mestrado Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Apresentado ao Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Elisabete Guerra Garcia N:5170019

Professora Orientadora:

Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, abril de 2020

“a principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas não simplesmente repetir o que outras gerações já fizeram. Homens que sejam criadores, inventores, descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo que a elas se propõe”

(Piaget, 1982, p.246)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria dos Anjos Dixe

...pela disponibilidade, sabedoria, partilha, espírito encorajador e persistência.

Aos Enfermeiros Orientadores

...que com a sua postura de facilitadores e motivadores da aprendizagem, me permitiram crescer enquanto enfermeira e pessoa...

Ao meu Marido e aos meus Pais

...pela paciência, pela disponibilidade para ouvir e estar presente, pelo carinho, pela motivação e coragem transmitidas. Obrigado por contribuírem para o enriquecimento do meu ser. Obrigado por me ouvirem quando nem sempre o que tinha para dizer era agradável....

Obrigado por tornarem as minhas horas mais produtivas...

Aos meus Grandes e Verdadeiros Amigos

...pelo apoio incondicional e ajuda, pela amizade, pela compreensão da falta de disponibilidade e atenção, pelo apoio nos momentos menos fáceis.

A Todos

...que de alguma forma, contribuíram para o alcançar deste grande objetivo.

E a Mim

...pela persistência e coragem, para chegar a este momento...

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

CDC - Circuito do Doente Crítico

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC - Ensino clínico

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

GCL - PPCIRA – Grupo de Coordenação Local - Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

HCN - Horas de Cuidados Necessárias

HDS – Hospital Distrital de Santarém

HVFX – Hospital de Vila Franca de Xira

ICN - International Council for Nurses

JCI - Joint Commission International

OE - Ordem dos Enfermeiros

MEDFART - Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

MEPSC - Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NAS – Nursing Activities Score

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

NEWS - National Early Warning Score

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA - Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SE – Sala de Emergência

START – Simple Triage and Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TISS 28 - Therapeutic intervention scoring system

TRTS -Triage Revised Trauma Score

TSFR – Técnica de substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCInt - Unidade de Cuidados Intermédios

VNI – Ventilação não invasiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....	15
1. ENSINO CLÍNICO – CARATERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO.....	16
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	17
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	20
1.3 UNDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS.....	23
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO.....	26
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	26
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade.....	30
2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados.....	36
2.1.4 Domínio das aprendizagens profissionais.....	38
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECILISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	41
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	41
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	50
2.2.3 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.....	53
CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
PARTE II –	66
RESUMO	67
ABSTRACT	68
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	69
2. METODOLOGIA	72
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	72
2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	72
2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	73
2.4. RESULTADOS	75
2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	82
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
REFLEXÃO FINAL ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	87

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da Estratégia PICOD	72
Quadro 2 – Equação Aplicada na Base de Dados	74
Quadro 3 – Descrição dos Estudos Incluídos na Revisão	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Inclusão dos estudos	75
---	----

RESUMO

O desenvolvimento das competências profissionais e pessoais em enfermagem emergem de processos complexos de ação e reflexão sobre todo o agir, no qual o saber empírico e o conhecimento científico são estruturados e alvo constante de reflexão, permitindo assim, a articulação dos conceitos teóricos com a dinâmica do quotidiano do “cuidar”. Torna-se fulcral no contexto de enfermagem a atualização constante de “saberes”, tornando-os saberes cada vez mais especializados.

O presente relatório descreve, com recurso a um processo reflexivo, os contributos fundamentais de três ensinamentos clínicos realizados em contexto de um serviço de urgência geral, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios, para o desenvolvimento e aquisição de competências na Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica centra-se na antevisão da instabilidade hemodinâmica e no risco de falência orgânica, focando a atenção do profissional para a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão da dor e a comunicação com o doente/família. Não esquecendo, também, a fulcral importância da prevenção e controlo da infeção e dinamização da resposta em situações de catástrofe.

A segunda parte do relatório é composta por uma Revisão Sistemática da Literatura que teve como objetivo avaliar a eficácia da formação dos profissionais de saúde no aumento de conhecimento teórico e prático na resposta a situações de Catástrofe.

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, revelou-se enriquecedor no desenvolvimento de competências especializadas, conduzindo assim, a um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados, no que respeita à abordagem ao doente crítico.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Competências; Catástrofe

ABSTRACT

The development of professional and personal skills in nursing emerges from the process of action and reflection on all behavior, in which the empirical knowledge and scientific knowledge is structured and a constant target for reflection, thus allowing an articulation of the theoretical concepts with the quotidian dynamic of the "take care". In the nursing context, the constant updating of knowledge becomes crucial, making this knowledge increasingly specialized.

This report describes, using a reflective process, the fundamental contributions of three clinical studies carried out in general emergency services, the Intensive Care Unit and the Intermediate Care Unit, for the development and acquisition of nursing skills on the Person in Critical Situation. The provision of care to people in critical situations centered on the prevention of hemodynamic instability and risk of organ failure, with a focus on professional care for the management and administration of clinical therapeutic protocols, pain management and communication with the patient/family. Not forgetting, also, the central role of the prevention and control of the infection and the dynamization of the response in catastrophe situations.

The second part of the report, it consists of a Systematic Literature Review, which aimed to assess the effectiveness of training health professionals on the increasing theoretical knowledge and practical response to catastrophe situations.

The Master's Course in Nursing for People in Critical Situation, proved to be an enhancer in the development of necessary skills, thus leading to an increase in the quality of nursing care with regard to the approach of critically ill patients.

Keywords: Specialist Nurse; Critically ill; Skills; Catastrophe

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente diferenciados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua total recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As unidades de cuidados intensivos, à semelhança das salas de emergência e unidades de cuidados intermédios, são preconizadas como altamente tecnológicas, dotadas de equipamentos de suporte vital altamente diferenciado, construídas para proporcionar vigilância e suporte vital de vanguarda. De forma a proporcionar a diferenciação e a especialização desses locais são indispensáveis recursos humanos igualmente especializados e diferenciados. Neste sentido, o desenvolvimento de competências e conhecimento dos contextos específicos são essenciais, requerendo uma comunidade de instituições vocacionadas e dirigidas para a satisfação de tais necessidades.

Dando resposta a estes pressupostos, a Escola Superior de Saúde de Leiria, assume essa missão, desenvolvendo e lecionando o Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC). Neste, procura-se proporcionar aos seus estudantes a oportunidade de conhecer e interagir com contextos complexos e promotores de oportunidades de aprendizagem que permitam desenvolver e garantir a prestação de cuidados de enfermagem seguros e diferenciados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Surge deste modo, o presente relatório, no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, com vista à obtenção do grau de Mestre, inserido no plano de estudos do segundo semestre do segundo ano do curso supracitado. O presente documento procura explorar o percurso do 6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, especificamente, os períodos de ensino clínico e o meu desenvolvimento enquanto aluna no decorrer dos mesmos.

Este relatório tem como objetivo, descrever de forma crítico-reflexiva as intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, refletindo sobre o desenvolvimento de competências e práticas do cuidar à pessoa em situação crítica e respetiva família.

A realização deste documento alicerçou-se no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), bem como no Regulamento de Competências Específicas

do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018). Salienta-se que a base teórica da enfermagem, como disciplina, permite aos profissionais, autonomia, orientando a sua prática, ensino e investigação. Por isto, as teorias de enfermagem, são fundamentais na construção das várias etapas do Processo de Enfermagem e sua colocação em prática.

Importa, também, ter presente que a vivência de situações que alteram a rotina quotidiana das pessoas, nomeadamente, o seu continuo saúde-doença, podem transtornar o seu equilíbrio ou precipitar uma eventual descompensação do mesmo. Neste sentido, concordando com Meleis (2010), considero que as pessoas podem sofrer múltiplas transições ao mesmo tempo, sendo a transição saúde doença especialmente importante neste contexto. A pessoa passa de um estado de aparente saúde para uma situação onde o seu controlo sobre a situação está extremamente limitado.

Existe, cada vez mais, a necessidade de se evoluir para uma Enfermagem Avançada, permitindo uma maior sistematização das intervenções capazes de promover mudanças significativas nos recursos das pessoas de forma competente com as suas transições (Meleis, 2012).

De modo a evoluir para uma prática de enfermagem mais avançada, foram realizados ensinamentos clínicos entre Maio de 2018 e Fevereiro de 2019 em três locais: o Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém (HDS), a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX) e a Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) do HDS.

No que diz respeito à estrutura o presente relatório, o mesmo está dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pela apresentação, discussão dos objetivos e atividades que levaram ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e a segunda parte pela Revisão Sistemática da Literatura subordinada ao tema: “Eficácia da formação dos profissionais de saúde no aumento de conhecimento teórico e prático na resposta a situações de Catástrofe.”

A escolha do presente tema para a realização deste estudo prendeu-se, essencialmente, com dois motivos. O primeiro diz respeito ao facto de ser da responsabilidade do enfermeiro especialista na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, não só no que diz respeito à ação “*in loco*”, mas

também, no planeamento da resposta a estas situações. O segundo deve-se à perceção durante os ensinamentos clínicos que ainda não é dada a devida importância a estes assuntos, quer por parte dos profissionais de saúde, como também, das instituições.

Em relação à metodologia, serão expostas vivências e reflexões sobre situações reais do contexto enquadradas e fundamentadas à luz da bibliografia científica. O presente relatório foi redigido tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria e o novo acordo ortográfico.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. ENSINO CLÍNICO – CARATERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O conceito de competência é assente num conjunto de saberes, indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência do exercício profissional adquiridas ao longo do tempo, e que, sobressai em determinadas situações do contexto laboral. É um saber agir complexo que se alicerça na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação. O saber profissional de Enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atividades, mas abarca igualmente a capacidade de adaptar o seu agir à situação complexa. (OE, 2017)

Os contextos clínicos são o local indicado e adequado para a construção de saberes e atitudes profissionais de forma a relacionarem os conteúdos de natureza académica com a prática, permitindo assim a construção do saber cognitivo (Alarcão & Rua, 2005).

No plano curricular do 6º MEPSC, encontra-se prevista a realização de três ensinamentos clínicos: I – Serviço de Urgência (SU), ensino clínico II - Unidade de Cuidados Intensivos e ensino clínico III (opcional), e cuja escolha pessoal recaiu sobre a Unidade de Cuidados Intermédios.

Estes serviços são considerados serviços de “vanguarda”, pelas singularidades que encerram e pelo tipo de doentes que recebem, o que fez deles excelentes campos onde foi possível o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências no cuidado ao doente crítico, bem como a procura de conhecimento científico que sustentasse a minha atuação.

Estas competências passam, não só pelo manuseamento de equipamentos altamente diferenciados, mas também, pela avaliação do doente crítico, o que permite o planeamento e execução do plano de cuidados que levam ao restabelecimento da sua condição de saúde.

Pode afirmar-se, assim, que os ensinamentos clínicos são componentes fundamentais ao desenvolvimento de uma prática especializada, permitindo aplicabilidade de conhecimento adquirido na academia, bem como, o confronto com novas realidades institucionais e profissionais, incentivando à reflexão sobre as mesmas.

A descrição da estrutura física e organizacional dos campos de ensino clínico, torna-se assim fundamental, bem como a caracterização de cada serviço.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) tornou-se no decorrer do tempo na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde, caracterizando-se por um contexto de intervenção onde impera a imprevisibilidade e a adaptação constante, exigindo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica uma resposta eficaz e eficiente em tempo útil visando permanentemente a qualidade dos cuidados de Enfermagem (Noivo, 2015).

O ensino clínico decorreu no período de 21 de Maio a 15 de Julho de 2018 no HDS, no seio do Serviço de Urgência, situado no piso 0, a sudeste da entrada principal. O hospital em causa, tem uma área de influência que se estende de Rio Maior a Coruche, contemplando: Santarém, Golegã, Alpiarça, Chamusca, Almeirim, Cartaxo, e Salvaterra de Magos. A par destes concelhos, presta ainda cuidados a todos os doentes, que em trânsito, sejam admitidos no seio do serviço de urgência e/ou para o hospital referenciados.

Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de receção das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar alocadas a hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (DGS, 2001). Segundo a mesma entidade o SU do HDS funciona como serviço de urgência médico cirúrgico.

No que respeita a números, no ano de 2017, segundo o relatório de Gestão e contas do HDS de 2017 o SU teve um total de episódios registados de 129.404. Após a triagem as prioridades atribuídas foram: Vermelhos: 367; Laranjas:14.857; Amarelos: 45.5747; Verdes: 51.299; Azuis: 511; Brancos: 1.764; sem triagem: 4.748.

O Serviço de Urgência Geral (SUG) está integrado no Departamento de Urgência que além do SUG, comporta o Serviço de Cuidados Intermédios e a Viatura Medica de Emergência e Reanimação. A equipa de recursos humanos é distinta em cada serviço. No momento do ensino clínico, a equipa de Enfermagem era constituída por cinquenta e sete enfermeiros, organizados em cinco equipas, dos quais quatro são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A coordenação e gestão do serviço é da responsabilidade da enfermeira chefe, também ela enfermeira especialista em EMC.

O enfermeiro chefe do SU elabora um plano semanal, onde nomeia os chefes de equipa para cada turno, sendo da responsabilidade destes a distribuição dos restantes elementos da sua equipa pelas áreas de trabalho. A distribuição da equipa em cada turno é realizada na sala de

pausa, e é neste momento em que toda a equipa está reunida, que são transmitidas as informações relevantes a cerca de novos procedimentos, novas orientações e formações.

Este método torna-se mais eficaz uma vez que, cada chefe de equipa conhece bem as capacidades individuais de cada elemento da sua equipa, tendo autonomia para fazer esta distribuição e/ou alterá-la perante a particularidade de cada turno que inicia. A distribuição por turno é realizada por áreas de trabalho, estando estipulado doze enfermeiros no turno da manhã e tarde e nove no turno da noite. Habitualmente, o chefe de equipa não está alocado a uma área específica sendo a sua função apoiar e supervisionar a equipa, com exceção do turno da noite, onde por norma, tem à sua responsabilidade a prestação de cuidados aos doentes admitidos na Sala de Emergência.

De acordo com o parecer conjunto N.1/2017 do Concelho de Enfermagem e Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017a), o profissional com melhor preparação e com competências na área da gestão para ser responsável de turno, é o enfermeiro especialista. No entanto na ausência deste ou na inadequação à função poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que com comprovada competência para a função. No SU apenas existem quatro enfermeiros especialistas em EMC e, atualmente, a equipa está subdividida em 5, não existindo a possibilidade de todas elas serem chefiadas por enfermeiros especialistas. Existe, no entanto, a preocupação de que sejam chefiadas por um elemento de comprovada competência dada a complexidade do serviço em causa.

São considerados postos de trabalho: triagem, balcão de verdes e azuis, sala de emergência, pequena cirurgia, ortopedia, sala de tratamentos 1, sala de tratamentos 2, sala de tratamentos 3, sala de tratamentos 4 e “internados”. Consoante o número de doentes “internados” no serviço de urgência a aguardar vaga no serviço de internamento, o chefe de equipa aloca mais elementos ou retira os mesmos para as restantes áreas. Em períodos de maior afluência, quando os serviços de destino diminuem a sua capacidade de resposta, a equipa é reforçada por elementos de outros serviços, nomeadamente enfermeiros do departamento médico-cirúrgico.

No que diz respeito ao cumprimento da norma das dotações seguras, a ordem dos enfermeiros (2014) afirma que deve promover-se a avaliação das Horas de Cuidados Necessárias (HCN) através de métodos específicos, de cálculo para tornar mais consensual o valor de referência das HCN. Nos SU considera-se um guia a utilização das HCN, tendo o valor das unidades de cuidados intermédios como referência mínima. Assim, em cada, “posto de trabalho” encontra-

se, habitualmente, 1 enfermeiro de triagem, 1 no balcão de verdes e azuis, 1 na sala de emergência, 2 de cirurgia e pequena cirurgia, ortopedia/ sala de gessos, 1 na Sala de tratamentos 1, 1 na sala de tratamentos 2, 1 na sala de tratamentos 3, 1 na sala de tratamentos 4 e 1 na área designada de “internados”, 1 elemento de chefe de equipa e um elemento de apoio”. Na eventualidade de existirem elementos suficientes, a “área cirúrgica” recebe mais um elemento ou a “área medica”, consoante a afluência.

Por forma a responder aos objetivos do ensino clínico, realizei a maioria dos turnos na sala de emergência (SE), e ainda dois turnos de gestão e dois de triagem. A SE está numa posição central permitindo o acesso fácil, tanto para os doentes vindos do exterior, como para os doentes provenientes das restantes áreas do S.U, oriundos das salas de exames complementares de diagnóstico, ou serviços de internamento. O facto de se tratar de um *Open Space* torna a vigilância dos doentes mais abrangente, não desprimorando, contudo, a privacidade dos mesmos.

A prestação de cuidados na SE é da responsabilidade do enfermeiro distribuído a este posto, que é apoiado pelo enfermeiro alocado à área cirúrgica e pelo enfermeiro que assume a coordenação da equipa de enfermagem e/ou de apoio. O enfermeiro chefe de equipa é muitas vezes solicitado a este posto, uma vez que é aqui que são prestados os cuidados mais emergentes, e que necessitam de maior diferenciação. No que respeita aos enfermeiros alocados à SE, não existe obrigatoriedade formativa para os elementos que assumem a responsabilidade do doente emergente, sendo aqui fulcral o conhecimento do enfermeiro chefe de equipa sobre os elementos que coordena, por forma a garantir a segurança dos doentes admitidos.

No que diz respeito à equipa médica, é da responsabilidade do chefe de equipa atribuir a um elemento da sua equipa responsabilidade de avaliação e encaminhamento do doente admitido na SE, mas muitas vezes esta distribuição não é realizada. Acaba por ser forçado a assumir essa responsabilidade o elemento que estiver disponível no momento. Relativamente às emergências cirúrgicas e ortotraumatológicas, verifica-se que habitualmente não existe nenhum elemento especificamente designado para a observação destas situações na SE, deslocando-se a equipa disponível no momento. Sempre que é necessário o apoio por outras especialidades existentes no hospital, nomeadamente, Cardiologia, Imagiologia, Anestesiologia e os Medicina Intensiva,

este contacto é realizado através dos números de contacto internos disponibilizados na escala diária disponível na Intranet.

Em termos estruturais, a SE é constituída por três unidades equipadas com rampa de oxigénio, de ar comprimido e de aspiração, monitor de sinais vitais, seringas infusoras e um ventilador mecânico de transporte. Encontram-se ainda à cabeceira do doente três gavetas organizadas com material de abordagem da via aérea, ventilação e circulação. Faz ainda parte do equipamento da SE, um ventilador *Philips Respironics V60®* para os doentes que necessitam de ventilação não invasiva (VNI) e um carro de emergência com monitor/desfibrilhador.

Segundo o gabinete de estatística do HDS, durante o período temporal do referido ensino clínico deram entrada neste espaço cerca de 400 doentes, na sua maioria do sexo masculino da faixa etária predominante entre os 80 e 90 anos. A prioridade da triagem de Manchester mais frequente é a Laranja (Muito Urgente) e as principais causas de admissão são a Dispneia e a Dor Torácica.

É ainda de referenciar, que o sistema informático utilizado no serviço de Urgência é o Alert®, um sistema que considero intuitivo e de fácil familiarização. Os registos foram efetuados de acordo com a abordagem ao doente de acordo com a metodologia “ABCDE”. A integração no espaço físico foi facilitada pela observação da dinâmica de cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar. A visita inicial ao serviço com a Enfermeira chefe, permitindo a consulta da documentação existente no mesmo, nomeadamente, instruções de trabalho, protocolos e projetos futuros em fase de desenvolvimento, foi uma mais-valia para uma adequada integração no SU e um ponto de partida de indagação de pontos onde pudesse focar mais a minha atenção e desenvolver as competências pretendidas.

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

As unidades de cuidados intensivos devem ter a capacidade de promover uma abordagem global, integrada e multidisciplinar do doente. A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e distinta das Ciências Médicas, que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que se encontram em falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) (Ordem dos Médicos, 2003).

O ensino Clínico II decorreu no período de 10 de Setembro de 2018 a 16 de Novembro de 2018 na Unidade de Cuidados Intensivos do HVFX.

O Hospital Vila Franca de Xira tem como missão a promoção e a prestação de serviços de saúde à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. A UCI situa-se no segundo piso deste hospital, no mesmo piso do Bloco Operatório e próximo do SU, tal como recomendado pelo Ministério da Saúde (2013), no Relatório Final de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivo.

O Ministério da Saúde (2017), afirma que existem diversas terminologias utilizadas para a caracterização do nível de assistência médica que se encontra disponível ao serviço da Pessoa em Situação Crítica, existindo três níveis de classificação, estando estes relacionados com as valências disponíveis nas unidades hospitalares em que estão inseridas e os meios técnicos e humanos disponíveis. Assim, de acordo com esta classificação, a UCI onde desenvolvi o meu ensino clínico, designa-se como Unidade de nível III. As camas de nível III são designadas à admissão de doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico.

A UCI é composta por oito unidades individualizadas, com divisórias estanques em vidro. Em termos físicos apresenta ainda uma estação de trabalho de enfermagem, uma sala de armazenamento de consumíveis clínicos e fármacos, possui ainda, uma sala de limpos e sala de sujos. Uma das 8 unidades, dispõe do equipamento necessário para a realização de dialise intermitente, suprimindo assim as necessidades dos doentes renais crónicos, já em programa de hemodiálise. No que diz respeito à terapêutica de substituição da função renal existem ainda as máquinas *prismaflex* da *Baxter* que permitem a hemodifusão sem recurso a uma estação de tratamento de águas, podendo esta técnica ser realizada em qualquer unidade.

Todas as unidades dispõem de uma cama, uma mesa de apoio, um ventilador mecânico (de referir que não dispõe do mesmo tipo de ventiladores em todas as unidades), uma luz direcionável, uma torre com material de oxigenoterapia e aspiração e uma gaveta com consumíveis clínicos. Estão ainda equipadas com três bombas infusoras e três seringas infusoras, um monitor com módulos que permitem a avaliação de pressão arterial invasiva (através de linha arterial), pressão venosa central, entre outras funções vitais à monitorização hemodinâmica do doente crítico. Cada um destes monitores encontra-se conectado em rede com

a central de vigilância, permitindo o controlo em tempo real e observação das alterações de todos os doentes internados.

A UCI encontra-se diretamente ligada à unidade de cuidados intermédios polivalente. As duas unidades partilham recursos materiais e humanos. A equipa médica é constituída por 5 médicos residentes em conjunto com prestadores de serviços externos à instituição. A equipa de enfermeiros atualmente é constituída por 39 elementos, nos quais se incluem a enfermeira chefe e enfermeiro coordenador. A equipa subdivide-se em 4 equipas com um chefe de equipa e um segundo elemento por cada uma. No seio da equipa existem oito enfermeiros especialistas, três deles em enfermagem de reabilitação e os restantes cinco em Enfermagem Médico-cirúrgica. Dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica três deles prestam cuidados no serviço à menos de 1 ano.

A distribuição dos enfermeiros do serviço pelos postos de trabalho é sempre realizada pelo chefe de equipa presente no turno anterior que tem maior conhecimento sobre os doentes internados, fazendo uma distribuição dos doentes de acordo com o seu grau de dependência e da gravidade do seu estado de saúde. Na unidade são calculadas o número de horas cuidados necessárias quer através do TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*) quer do NAS (*Nursing Activities Score*).

Na atualidade, o emprego de indicadores que avaliem objetivamente a condição clínica do doente, bem como a necessidade de cuidados que requerem, tornou-se fundamental quando se procura otimizar a relação custo-benefício na assistência à saúde. O TISS 28 resulta de uma atualização do TISS, que de acordo com a literatura internacional foi um dos pioneiros a medir a carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI. O NAS resultou de uma atualização do TISS 28 aumentando os itens avaliados por este último, juntando assim à monitorização e controle, procedimentos de higiene e posicionamento, o suporte aos familiares e doente e as atividades administrativas e gerenciais (Queijo & Padilha, 2009). O NAS mostra assim, uma perspetiva mais realista das horas de cuidados de enfermagem prestadas a cada doente.

No que diz respeito ao rácio enfermeiro/doente praticado na UCI, este é sempre de 1:2, podendo assim afirmar-se que estes se encontram de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no que concerne às dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2014).

No que diz respeito ao método de trabalho adotado, constatou-se que se tratava do método individual de trabalho, assumindo um enfermeiro a responsabilidade de dois doentes. Esta

situação vai de encontro ao que afirma Costa (2004) que defende que a totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro afeto ao doente, embora não seja continua a prestação de cuidados de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas qualificações das tarefas quer na gravidade dos doentes internados.

No que respeita a números, a taxa de ocupação da UCI ronda os 70%, com a média de idades dos doentes admitidos entre os 70 e os 80 anos. Os principais diagnósticos de entrada são o choque séptico, status pós cirúrgicos e pneumonia. Os principais locais de proveniência dos doentes internados na UCI são o serviço de Urgência e o Bloco Operatório.

Em termos de registos, a UCI dispõe do programa B-Simple®. Trata-se de um suporte digital que integra e assegura a interoperabilidade de dados com outros sistemas já implementados no Hospital (Glint®), tornando a transferência de doentes um processo menos moroso. Funciona como um integrador de informação que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos, neste caso os monitores.

Para que se obtenham cuidados de enfermagem ajustados às necessidades do doente é necessária uma estrutura organizacional específica, tanto no que diz respeito aos cuidados clínicos como aos recursos físicos e matérias. É, assim, fundamental a existência de protocolos de atuação com o objetivo de uniformizar os cuidados de saúde, auxiliando a tomada de decisão e reduzindo os riscos (Fernandes, 2010).

Durante o ensino clínico tive contacto com os vários protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço e posso afirmar que estes foram um ponto facilitador da minha ação uma vez que tornam as ações mais sistematizadas.

1.3 UNDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

As unidades de cuidados intermédios são locais com capacidade de monitorização e tratamento (humano e instrumental), que permitem prestar cuidados a doentes instáveis com disfunção de órgão e em risco de falência de funções vitais. Comportam um conjunto de meios humanos e técnicos especializados para os doentes que embora não estando em estado muito grave, necessitam de vigilância organizada e sistematizada durante 24 horas.

No HDS, no espaço da urgência geral, foi criada há vários anos uma unidade médico-cirúrgica, que se manteve como área não classificada até ao ano 2017.

A Unidade de Cuidados Intermédios surge no ano de 2017, resultante do trabalho conjunto da equipa multidisciplinar, em conformidade com os pressupostos do Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto, artigo 4º, ponto 6.5 que refere: o Serviço Urgência Médico-cirúrgico “tem uma sala de Emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitam de vigilância organizada e sistemática”.

A UCInt tem como missão prestar cuidados de saúde especializados em situações de doença aguda grave, potencialmente reversível, de acordo com o seu regulamento aprovado em 17 de Julho de 2017 pelo Concelho de Administração do HDS.

A UCInt corresponde a uma unidade de Cuidados Intermédios de nível II de acordo com Direção Geral de Saúde (2003), uma vez que possui médico de chamada 24h, um enfermeiro para cada quatro camas e capacidade para: reanimação; monitorização contínua de eletrocardiografia, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva, cateterização venosa central, ventilação não invasiva, administração e manejo de fármacos vasoativos e trombólise.

A equipa médica residente é composta por cinco médicos, um dos quais assume a funções de médico responsável. Durante o período das 8h às 16h as decisões clínicas são tomadas por dois clínicos enquanto que no período das 16h às 8h estas são asseguradas por um médico residente.

A equipa de enfermagem é formada por vinte elementos distribuídos por cinco subequipas. A chefia é exercida por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Existem ainda, no núcleo da equipa mais cinco enfermeiros especialistas: duas em Enfermagem de Reabilitação, duas em Enfermagem Comunitária e mais uma em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Atualmente, existem ainda três elementos a terminar o seu ciclo de especialidade.

Existe por parte da enfermeira Chefe a vontade de que a chefia de equipa seja desempenhada sempre que possível por enfermeiros especialistas. Em cada contexto, os cuidados à população devem ser planificados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção e mantendo sempre presente que as funções dos enfermeiros especialistas não dependem da natureza flutuante de disponibilidade de recursos humanos ou de opiniões individuais (OE, 2017a).

Apesar dos constrangimentos orçamentais que têm afetado a contratação de recursos humanos, na UCInt há uma preocupação em manter e assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Como foi referido anteriormente, o rácio praticado nesta unidade é no mínimo de 1 enfermeiro para quatro doentes, estando este pressuposto de acordo com Regulamento n:533/2014. Ressalva-se ainda que, sempre que existem necessidades específicas como a presença de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, existe por parte da chefia a preocupação de reforçar a equipa de enfermagem de forma a assegurar uma prestação de cuidados mais segura.

A UCInt é composta por 11 unidades individuais (10+1) - designação mais atual - uma vez que existe sempre uma vaga reservada para os doentes admitidos através da “Via Verde AVC”.

As 11 unidades são dispostas num “*open space*”, encontrando-se no centro físico deste espaço a estação de trabalho de enfermagem. As unidades dispõem de capacidade de monitorização contínua de sinais vitais, e três destas têm capacidade para dar resposta a doente com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva, através dos ventiladores servo-i, que permitem a permanência dos doentes neste local até ser encontrada uma vaga num local mais diferenciado. Para a satisfação das necessidades de ventilação não invasiva, a unidade dispõe de ventiladores *Philips Respironics V60®*. Existe ainda um quarto que dispõe de pressão negativa, de forma a dar resposta aos doentes com necessidade de isolamento.

De acordo com o gabinete de estatística do HDS (2017), a taxa de ocupação desta unidade encontra-se, desde julho de 2017 entre os 70 a 80% (sendo de ressaltar que este número teve um decréscimo ainda não ajustado à realidade atual, uma vez que a partir desta data existe a necessidade de dar resposta à admissão de doentes da “Via Verde AVC”).

As admissões são provenientes maioritariamente da sala de emergência, serviços de internamento e bloco operatório. No período em que desenvolvi o meu ensino clínico tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com multi-patologia, destacando os doentes com insuficiência respiratória, infeções respiratórias, em pós-operatório imediato e doentes com AVC isquémico submetidos a trombólise.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

“A competência tem uma dimensão contextualizada; manifesta uma atuação adaptada à situação.” (Alarcão & Rua 2005, p. 375). Pode dizer-se segundo as mesmas autoras que ser competente implica saber o que fazer especificamente em cada situação. Saber o que fazer em cada situação precisa, implica uma percepção e uma apreciação sobre a situação e uma intencionalidade na ação. Presume, também, uma mobilização das micro - competências adequadas, que funcionam como átomos da competência global.

A formação e o desenvolvimento humano integram um processo constante de apropriação e transformação de saberes, onde os contextos envolventes assumem um papel categórico. Considerando a essência do exercício profissional do enfermeiro e respetivos percursos de formação, compreende-se que os segundos envolvem uma forte componente prática. A formação em contexto da prática consiste num elemento essencial no desenvolvimento das aprendizagens e competências dos estudantes (Martinho, Pires & Carvalho, 2014).

Os ensinamentos clínicos assumem-se como locais privilegiados de contato com a realidade profissional, permitindo-nos enquanto estudantes através das experiências vivenciadas, desenvolver, aperfeiçoar saberes, bem como, tomar consciência dos saberes ainda não desenvolvidos ou aprimorados.

Durante este capítulo faremos uma sinopse das competências desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, com destaque nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização e são demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, com recurso ao suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da Formação, investigação e assessoria (OE, 2011).

Os contextos clínicos são o local indicado e adequado para a construção de saberes e atitudes profissionais de forma a relacionarem os conteúdos de natureza académica com a prática, permitindo assim a construção do saber cognitivo (Alarcão & Rua, 2005).

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Exercer a profissão de Enfermagem requer apropriados conhecimentos científicos e técnicos, como o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, tomando a cabo todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. O profissional de enfermagem deve sempre deliberar sobre quais as técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidado de enfermagem, de forma a potencializar e rentabilizar os recursos existentes (OE, 2015)

Para Nunes (2010) para alcançar o nível de perito é necessário não só saber (correspondendo aos saberes técnicos), mas saber-fazer (englobando as competências práticas). Igualmente importante é o saber-estar (comportando as competências socio-comportamentais).

Enquanto profissionais de saúde assumimos o compromisso de cuidar do indivíduo durante todo o seu ciclo vital, potenciando ao máximo a sua qualidade de vida. Perante os diferentes contextos de prestação de cuidados somos incitados a refletir sobre os diferentes aspetos ético legais como a confidencialidade, a privacidade e o respeito pelas crenças de cada um, sendo estes aspetos considerados uma necessidade e um direito de todos aqueles que beneficiam do nosso cuidado.

No decorrer do EC I, conheci os diversos elementos da equipa de saúde e com o passar do tempo, fui encontrando estratégias de trabalho com a mesma, de forma delinear um plano de cuidados ao doente o mais eficaz possível e mais adaptado à sua singularidade enquanto ser humano.

O contexto de urgência é particularmente despersonalizante. Ao ser admitido, o indivíduo passa a ser o “doente”, perdendo muitas vezes o seu poder de decisão e a sua independência. Além da sua debilidade física, acentua-se a vulnerabilidade passando a sua sobrevivência ser responsabilidade dos médicos e enfermeiros que ali prestam serviço (Chambel, 2012).

O ambiente da sala de emergência tende a intensificar a primazia pelos procedimentos técnicos, uma vez que o doente que ali é admitido, se encontra em estado crítico. A preocupação pela sua situação com a panóplia de alarmes e manuseamento de equipamentos técnicos específicos faz por vezes descurar a importância de uma explicação mais prolongada e pormenorizada sobre o procedimento a efetuar.

Inicialmente, não conhecendo as dinâmicas da sala emergência tornava-se mais difícil ter um cuidado especial e uma atenção mais cuidada ao utente, mas com o decorrer do tempo e a integração na equipa multidisciplinar, considero ter conseguido dedicar mais tempo ao doente e à explicação de procedimentos e com isto, diminuir a ansiedade dos utentes ao meu cuidado. Apesar da complexidade e afluência da sala de emergência, posso afirmar que o respeito pela privacidade do doente era uma constante. As três unidades estão devidamente providas de cortinas, que permitem que todos os procedimentos sejam realizados de forma a respeitar a privacidade de cada utente. A transmissão de informação é realizada na mesma sala, mas num ponto distante aos utentes.

A passagem de turno trata-se de um momento de reunião da equipa de enfermagem, tendo como intuito assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e tendo como finalidade fomentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação. A escolha do local de passagem de turno é gerida em cada espaço físico atendendo às suas características, da forma considerada mais adequada a dar resposta à sua finalidade. Privilegiando a passagem de turno junto do utente, têm que ser acautelados alguns aspetos salvaguardando a privacidade e a confidencialidade de cada um. (OE, 2001a)

A rotina hospitalar é muito complexa, envolvendo o contexto tecnológico, de stress constante da equipa, dos utentes e família, trazendo diversos constituintes éticos e técnicos que precisam ser analisados pelos intervenientes neste processo. Um dos aspetos importantes para a manutenção da privacidade é a interação profissional/utente com recurso a comunicação verbal e não verbal eficaz, estabelecendo assim uma relação de confiança. A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo imprescindível para a manutenção da dignidade. A admissão de um utente na UCI é consequência da deterioração crítica do seu estado de saúde, por isso o cuidado é muitas vezes voltado para os aspetos físicos/técnicos/biológicos, como o controlo e manutenção das funções vitais com ênfase no uso da tecnologia e conhecimentos científicos. O ambiente da UCI pode gerar no utente desconforto, falta de privacidade, perda de autonomia e identidade (Bettelli, Pomatti & Brock, 2010). Durante o EC na UCI deparei-me muitas vezes com estas questões. Enquanto enfermeira em constante contato com o utente, procurei sempre preservar a sua intimidade e a sua privacidade, protegendo partes do seu corpo que não necessitavam de estar expostas, pedindo

a familiares e visitas para se retirarem da unidade sempre que era necessário prestar algum cuidado.

A prestação de cuidados de Enfermagem, promove-se no âmbito de uma relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o Outro (pessoa e/ou família), e os atos profissionais emergem daí numa autêntica relação de cuidado. No centro desta relação encontra-se a proteção da vida humana, sendo da responsabilidade do enfermeiro, agir no sentido de promovê-la, defendê-la e solucionar os problemas de saúde que a ponham em risco ou a afetem (Deodato, 2008).

A responsabilidade manifesta-se em variados aspetos, desde logo, pelo cumprimento de horários, passando pelo assumir responsabilidade das ações e atitudes, e ainda pelo questionar outros quando existem dúvidas, reconhecendo assim os limites das minhas competências e do meu papel. A minha prestação durante os ensinamentos clínicos foi sempre pautada pela assiduidade, pontualidade e assertividade. Procurei ainda, desempenhar funções baseadas numa prática segura de forma a proteger a privacidade dos doentes, manter a confidencialidade e respeitar os seus valores, costumes e crenças.

Segundo Leininger, citada em Moura, Chamilco e Silva (2005), os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, assistem, sustentam e capacitam um indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, saúde, melhorar a sua condição humana e o seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte. A procura pelo equilíbrio, que permite a harmonia de cada indivíduo com o seu próprio eu, é o caminho a trilhar na compreensão do corpo como totalidade de que se encontra submetida à multiplicidade de aspetos, como a religião, lazer e a educação. Leininger, defendia a enfermagem como fenómeno essencialmente cultural que envolve o contexto e o processo de cuidar dos indivíduos de diferentes orientações culturais ou de estilos de vida específicos, dentro de determinada cultura (Moura et al., 2005),

No que diz respeito às questões da privacidade e proteção de informação, deparei-me assim que conheci a UCInt, com um problema. Numa das paredes da unidade existe um quadro com o nome, idade e diagnóstico de todos os doentes que estão internados. Aquela informação facilita a prestação de cuidados, uma vez que se encontra acessível aos profissionais de saúde, mas respeitará a privacidade dos doentes?

As informações relativas à vida de cada pessoa e especialmente a informação relativa ao seu estado de saúde/doença, são uma constituinte fundamental da proteção da privacidade de cada pessoa, originando no profissional o dever do sigilo (Deodato, 2008).

Em debate com a enfermeira orientadora, pode perceber que este é um problema que já mereceu a atenção por parte das chefias e que está a aguardar resolução.

Importa ainda reforçar que o constante desenvolvimento e avanço da tecnologia e ciência, tem-se traduzido imensas vezes em problemas éticos para a prática de enfermagem, confrontando os enfermeiros com a necessidade de uma tomada de decisão ética. Os problemas éticos em saúde são situações que perturbam e alarmam a consciência dos enfermeiros. Esta inquietude resulta do facto de, para dar resposta a estas questões, não existe um caminho linear a seguir que nos leve a uma única resposta inequívoca. Havendo a possibilidade de seguir vários caminhos para alcançar o objetivo final obriga ao exercício de uma deliberação ética. Exige-se assim, dos enfermeiros uma permanente criatividade, pois a resposta tem de ser de longo alcance, a fim de obter práticas de saúde mais corretas (Nora, Deodato, Vieira & Zoboli).

O enfermeiro necessita de solucionar os problemas éticos decorrentes a sua prática, tendo à sua disposição recursos de natureza multidimensional, como elementos éticos, sociais e jurídicos que conferem uma grande incerteza no momento da tomada de decisão. Segundo os autores supracitados, os enfermeiros tentam fundamentar as suas decisões em conhecimentos científicos tendo como foco a satisfação das necessidades do utente, procurando o diálogo em equipa, recorrendo à sua própria experiência profissional, à procura de apoio de *experts*, não esquecendo a importância da formação profissional e dos elementos relacionados com a legislação, regulamentos, normas e procedimentos existentes nos serviços.

2.1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade

Para que a qualidade dos cuidados seja efetiva é indispensável que o enfermeiro se envolva no processo de qualidade (Serrano, 2013).

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que tem um contexto de aplicação local. Evidentemente nem a qualidade em saúde se consegue apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional pode ser negligenciado nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001). As instituições de saúde, assumem-se assim, como elementos ativos na procura e promoção da qualidade em saúde, assegurando aos seus utilizadores um

cuidado de excelência. Cabe às instituições de saúde desenvolver esforços no sentido de adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade (OE, 2001).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, delineamos ações nas quais pudesse proporcionar o meu contributo, procurando a aproximação entre a perspectiva académica e os contextos práticos. Consideramos que, o exercício profissional do enfermeiro, bem como as suas ações devidamente orientadas, são elementos fulcrais na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade.

Neste sistema deve estar subjacente a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados descritivos são aplicados de forma inata nas intervenções de enfermagem, quer sejam elas autónomas ou interdependentes. Partindo destes pressupostos, os padrões de qualidade e as intervenções dos enfermeiros, traduzir-se-ão em ganhos em saúde (OE, 2001).

A gestão dos riscos relacionados à prestação de cuidados de saúde, é assim, um processo coletivo, que visa garantir a maior segurança possível dos doentes, precavendo incidentes, que podem ser frequentemente evitáveis e suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2015).

Na permanência nos contextos clínicos, foram levadas a cabo ações que visassem a maximização da política de segurança, havendo sempre da minha parte, redobrada atenção na manipulação de equipamentos e realização de procedimentos que desconhecia, recorrendo sempre à supervisão e orientação do enfermeiro(a) orientador.

Para dar resposta a este domínio de competências foi essencial a consulta e conhecimento mais aprofundado do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD). Este plano pronuncia-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde e constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores e prestadores de cuidados no estabelecimento de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação, acompanhamento das intervenções identificadas e no cumprimento das metas estabelecidas, assegurando uma adequada gestão dos

recursos abrangidos (DGS, 2015). Este tem como objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Por forma a dar resposta a estes objetivos estratégicos, as Comissões da Qualidade e Segurança existentes em todos os hospitais devem apresentar os seus planos de ação anuais com atividades que visem alcançar os objetivos supracitados.

Durante os períodos de permanência nos locais de estágio houve a preocupação da minha parte de tomar conhecimento do caminho percorrido pelas instituições para garantir a melhoria contínua da qualidade. Para facilitar este processo, indaguei junto dos elos de ligação no serviço do gabinete de qualidade e gestão de risco, qual o ponto de situação.

O HVFX encontra-se acreditado, desde outubro de 2014, pela *Joint Commission International* (JCI), tendo, em 2017, renovado a sua Acreditação. O processo de Acreditação envolveu a realização de auditorias exigentes a toda a atividade e procedimentos do Hospital, tanto nos serviços clínicos, como nos não clínicos. A JCI é uma das mais prestigiadas entidades acreditadoras independentes a nível mundial, que tem como intuito supervisionar e certificar as unidades de saúde em todo o mundo, seguindo padrões de qualidade validados internacionalmente.

Por já ter passado por todo este processo, o HVFX encontra-se numa fase de desenvolvimento muito diferente do Hospital de Santarém. No Hospital de Santarém, apenas alguns serviços se encontram acreditados e outros em processo de acreditação. Foi por isso, para mim enquanto estudante, interessante perceber as diferenças entre o funcionamento de um e outro sistema. Apesar de todo o acréscimo de burocracias nos serviços acreditados, denota-se uma maior preocupação com a gestão de riscos, com a segurança do doente, tal como pela uniformização de todos os procedimentos, quer relacionados com a prestação de cuidados direta, quer como das políticas institucionais.

Quer no serviço de urgência, quer na UCInt existe uma preocupação com melhoria contínua da qualidade e com a segurança do doente, embora ainda não tenha sido formalizado nenhum pedido de acreditação por nenhuma entidade certificada. Esta preocupação das duas unidades

hospitalares, demonstra a preocupação com a resposta ao objetivo estratégico aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.

Dentro da política de melhoria da qualidade insere-se ainda o assegurar a identificação inequívoca dos doentes. Este objetivo estratégico é totalmente alcançado no serviço de urgência, na medida em que todos os doentes admitidos no serviço de urgência são identificados aquando do momento da triagem. Esta identificação diminui a probabilidade de ocorrência de incidentes, uma vez que é elevado o número de doentes e profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados e na necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise (DGS, 2015).

Na procura pela segurança do utente, uma das principais metas organizacionais inerentes aos serviços de saúde é a prevenção máxima de ocorrência de eventos adversos. Estes eventos são lesões ou danos intencionais que resultam na incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de internamento (Abreu, Oliveira & Abreu, 2016). Um desses eventos adversos e de importância epidemiológica e clínica significativas é a ocorrência de queda. As quedas sofridas durante o internamento hospitalar representam um aumento dos custos para as instituições e podem acarretar lesões, perda de autonomia, deterioramento da qualidade de vida e até a morte dos utentes (Abreu et al, 2016).

A prevenção da ocorrência de quedas, objetivo estratégico nº 6 do PNSD é tido em conta em todos os contextos experienciados. Na admissão do utente na UCI e na UCInt é efetuada a avaliação da escala de Morse e esta é reavaliada caso não exista nenhuma alteração de 5 em 5 dias. Se o doente for avaliado com alto risco de queda, é colocada uma pulseira de identificação roxa, de modo a que este fique sinalizado perante toda a equipa multidisciplinar e lhe sejam atribuídos todos os dispositivos disponíveis para minimizar esse risco. A avaliação do risco de queda, bem como a sua prevenção, deve ser incorporada na prática do quotidiano de enfermagem, uma vez que esta equipa representa o maior grupo profissional nos hospitais e acompanha o doente internado 24h/dia (Abreu et all, 2016).

Importa ainda referir que no serviço de urgência, aquando da triagem, esta avaliação também é efetuada e todos os doentes identificados através da escala de Morse, com alto risco de queda, são sinalizados. A escala de Morse é adequada ao serviço de urgência, uma vez que, se trata de uma escala de fácil compreensão e de rápida aplicação no processo de admissão segundo Rosa, Rangel e Machado (2019).

A escolha da utilização da escala de Morse em contexto de urgência, não é uma escolha unânime no meio científico, uma vez que segundo Scott, Oman e Flarity (2018), existe uma ferramenta específica para a avaliação do risco de queda no serviço de urgência. A Memorial Emergency Department Fall-Risk-Asessment Tool (MEDFART), esta escala tem sido apresentada como um instrumento de fácil uso e implementação, apresentando grande confiabilidade na sua aplicação. Esta escala tem em conta as particularidades do utente admitido no SU como o caso dos doentes com diagnósticos de intoxicação alcoólica, intoxicação medicamentosa, tal como dos doentes com necessidade de sedação.

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados. Os utentes gravemente doentes encontram-se mais vulneráveis, principalmente devido à alteração do estado de consciência, o uso de sedo analgesia, o uso suporte ventilatório mecânico, de drogas vasoativas, pelas restrições dos movimentos prolongada e pela instabilidade hemodinâmica (Vasconcelos & Caliri, 2017).

Considerando a magnitude deste problema, a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para a minimizar este evento. A prevenção da ocorrência de úlceras de pressão, apresentou-se assim, como um foco na minha prestação dos cuidados durante todos os ensinamentos clínicos. No processo de admissão do utente na UCI e na UCInt é realizada a avaliação da escala de Braden, e esta é reavaliada de 3 em 3 dias. De acordo com a condição e avaliação do doente são providenciadas medidas de prevenção de úlceras de pressão.

A escala de Braden, segundo Alves, Costa e Boução (2016), apresenta a maior confiabilidade no prognóstico de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão, apresentando um valor preditivo e sendo recomendada para o uso em unidade de cuidados intensivos ou numa população semelhante. Esta permite determinar o grau de risco do utente para o desenvolvimento de úlceras de pressão, contribui para a adoção de medidas preventivas e identifica fatores de risco. Os mesmos autores, chamam a atenção para a necessidade de investimento na adoção de medidas adequadas ao cuidado ao doente crítico, na educação e capacitação dos utentes e seus familiares para a redução deste risco e na participação da instituição como promotora de condições adequadas que proporcionem cuidados de qualidade.

No que diz respeito ao armazenamento da terapêutica nem todos os pressupostos são cumpridos em dois dos contextos clínicos experienciados. Não é cumprida a norma 020/2014 da DGS referente aos medicamentos LASA com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante. Na

UCInt, estes encontram-se todos etiquetados da mesma forma, estando apenas em destaque através de cores diferentes as vias de administração. De acordo com enfermeira chefe esta situação será corrigida em breve com a colaboração dos serviços farmacêuticos. Já na UCI estes encontram-se todos etiquetados da mesma forma.

A notificação de incidentes é considerada como um dos instrumentos para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, permitindo assim a partilha de aprendizagem com o erro (DGS, 2015). O HVFX disponibiliza na intranet o acesso à plataforma *HER+*, onde devem ser registados todos e quais quer eventos adversos (quedas, erros de medicação, agressões, etc.). No Hospital de Santarém é providenciado o acesso à plataforma *Notific@*, através da intranet onde devem ser registados todos e quais quer eventos adversos. Esta é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema Nacional de Saúde. Segundo os elos dos serviços, esta ainda é uma plataforma pouco utilizada, corroborando assim com a adesão a nível nacional que ronda os 18%.

Para garantir a segurança dos utentes, temos ainda outro pilar fundamental, a comunicação. A comunicação torna-se basilar uma vez que estamos perante uma tarefa que exige transferência de responsabilidade de prestação de cuidados de saúde, como é o caso das passagens de turno ou transferências e altas de utentes do serviço. As instituições devem implementar procedimentos para assegurar uma comunicação precisa e atempada das informações entre profissionais de saúde, que visem evitar lacunas de comunicação e causar quebras graves na continuidade dos cuidados e no tratamento apropriado aos utentes (DGS, 2015).

Para aumentar a segurança na comunicação da informação dos doentes internados, a transmissão de informação é realizada de forma verbal no que diz respeito aos serviços de urgência e UCInt, mantendo toda a confidencialidade da informação e de forma eficaz de acordo com Norma 001/2017 da DGS e respeitado o artigo 106º do Código Deontológico dos Enfermeiros. Para reforçar uma correta transmissão de informação na UCI foi criado um documento devidamente codificado e aprovado pelo gabinete de qualidade, onde consta informação relativa ao utente internado, como o motivo que o levou a recorrer aos serviços de saúde, antecedentes pessoais e evolução do estado clínico durante o internamento. Este documento é atualizado diariamente pela equipa de enfermagem e acompanha o utente quando este é transferido para outro serviço.

2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados é uma das responsabilidades do enfermeiro especialista. Devendo este otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; orientando e supervisionando as tarefas delegadas garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados; otimizando o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades e adaptando o estilo de liderança ao clima organizacional promovendo assim, uma melhor resposta do grupo aos desafios diários (OE, 2011).

A gestão é considerada um domínio da área de competências do enfermeiro com vista à manutenção de um padrão elevado da qualidade dos cuidados prestados uma vez que estes são avaliados pelos ganhos em saúde como também pela gestão de recursos utilizados na prestação dos mesmos. A vivência dos diferentes períodos de ensino clínico fez-me entender que essa avaliação e gestão não se cinge apenas à gestão de recursos materiais e humanos, mas acarreta em si toda uma dimensão de gestão de pessoas e dos seus sentimentos.

Durante o EC I a aquisição de competências no domínio da gestão, foi potencializada pelo facto do enfermeiro orientador assumir, por diversas vezes, a coordenação de turno. Para além do norteamento da equipa para a coordenação de trabalho, a capacidade de liderança e de organização do orientador refletiu-se na dinâmica equilibrada dos turnos que coordenou. Este não só otimizou o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades, como promoveu um ambiente favorável à prática. É ainda importante referir a preocupação deste na gestão de tempos de espera dos doentes para observação e tratamento e a gestão da equipa de enfermagem de forma a minimizar estes tempos dentro do humanamente possível.

Na UCI de HVFX a gestão de serviço é feita, para além da enfermeira Chefe com a colaboração do enfermeiro coordenador. Com objetivo de aprofundar conhecimentos e competências neste domínio realizei um turno com enfermeiro coordenador e pude observar e participar em ações como: Registo e contabilização dos estupefacientes e/outro produtos de consumo relevantes; registo das ocorrências verificadas no turno (raturas de stock, manutenção/operacionalidade de equipamentos, passagem de turno); realização de testes aos glicómetros e desfibrilhadores; colaboração na prestação de cuidados; elaboração do plano semanal de distribuição dos enfermeiros; elaboração do plano mensal de distribuição dos assistentes operacionais; mobilização de recursos humanos, consoante as necessidades do serviço; gestão de eventos problemáticos; realização do horário dos enfermeiros.

Segundo o enfermeiro coordenador, uma das partes mais desafiantes deste cargo é manter a equipa motivada e com elevados níveis de satisfação profissional. Durante aquele período. Devido à taxa de ocupação do serviço ter decaído um pouco, um dos principais desafios à gestão, foi a gestão de recursos humanos. Com a criação do Circuito do Doente Crítico (CDC) (um serviço de observação no serviço de Urgência) muitas vezes devido à desadequação do número de doentes ao número de enfermeiros alocados à UCI, um destes enfermeiros é mobilizado para o CDC. Como esta situação tem sido cada vez mais frequente, foi criada uma escala quinzenal com a indicação do enfermeiro por turno, que caso haja necessidade, terá que ir prestar cuidados no CDC. Por decisão da gestão foi retirado um enfermeiro no período noturno, o que obriga a que se o serviço de encontrar perto da sua lotação total, terá que ser chamado um enfermeiro que se encontra de descanso. Foi criada uma escala de prevenção mensal para que esta situação se torne mais justa e a equipa não se sentisse discriminada ou favorecida.

A valorização das relações interpessoais pela liderança contribui para a melhoria dos resultados esperados no trabalho, os relacionamentos devem ser alicerçados numa base de confiança e respeito a partir da perceção que esta relação é complexa e envolve comunicação, conflitos, recompensas e principalmente, motivação. É exigido, assim, ao líder elevadas competências relacionais e habilidades de liderança. Hoje em dia a administração eficiente dos recursos humanos é fundamental. As necessidades dos profissionais de enfermagem devem ser tidas em conta e a motivação deve ser sempre uma busca constante promovendo uma maior realização profissional e pessoal. As adversidades são bastantes, mas as estratégias de superação devem ser traçadas e colocadas em prática em prol de um bem comum, como o seu bem-estar e o bem-estar do outro (Novato & Nunes, 2019).

O papel do líder é fulcral na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e o desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando num melhor desempenho e maior colaboração. Os líderes são os maiores responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. É ao enfermeiro gestor que cabe assegurar a qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre como objetivo motivar e alertar a sua equipa para uma prática de elevada qualidade (Fradique & Mendes, 2013).

Durante o EC III, planeei e realizei dois turnos acompanhada em colaboração com a enfermeira chefe da UCInt. Colaborar nestes períodos de trabalho permitiu-me desenvolver uma visão mais

ampla sobre as subtilezas de gerir um serviço, nomeadamente: como lidar com a carência de recursos humanos, como manter a motivação da equipa em prol dos objetivos, como lidar com o imprevisto da ausência de um trabalhador.

No que concerne à gestão de materiais, esta é efetuada de acordo com um planeamento semanal. A gestão de stock de material de consumo clínico e de medicação é realizada com o auxílio da plataforma informática Glintt®. Nesta plataforma, está incluído o “circuito do medicamento” que repõe o stock de medicação do serviço consoante a validação da administração da medicação prescrita; inclui ainda o aplicativo da “gestão de farmácia hospitalar” que permite fazer os pedidos de medicação extra; o aplicativo “gestão de materiais WEB” que permite fazer os pedidos de materiais de consumo hoteleiro e de materiais de consumo clínico tendo por base uma lista pré-definida que pode ser alterada consoante necessidades do serviço atuais. A plataforma contempla ainda a aplicação “MAC- WEB – Portal da manutenção” através da qual se pode solicitar a manutenção e instalações de equipamentos.

2.1.4 Domínio das aprendizagens profissionais

Na enfermagem há que deter uma elevada consciência de nós próprios enquanto pessoa e enquanto profissionais, reconhecendo os nossos limites pessoais e profissionais e tomando consciência da influência pessoal na relação profissional, baseando a prestação de cuidados em evidência científica relevante para a prática clínica (OE, 2015).

O processo de aprendizagem dos enfermeiros integra processos de transformação de conhecimentos, atitudes, valores e experiências individuais. Neste sentido, o contexto laboral é também um local privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Para transformar experiência prática numa situação de aprendizagem, é necessário refletir na ação e sobre a mesma (Costa & Morais, 2013).

Para Amulya (2011), a reflexão é considerada o alicerce de aprendizagem significativa, que se pode encarar enquanto processo ativo de certificação da própria experiência de modo a olhá-la de perto e aprofundá-la, constituindo-se assim na solução para aprender e dar significado às próprias experiências. A reflexão é uma competência fundamental e subjacente à prática de enfermagem.

Pode assim afirmar-se que a aprendizagem em enfermagem será o resultado final de junção entre o enfermeiro, o meio onde desenvolve a sua prática, o tempo que dedica à reflexão da sua

prática e na necessidade sentida em melhorá-la. Atualmente, o desenvolvimento de novos conhecimentos torna-se um desafio constante, uma vez que, para o enriquecimento da prática é necessária uma constante adaptação e renovação de conhecimentos teórico-práticos. A necessidade de novas aprendizagens fundamenta e enriquece o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros (Mostardinha, 2016).

Os períodos de ensino clínico, tornam-se neste sentido, momentos cruciais de consolidação de conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico, durante a nossa prática diária de prestação de cuidados e fomentada pelo enriquecimento diário proporcionado pela reflexão que fazemos com professores e enfermeiros orientadores.

Durante o período de ensino clínico no serviço de urgência, procurei em conjunto com o meu orientador, discutir todos os casos clínicos tendo por base os mais recentes protocolos de abordagem do doente crítico. Procurámos ainda, identificar algumas lacunas formativas quer pessoais, quer da equipa e desta reflexão surge a realização da formação a cerca da NEWS (*Nacional Early Warning Score*). Esta formação ajudou-nos a ter um pensamento mais clarificado na atuação perante o doente crítico, uma vez que nos realçou os pontos críticos na avaliação do doente e nos sistematizou a forma de ação.

Aos profissionais que prestam cuidados ao doente crítico é-lhes exigido um pensamento rápido, agilidade, competência, capacidade de perceção e resolução de problemas que surgem subitamente. No ambiente do serviço de urgência, o tempo é limitado para o atendimento, as atividades a desenvolver são imensas, a situação clínica dos utentes exige muitas vezes que o profissional faça tudo para o afastar do risco iminente de morte (Silva, Queiroz & Freitas, 2011).

Uma estratégia encontrada pelo serviço UCI do HVFX para manter os conhecimentos científicos da equipa atualizados, foi a criação de um dia de formação anual, em que os próprios elementos propõem temas que acham relevantes e fazem uma breve apresentação acerca dos mesmos a toda a equipa. Aproveitam, assim, as competências específicas de cada um em determinada área de interesse, debatendo e refletindo acerca das suas práticas diárias e da forma como as podem melhorar.

Coabitamos num mundo onde singra a palavra evolução. Em todo o leque de profissões, nas mais diversas áreas, pretende-se uma mudança rumo à perfeição, que apesar de inatingível, move e motiva profissional e pessoalmente a sociedade. Desde os seus primórdios que a

enfermagem assenta nesse conceito, uma vez que é uma profissão que prima pelo cuidado à pessoa. Não sendo este um cuidado meramente focado na doença, a enfermagem defende um cuidado holístico, abrangendo todas as dimensões do utente que se insere na sociedade. Para que este cuidado seja cada vez mais aprimorado torna-se imperativa a aposta na formação contínua. A formação contínua na nossa profissão passa não só, pelo desenvolvimento de novos conhecimentos, como também pela aplicação da teoria na prática em contexto real e a reflexão constante sobre a mesma. (Carvalho & Ramos, 2013)

No decurso da jornada formativa na UCInt, fui desafiada a colaborar numa formação sobre “O Doente Agudo Submetido a VNI - Princípios Básicos, Intervenção e Cuidados”. Sendo a UCInt um local de referência nos cuidados ao doente com necessidade de VNI, os seus profissionais foram convidados pelo serviço de especialidades médicas a ministrar esta formação à sua equipa. Sendo este um dos meus objetivos a desenvolver no ensino clínico, fez todo o sentido que fizesse parte da mesma.

De acordo com as necessidades do serviço, com as minhas preferências e experiências profissionais, foi-me ainda proposto atualizar a “Norma de atuação do enfermeiro perante o doente com Drenagem Torácica”.

É de ressaltar ainda o enorme esforço e dedicação dos elementos da equipa de enfermagem no desenvolvimento de normas de procedimento de acordo com mais recente evidência científica. Sendo este um serviço com pouco tempo datado desde a sua regulamentação, o caminho percorrido já é notório.

A formação contínua deve fazer parte da aprendizagem no percurso de todos os enfermeiros para que estes desenvolvam competências, baseadas na reflexão crítica das mesmas, que lhes permitam, perante as situações reais, dar respostas às necessidades da pessoa, família e comunidade, tendo por base os recursos teóricos e técnicos essenciais, face às transformações que vivencia (Costa, Mestrinho e Sampaio, 2000, citado em Fonseca, 2015).

De acordo com Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 109º (OE, 2015a), os profissionais de enfermagem, com vista a excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas. Embora os conhecimentos teóricos e práticos sejam distintos, é um facto, que ambos são um todo integrado que requerem conhecimentos e competências. Ou seja, quer seja em contexto académico, quer seja em contexto de trabalho, as

procuras pela melhoria da qualidade, pela multifuncionalidade, pelo melhor e maior desempenho, levam a uma necessidade constante de formação. Esta vai permitir ampliar os seus conhecimentos, enquanto contexto académico, bem como do grupo de profissionais como equipa, enquanto formação em contexto de trabalho, renovando e sustentando os conhecimentos já existentes (Fonseca, 2015).

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

Os cuidados de Enfermagem à pessoa, família/cuidador em situação crítica requerem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo dos cuidados, de antecipar e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018).

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

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou risco de falência, de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência está dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas são cuidados altamente diferenciados prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações e incapacidades mantendo como foco a total recuperação (OE, 2018).

Por forma a dar resposta a este objetivo durante o ensino clínico no serviço urgência, dei primazia à permanência na sala de emergência. A sala de emergência é uma área onde se encontram meios para a avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico, com recurso a uma equipa multidisciplinar que através dessa monitorização procede à correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções (Ordem dos Médicos, 2009).

Embora o meu contexto laboral habitual exija conhecimentos avançados em prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, em contexto de sala de emergência a abordagem inicial do doente é bastante distinta. A primeira abordagem realizada ao doente é nossa, a avaliação inicial nos primeiros minutos de contacto com o doente é essencial.

Em consonância com os dados nacionais, como já foi feita referência, a principal causa de entrada de entrada na SE é a dispneia e dor torácica, muitas vezes apresentando-se estes como sintomas de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte da união europeia, representando cerca de 36% das mortes nesta região em 2010 (DGS, 2017a).

A Via Verde coronária é a mais ativada no serviço de urgência do HDS. Cabe ao enfermeiro da triagem identificar os doentes com sintomas compatíveis com EAM e pedir de imediato eletrocardiograma, e se os sintomas assim o justificarem, encaminhar para a SE. O enfermeiro procede à sua avaliação “ABCDE”, monitorização, cateterização de acesso e colheita de sangue para marcadores cardíacos. É pedida a colaboração da cardiologia e assim que confirmado o EAM, e administrada a terapêutica indicada e o cardiologista, quando está indicado o cateterismo, procede ao contacto imediato do hospital de referência com centro de hemodinâmica. Assim que o hospital de destino assegura a transferência do doente, é contactado o CODU para assegurar ambulância medicalizada e é contactado o enfermeiro da escala de transportes de doentes para acompanhar o doente em questão. Todo este processo demora em média 30 a 40 min. A DSG (2017a) afirma que em 75.9% dos casos decorrem menos de duas horas entre a identificação do EAM e o encaminhamento através da via verde respetiva.

No mês de julho foi também iniciado o protocolo de Via Verde do AVC. Tive oportunidade de participar na formação que se procedeu a sua implementação o que veio facilitar a sua execução. A primeira ativação ocorreu durante um período em que me encontrava na SE. Pode verificar o cumprimento da Norma da DSG 015/2017 no que refere ao encaminhamento e tratamento do doente com AVC (DGS, 2017b). Dado ter sido a primeira vez que esta foi colocada em prática, houve algumas dúvidas e constrangimentos, que considero que poderiam ter sido minimizados se no seio da equipa tivessem optado por realizar um simulacro.

Como futura enfermeira especialista na área da Pessoa em Situação Crítica, considero que em contexto de SE somos expostos a maiores desafios em termos da rápida identificação de focos de instabilidade assim como a respostas pronta e antecipada a estes mesmos focos. Estes desafios são aqui exacerbados, pois muitas vezes não possuímos qualquer informação que possa facilitar a nossa avaliação inicial, a não ser a nossa observação. Recordo uma situação em que os seguranças trouxeram para a SE um jovem encontrado inconsciente à porta do hospital do qual não possuíamos qualquer informação. Pela primeira vez encontrei alguém triado como

“masculino desconhecido” e toda a abordagem a este doente resultou unicamente da nossa observação e monitorização, não havendo qualquer informação acerca dos motivos pelo qual se encontrava inconsciente, nem nenhum dado a cerca dos minutos que antecederam a sua entrada ou no que se refere aos seus antecedentes de saúde.

Destaca-se ainda o importante papel do enfermeiro responsável pela triagem. “A triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e continua ao longo de tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência” (DGS p. 9, 2018).

Prestar cuidados ao doente crítico, não foi uma novidade para mim, uma vez que exerço funções numa UCI, mas o ensino clínico que decorreu nessa unidade permitiu-me olhar para os cuidados prestados numa realidade diferente do meu dia a dia, numa perspetiva mais reflexiva. O enfermeiro que exerce as suas funções numa UCI carece para além da adequada qualificação, mobilizar competências profissionais específicas que lhe permitam desenvolver as suas funções de forma eficaz, aliando o conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados (Camelo, 2012).

A admissão do doente na UCI, é sempre um momento de grande tensão. Para o profissional de saúde, que antes de efetuar a sua avaliação inicial, não conhece o real estado do doente, e para o doente admitido, uma vez que está perante toda uma nova realidade que não conhece, rodeado por uma panóplia de instrumental que lhe pode causar elevados níveis de ansiedade.

Quando a pessoa é admitida na UCI, é submetida a múltiplas intervenções dolorosas como: a entubação orotraqueal, a colocação de múltiplos cateteres, para além de outros procedimentos invasivos. Estes procedimentos influenciam a sua capacidade de falar e por vezes de se mobilizar. Encontra-se num local que lhe é particularmente desconhecido onde o sons dos alarmes se ouvem 24h por dia, onde se encontra rodeado de pessoas estranhas e na incerteza do que lhe vai acontecer. Os doentes críticos sentem-se vulneráveis, angustiados, com medo, dado que o internamento não vem apenas impregnado de mitos e fantasias, mas também da possibilidade constante da ocorrência da morte (Castro, Vielas & Botelho, 2011).

Um dos maiores desafios do enfermeiro de cuidados intensivos é a comunicação, não só no que diz respeito á comunicação entre equipa multidisciplinar como a comunicação entre enfermeiro-doente. Tentei desenvolver competências, não só a nível da comunicação verbal,

como da comunicação não verbal, durante este ensino clínico. Tentar diminuir os sentimentos de ansiedade e angústia do doente submetido a entubação orotraqueal requer disponibilidade, não só de tempo, como também emocional. Na unidade de cuidados intensivos existe uma grande preocupação por parte dos profissionais de saúde em oferecer cuidados de qualidade, com especial enfoque na humanização destes cuidados. A enfermagem em cuidados intensivos requer capacidade de atuar em situações críticas com a velocidade e precisão, nunca esquecendo a informação à família e ao doente. A Humanização dos cuidados depende da nossa capacidade de comunicar, sem comunicação não há humanização (Leite, Vasconcelos & Fontes, 2010).

O enfermeiro deve assegurar o sucesso da comunicação de que faz uso no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes, conduzem a resultados mais positivos (Coelho & Sequeira, 2014).

Quando a comunicação faz parte do quotidiano do enfermeiro, o doente passa a vê-lo como uma pessoa capaz de ajudá-lo em todos os momentos, possibilitando-lhe, assim, uma rápida recuperação. O enfoque nesta comunicação, permite ao doente a diminuição dos seus receios e contribui assim para o restabelecimento do seu estado de saúde (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007).

A permanência na UCI possibilitou-me a gestão protocolos terapêuticos complexos. Esta gestão foi facilitada pela existência de protocolos de serviço como é o caso o da sedo-analgésia. Neste protocolo através da avaliação do RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), Ramsay e BPS (*Behavioral Pain Score*) o enfermeiro pode gerir as perfusões de sedo-analgésia dos doentes e proporcionar-lhes maior conforto e adaptação.

Foi-me ainda possibilitada a oportunidade de prestar cuidados aos doentes submetidos a técnica de substituição da função renal (TSFR). A UCI tem disponível a TSFR contínua e intermitente. Apesar de já ter contacto com a TSFR contínua no meu contexto laboral, consegui refletir em conjunto com a enfermeira orientadora, sobre os cuidados de enfermagem diferenciados a estes doentes, na deteção de complicações e abordagem ao doente renal. No que diz respeito à técnica intermitente, foi uma nova experiência enriquecedora, apesar de não poder prestar cuidados a estes de doente de forma mais autónoma, uma vez que não possuo competências específicas no que concerne aos cuidados às fistulas artéria-venosas.

Os cuidados de enfermagem à pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise devem ser prestados por titulares da licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal, com o

título profissional de enfermeiro atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, além de uma formação inicial específica nas técnicas hemodialíticas (OE, 2016).

Na minha permanência na UCInt tive a oportunidade de cuidar de doentes em estado crítico, com diversas patologias de base. Tendo em conta a minha experiência profissional e as experiências decorridas nos ensinamentos clínicos anteriores, resolvi estabelecer como objetivos mais específicos para este EC cuidar de doentes submetidos a VNI e prestar cuidados de enfermagem à pessoa admitida na “Via verde AVC”.

A presença de doentes submetidos a VNI na UCInt é uma constante, e o uso do Ventiladores *Philips Respironics V60®* faz parte da prática diária da equipa de enfermagem do serviço. O uso desta terapia reduz o número de intubações endotraqueais e todos os riscos associados à mesma, possibilitando internamentos mais curtos, redução da morbilidade, mortalidade e aumentando o conforto para o doente. Para o sucesso desta terapia é necessário treino por parte da equipa de enfermagem, experiência, disponibilidade e motivação para a sua utilização (Moita & Santos, 2012).

Para obter resultados positivos com VNI, é necessária a correta adaptação da máscara, adequando a interface ao atual estado do doente, otimizando assim a ventilação. Na UCInt, a aplicação profilática de espumas de poliuretano na pirâmide nasal para reduzir a incidência de úlceras de pressão, provocadas pela pressão da máscara, é uma prática vigente, e embora este procedimento possa aumentar a fuga da máscara, aumenta exponencialmente o conforto do doente. São ainda exemplos de cuidado individualizado, a explicação do procedimento ao doente e o apoio no início da terapia. É perceptível a dificuldade em tolerar a interface pela pressão exercida na face e vias aéreas e a possível sensação de claustrofobia que esta poderá provocar.

Durante a minha permanência na UCInt tive ainda oportunidade de desenvolver competências no que respeita aos cuidados ao doente vítima de AVC.

O AVC é um sinal clínico com desenvolvimento rápido e perturbação focal da função cerebral, sendo responsável por diversas incapacidades. Incapacidades estas, que predispoem os sobreviventes muitas vezes a um padrão de vida sedentário com limitações individuais para o seu quotidiano (Brito et al, 2013). Segundo Dhamija & Donnan (2007), “Tempo é Cérebro” e

por isso o AVC é uma emergência médica: o seu rápido reconhecimento e orientação, constituem um dos elos mais relevantes da cadeia de sobrevivência do AVC.

Desde Julho de 2017, a equipa de urgência e da UCInt ativaram a “Via Verde AVC”, no HDS. Realizaram formação específica com a equipa responsável pela mesma no hospital de São José, e estão a dar os primeiros passos na sua implementação local.

Desde o seu início segundo os dados recolhidos no serviço, a “Via Verde” foi ativada 95 casos, mas destes apenas 16 doentes foram submetidos a trombólise. Durante o mês de Dezembro e Janeiro deram entrada para trombólise apenas dois doentes na UCInt. Tive oportunidade de estar presente numa das ativações e prestar cuidados de enfermagem ao doente com AVC submetido a trombólise.

No serviço, para a avaliação neurológica de resposta à terapêutica e/ou eventual agravamento clínico aplica-se a escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Atualmente a NIHSS é a escala mais utilizada, consiste na avaliação de 11 itens que avaliam o nível de consciência, o movimento ocular, o campo visual, a paresia facial, a força dos quatro membros, a coordenação motora, a função sensitiva, a linguagem, a disartria e a extinção/hemi-inatenção. A pontuação atribuída a cada um dos itens encontra-se entre os 0 e os 4 valores. A pontuação global varia entre o 0 e os 42 valores, sendo que o valor inferior a 8 é indicativo de um ligeiro défice neurológico; de 8 a 17 é indicativo de défice moderado e 17 é indicativo de défice neurológico grave (Powers et al, 2018).

A avaliação da escala, após o início da trombólise, é efetuada a cada 15 minutos nas duas primeiras horas; de 30 em 30 minutos nas seis horas seguintes e de uma em uma hora até perfazer as 24 horas. Pela minha observação esta escala é um pouco longa e requer cerca de 8 a 10 minutos (dependendo da prática do enfermeiro) para a sua avaliação. Este facto torna-se preocupante dada a periodicidade com que a mesma tem de ser reavaliada.

Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica foi outro dos objetivos norteantes destes ensinamentos clínicos. Como já foi referido anteriormente, a dor foi um dos principais diagnósticos de entrada na SE. A dor é muito comum nos doentes críticos, e há cada vez mais preocupação na avaliação e tratamento corretos da mesma nestes doentes (Tounès, Ali & Aicha, 2005). A dor acompanha de forma transversal a generalidade das

situações patológicas que requerem cuidados de saúde e por isso em 2003 a DGS através da Circular Normativa N:9 considera a dor como o 5º Sinal Vital e digno de registo sistemático. Esta norma apresenta diversas escalas de classificação da dor, mas apenas se refere a doentes conscientes, o que muitas torna a avaliação inviável.

O sistema ALERT® apenas permite no campo dos sinais vitais fazer o registo com recurso à escala numérica. No que diz respeito a doente inconscientes o registo deve ser complementado através de registos escritos.

Na UCI do HVFX é dada especial importância à dor. Quer na forma como esta é avaliada quer na periodicidade da sua avaliação. Aquando da avaliação inicial, é avaliado o estado de consciência do doente e a sua capacidade de comunicar procedendo-se à adequação da escala a utilizar.

A dor é transversal a todo o ser humano, com todas as suas particularidades, sendo por vezes desencadeada por componentes psicológicos e subjetivos. Cada pessoa reage à dor de forma distinta, não esquecendo que esta reação está, também ela, diretamente relacionada com a intensidade da mesma. Dada toda esta subjetividade, o primeiro desafio trata-se da mensuração da dor. A pessoa hospitalizada possui múltiplos fatores que podem influenciar o seu estado psicológico e com isso alterar ou intensificar a sua perceção da dor, fatores como medo de ser submetido a certos procedimentos, o medo da morte e o afastamento da família. No entanto, quando ainda esta possibilitado de comunicar, torna-se mais fácil para o profissional de saúde identificar o que o está a incomodar o utente e tentar resolver o problema (Fortunato, Furtado & Hirabae, 2013).

As escalas devem ser adjuvantes para os profissionais, de forma a que este identifique nos utentes as alterações presentes e lhe permitam o planeamento das intervenções adequados para dar termo ao problema. Para facilitar este processo, o profissional deve estar bem treinado e familiarizado na utilização das escalas disponíveis.

Na UCI tratando-se de um doente consciente ou orientado, era dada preferência à utilização da Escala Visual Analógica. Esta obriga a que o doente seja capaz de identificar a intensidade da sua dor recorrendo a uma régua numérica, dividida em dez espaços em que num extremo se encontra o termo “sem dor” e no outro está indicada a “dor máxima”. Esta escala obriga a que o doente esteja orientado, com boa capacidade cognitiva, tornando por vezes difícil a sua aplicação em contexto de cuidados intensivos (Fortunato et al., 2013).

Para a avaliação da dor em doentes sedados e submetidos a ventilação mecânica invasiva, os profissionais de saúde da UCI utilizam a BPS como instrumento preferencial. É através da sua avaliação que são adequados os protocolos de analgesia por forma a melhorar o conforto dos doentes internados.

A dor é uma experiência subjetiva por definição e os doentes com alteração do estado de consciência apresentam limitação na sua capacidade para comunicar de forma consciente as suas experiências, levando a que as suas respostas comportamentais a estímulos nociceptivos sejam frequentemente difíceis de interpretar (Boly et al, 2008).

Ao longo do tempo, têm sido desenvolvidas várias escalas para avaliar a dor em doentes internados em cuidados intensivos, submetidos a ventilação mecânica e incapazes de autoavaliarem a dor, sendo a escala BPS a que reúne mais unanimidade para ser utilizada na prática clínica (Batalha, Figueiredo & Marques2013). Esta escala, trata-se de um instrumento recomendado pela American Society for Pain Management Nursing para avaliação da dor em doentes entubados e/ou inconscientes. A BPS foi validada e traduzida para Português em 2009, tornando-se amplamente testada. Trata-se de uma escala de fácil utilização, que inclui instruções de avaliação e de interpretação, consumindo pouco tempo ao profissional para a sua aplicação (Cunha, Ribeiro & Pereira, 2020).

Nos serviços com pessoas em situação crítica, os cuidados de enfermagem estão muitas vezes associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe atividades complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros que aí desempenham funções (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). A família do doente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional (Eggenberger & Nelms, 2007).

Promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A família do doente apresenta frequentemente uma grande ansiedade, profundas incertezas e instabilidade emocional (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica têm registado progressos significativos no que se refere qualidade da assistência à pessoa devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área nos últimos anos. Neste processo a família da pessoa em situação crítica enfrenta importantes desafios. Os enfermeiros são os profissionais de saúde

com presença constante e com competência que permite intervir nas necessidades não só do doente, mas também da sua família, uma vez que criam com estes uma relação única (Sá et al, 2015).

Na prestação de cuidados ao doente crítico procurei sempre integrar a família em todo o processo de cuidar, tendo em conta a especificidade de cada doente, de cada família e de cada local. Antes da visita procurava sempre junto da família, perceber quais as expectativas em relação ao estado de saúde do seu familiar e tentava preparar a pessoa para a panóplia de equipamentos que ia encontrar e que poderiam aumentar os seus níveis de ansiedade.

Caso se tratasse de um doente sedado, preparava a pessoa para o facto de não conseguir obter respostas por parte do seu familiar, mas incentivava sempre à interação junto do mesmo. No caso do doente vígil, mas sujeito a ventilação mecânica invasiva, promovia estratégias que procurassem promover a comunicação, como a escrita. Procurei sempre fomentar a interação entre a família e a doente, uma vez que esta promove no doente a orientação na pessoa, espaço e tempo.

Sabe-se que desde a promulgação do Decreto Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, é garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e este deve ser informado desse direito aquando da admissão no serviço. Sempre que a situação clínica do doente não permita a sua declaração de vontade, podem os serviços solicitar a demonstração do parentesco ou de relação com o utente invocados pelo acompanhante, mas não podem impedir o seu acompanhamento. Sendo que o acompanhamento não pode comprometer as condições e os requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos eficazes.

Para Sá, Botelho & Henriques (2015, p.31) “promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica”. Em contexto de urgência, sempre que a situação clínica do doente se estabilizava ou existia um diagnóstico e a certeza de um encaminhamento do doente que se encontrava na SE, existia a preocupação por parte dos profissionais em chamar os familiares para junto do doente e dar a perceber todo o processo de transição que se estava a desenrolar. Inicialmente, para mim este tratava-se de um momento gerador de ansiedade, mas tornou-se mais fácil encontrar estratégias ao longo do tempo que permitissem manter a privacidade de todos os doentes presentes na sala. Quando se planeiam intervenções de enfermagem centradas na família num ambiente de cuidados críticos,

os enfermeiros enfrentam desafios na satisfação das suas necessidades perante a stress do contexto, obstáculos como a falta de tempo, a ausência de recursos físicos a priorização constante dos cuidados à pessoa em situação crítica (Sá et al, 2015).

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

O imprevisto de ocorrência de uma catástrofe, epidemia, acidente tecnológico e/ou nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é cada vez maior. Tendo em conta que as unidades de saúde trabalham cada vez mais no limiar das suas capacidades, torna-se perentório que sejam criados Planos de Emergência de resposta a multi-vítimas (DGS, 2010).

O Decreto Lei 27/2006, de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define com catástrofe um acontecimento invulgar ou uma série de acidentes graves com efeitos, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em diversas áreas ou na totalidade do território nacional.

Na iminência permanente da ocorrência de um evento destes de grandes ou importantes dimensões, é fundamental que as diversas entidades de quem se espera uma resposta eficaz, realizem periodicamente uma análise crítica e construtiva da sua situação. Esta análise deve ter não só em consideração a componente interna como externa, ambas sujeitas a constante mutação. As instituições devem planear de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência por forma a responder a qualquer um dos cenários, que pelas suas características ou extensão provoquem desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (Oliveira et al, 2012).

A enfermagem, na sua estreita correlação com o cuidado à pessoa que vivencia uma situação crítica, assume um papel fundamental no planeamento e intervenção perante tais eventos. Historicamente, assistimos ao desenrolar de papéis essenciais na mitigação de catástrofes por parte da Enfermagem desde a prestação de Florence Nightingale na guerra Crimeia entre 1853 e 1856 até aos dias de hoje. O International Council for Nurses (ICN) e a World Health Organization (WHO), salientaram um conjunto de competências a ser desenvolvidas pelos enfermeiros em cenários de catástrofe (WHO & ICN, 2009), por forma a que estes se tornem

elementos basilares da cadeia de prevenção e resposta à “catástrofe”. Estas competências globais como o facilitar da comunicação, construção de confiança e promoção de objetivos comuns permitem que os enfermeiros sejam parte integrante de uma resposta eficaz a estes eventos.

É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, conceber em articulação com o nível estratégico os planos de emergência e catástrofe, planear e gerir os cuidados à pessoa em situação de catástrofe, tal como assegurar a eficiência desses mesmos cuidados preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Tendo em conta o contexto atual das unidades de saúde, a elaboração de um plano de emergência torna-se uma ferramenta essencial de reforço da avaliação dos meios de resposta destas unidades face a uma situação de crise e na definição de regras ou normas de atuação nesse contexto (DGS, 2010).

Durante o Ensino Clínico I no serviço de urgência o Plano de Emergência nunca foi acionado. Felizmente as catástrofes não são o quotidiano dos serviços de emergência, contudo, é essencial estar preparado e ter competências para agir no momento certo e de forma certa.

Em discussão com o orientador e com a coordenadora do Departamento, discutimos alguns pontos do plano de emergência de resposta a catástrofes externa elaborado em 2017. Desta discussão, o principal ponto a referir como fragilidade prende-se com o facto de este nunca ter sido testado.

Os simulacros são uma parte essencial da preparação das unidades de saúde. A Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (2006), citado em Powers (2007) refere a importância de realizar dois exercícios de teste ao plano de resposta a catástrofes por ano. Segundo a DGS (2010), deve ser realizado anualmente, pelo menos um exercício de mobilização do gabinete de crise e um exercício de chamada de pessoal e setorial e de dois em dois anos deve ser realizado um exercício geral do plano de emergência.

No serviço de urgência, em caso de ativação do plano de catástrofe é utilizado o algoritmo de triagem proposto pelo Grupo Português de Triagem para este tipo de contextos. Esta triagem é feita em duas ocasiões; a triagem primária e a triagem secundária. A triagem primária tem como

objetivo triar rapidamente, o maior número de vítimas, com base no método “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START), recorrendo a discriminadores simples como se a vítima se consegue mobilizar; se respira após permeabilização de via aérea e, neste caso qual a sua frequência respiratória e ainda qual o tempo de preenchimento capilar. A triagem secundária decorre de forma contínua baseando-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), nesta ocasião é necessário recorrer à avaliação da frequência respiratória, avaliação do estado de consciência com recurso à Escala de Coma de Glasgow e a pressão arterial sistólica. No serviço de urgência esta triagem é efetuada com auxílio de uma folha de registo manual presente nos kits de triagem que foram elaborados aquando da revisão do plano de catástrofe. Estes kits encontram-se em dois armários em conjunto com toda a informação acerca da ativação do plano de catástrofe. Fazem parte da sua constituição, os cartões de ação para cada profissional responsável de área, os contactos de todos os profissionais do hospital e algum de material de consumo clínico imediato para equipar as áreas a serem convertidas.

Durante o período de permanência na UCI o Plano de Emergência nunca foi acionado, não deixando de ser importante que tudo esteja preparado e treinado, antecipadamente, para a atuação dos profissionais ser célere e coordenada.

Nas situações multi-vítimas, a organização da resposta hospitalar para tratar os doentes mais graves ao nível das UCI constitui um desafio, e tem que prever manter, simultaneamente, a capacidade de admissão de outros doentes críticos. Essa organização de resposta assenta na triagem de acordo com os critérios previamente definidos e na chamada ampliação das UCI (Sousa, 2012)

As UCI's devem estar preparadas para uma eventual catástrofe, seja a nível interno ou externo, onde seja necessário evacuar os doentes internados. Estas unidades devem ter um Plano de Emergência e Autoproteção, onde os critérios de evacuação dos doentes sejam explícitos e que toda a equipa que trabalha no serviço deve conhecê-lo. A disponibilidade de um plano de evacuação conhecido por todos os elementos da equipa e atualizado através de exercícios periódicos, deve ser um indicador de qualidade que tem de ser tido em conta. A realização destes exercícios que permitam o conhecimento e atualização de plano possibilitam melhores cuidados ao doente e melhores cuidados em situação de catástrofe (Sanchez-Palacios et al., 2009).

Na UCI existe um plano setorial de emergência onde estão perfeitamente estipuladas as funções de cada elemento da equipa, não fazendo referência aos critérios de evacuação dos doentes internados. Este plano já foi testado em 2015, mas desde essa altura não voltou a ser testado nem atualizado.

Todas as catástrofes requerem um elevado número de profissionais de saúde para responder de forma eficaz a este incidente. Estes profissionais, devem ter aprimoradas as suas competências, não só para responder a estes acontecimentos durante, mas também após a mitigação. Infelizmente, a maioria das equipas de saúde não está preparada para responder a uma catástrofe. Era perentório o profundo conhecimento dos planos de catástrofe dos serviços e conhecimento na íntegra das suas responsabilidades e papéis de intervenção. Para que este conhecimento seja o mais adequado possível, são necessários simulacros de forma a que todos se sintam conhecedores das suas funções e capazes de desempenhar o seu papel quando for necessário (Bistaraki & Galanis, 2011).

A vivência destas situações é limitada, logo torna-se difícil a aquisição de competências suficientes pelas escassas experiências vividas nas situações de exceção em Portugal. A participação nos exercícios ou simulacros poderão melhorar as competências dos enfermeiros implicados na conceção, gestão e atuação, conjuntamente com os restantes profissionais (Ponte, 2007)

2.2.3 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

A propagação das infeções dá-se através da conjugação de três elementos principais: a fonte de infeção, o hospedeiro suscetível e o vetor de transmissão. Os doentes, funcionários e as visitas, bem como, objetos do ambiente hospitalar podem funcionar como fonte de microrganismos. Estes são transmitidos por vários meios: contato direto, por gotículas, via aérea ou através de um veículo comum. O contacto é o mais comum e importante meio de transmissão de infeção; ocorre através das mãos dos profissionais que não são higienizadas adequadamente ou através das luvas que não são trocadas; pode ocorrer pelo contato de um doente com outro e também através de instrumentos contaminados. A geração de gotículas pela pessoa que é a fonte ocorre durante a tosse, espirro, aspiração de secreções, realização de procedimentos e mesmo pela

conversação habitual. A transmissão do agente ocorre quando estas partículas são depositadas na conjuntiva, mucosa nasal ou na boca do hospedeiro suscetível (Camargo, Trabasso & Medeiros, 2007).

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica cessar este ciclo e diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, estabelecendo estratégias pró-ativas a implementar que visem a prevenção e o controlo da infeção e de resistências Antimicrobianas (OE, 2018).

Considerando a complexidade das situações e a multiplicidade dos cuidados exigidos pelas diversas medidas invasivas para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica a prevenção e controle das Infeções associadas aos Cuidados de Saúde torna-se um desafio (OE, 2018).

A oportunidade de contactar diretamente com os elos de ligação do Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GLC-PPCIRA) nos serviços onde desenvolvi os ensinamentos clínicos, foi uma mais valia, permitiu-me desenvolver conhecimentos específicos no desenvolvimento deste domínio.

Existe evidência que Portugal é um dos países da União Europeia com uma das mais elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, que a taxa de resistência a antimicrobianos é alarmante e a perceção de que todos estes problemas estão estreitamente relacionados e têm de ser abordados de forma global e integrada, foi determinada a criação do programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro de 2013, sendo assim objeto de fusão o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.

Os objetivos gerais deste programa prioritário são, assim, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Tendo como foco a implementação destes objetivos e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, com a importante adaptação à dimensão da estrutura em que estão inseridos são criados os GCL-PPCIRA. Sendo nestes grupos, que se inserem os elos de ligação de cada serviço. Os GCL-PPCIRA têm como principais objetivos de acordo com o Despacho n.º 15423/2013:

- a) Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos;
- b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e a implementação de auditorias clínicas internas;
- c) Garantir práticas locais de isolamentos para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco e garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições;
- d) Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas;
- e) Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória;
- f) Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas.

Em todos os contextos vivenciados houve alguns pontos em comum. No que diz respeito à implementação da norma da DGS 022/2015 referente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015c), foi facilitada a sua implementação através de um kit nos três serviços com todo o material referenciado para a colocação do cateter venoso central.

Durante a minha permanência nos serviços, pelo que pude observar, são cumpridas as orientações emanadas da Norma da DSG 019/2015 relativa ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2015a), não sendo posta em prática a grelha de avaliação para a auditoria interna. De referir que na UCI existe um grupo de trabalho que está a tratar do seu desenvolvimento, sendo um objetivo a curto prazo a sua implementação.

A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução de infeção associadas aos cuidados de saúde. Constitui, assim, a medida mais relevante na prevenção no controlo da infeção e é também considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010a). Em todas as unidades dos contextos de ensino

clínico dá-se primazia ao uso de SABA (Solução Antisséptica de base alcoólica), a sua distribuição em todas as unidades dos doentes tal como em todos os carros de terapêutica e pensos, facilita a sua utilização. Os profissionais são ainda lembrados da importância da higienização das mãos por diversos cartazes expostos nos serviços. É dada maior relevância à fricção antisséptica em vez da lavagem das mãos como recomenda a Circular Normativa N:13 de 2010 da DGS.

A triagem correta dos lixos hospitalares foi outro dos assuntos em reflexão durante os ensinamentos clínicos. Mais concretamente no que diz respeito ao tratamento dos frascos de antibiótico após utilização. O correto desperdício dos frascos de antibiótico apenas é realizado da forma correta na UCInt. Quer no serviço de urgência quer na UCI, estes são colocados no lixo branco (Grupo III), mas deveriam ser colocados no lixo vermelho (Grupo IV), de acordo com o Despacho n: 242/96 de 5 de julho.

A tecnologia aplicada à assistência hospitalar em UCI, permite o prolongamento da sobrevivência do doente em situações muito adversas. Este fenómeno positivo é um dos fatores determinantes no aumento do risco de infeção hospitalar nos doentes críticos. (Pereira, Prado & Sousa, 2000).

Os mesmos autores referem ainda que, na UCI, encontram-se os doentes médicos ou cirúrgicos mais graves, que necessitam de monitorização e suporte contínuo das suas funções vitais. Este tipo de doentes, apresentam doenças ou condições clínicas predisponentes à infeção. Muitos deles já se encontram infetados na admissão e a grande maioria é submetida a procedimentos invasivos e imunossupressores com finalidade diagnóstica e terapêutica.

Durante o ensino clínico em UCI tive oportunidade de participar na prestação de cuidados a estes doentes e refletir sobre os mesmos, relativamente à prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Em 2008, na Europa, as infeções por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina), retratavam 44% das infeções hospitalares, sendo responsáveis por um acréscimo de 41% de dias de internamento e 21% da mortalidade resultantes das infeções hospitalares (DGS 2014).

De modo a diminuir estes números a DGS emanou a norma de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA, que na UCI de HVFX é tida em conta. A todos os doentes internados são prestados cuidados de higiene com toalhetes impregnados com clorexidina a 0,2%, exceto no couro cabeludo (não conformidade em relação à Norma N:18/2014 atualizada a 27/04/2015). Os doentes com tubo endotraqueal são submetidos a higiene oral pelo menos 3

vezes dia com gluconato de clorexidina 0,2% de acordo com a respetiva norma. Outro ponto a referir diz respeito à inexistência de rastreios de pesquisa de MRSA na admissão do doente.

A pneumonia associada à intubação é a infeção mais frequentemente adquirida em UCI, sendo esta responsável por um aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS, 2015b). Na UCI existe uma preocupação crescente com esta problemática e são implementadas todas as indicações presentes na Norma da DGS N:21/2015 atualizada a 30/05/2017, referente ao Feixe de Intervenções” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.

A UCInt trata-se dum serviço onde estão alocados doentes de elevada suscetibilidade a procedimentos invasivos, logo apresentam uma maior vulnerabilidade à infeção. Nesta unidade é de ressaltar a existência de um quarto para isolamento que está sujeito a pressão negativa. Considero que estas condições associadas a uma sinalética existente na unidade são promotoras de boas práticas.

Adotando a minha responsabilidade de futura enfermeira especialista, em todos os cuidados prestados e intervenções executadas cumpro os protocolos de atuação para garantir o controlo e prevenção das infeções e utilizando de forma adequada os equipamentos de proteção individual disponibilizados, tendo como objetivo primordial a segurança do doente, mas também, a minha segurança enquanto profissional.

CONCLUSÃO

Vivemos num mundo em constante mutação, e o enfermeiro, enquanto elemento que o constitui, procura racionalizar o seu meio envolvente, analisando e indagando dar sentido, tanto às suas vivências, como às dos seres humanos a quem os seus cuidados se destinam. A vulnerabilidade, quer física e emocional, que caracteriza o doente crítico, obriga ao profissional de saúde à prestação de cuidados diferenciados. Estes obrigam, não só, a um leque de conhecimentos teóricos, como também a uma serenidade no cuidar que só se pode desenvolver criando confiança no enfermeiro através do desenvolvimento dos seu conhecimentos teórico-práticos.

Os ensinamentos clínicos desenvolvidos nos diversos campos como o SU, UCI e UCInt tornaram-se assim essenciais para que pudesse desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista. Permitiram-me adquirir e desenvolver conhecimentos e competências através da prática baseada em evidência, dando ainda mais enfoque ao aumento da qualidade e segurança dos cuidados por mim prestados. A passagem por estes contextos repletos de imprevisibilidade e complexidade permitiram-me crescer de forma pessoal e profissional.

Neste sentido, posso ainda afirmar que a elaboração deste relatório se constitui como mais um ponto positivo neste processo. A sua realização permitiu-me uma reflexão mais aprofundada dos temas e das experiências vivenciadas, a busca pela mais recente fundamentação teórica para as minhas ações e fomentar assim o processo de aquisição de competências especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica.

É importante não esquecer, ainda, o importante papel de todos os orientadores e professores que durante os períodos teóricos e de ensino clínico guiaram as minhas aprendizagens por forma a potenciar o desenvolvimento das competências especializadas que eram esperadas. Todo este processo requereu uma elevada motivação e determinação, uma vez que nem sempre foi fácil a conjugação da vida académica, com a vida pessoal e profissional. A vida é feita de desafios e quanto maior o desafio, maior o grau de satisfação quando este é alcançado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D., Oliveira & J., Abreu, G. (2016). Quedas no ambiente hospitalar, qualidade e segurança do paciente: metassíntese da literatura. *Revista Eletônica Gestão e Saúde*, Retrieved from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5658765>
- Alarcão, I & Rua, M. (2005) Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol.14, n.3, 373-382.
- Alves, C., Costa, L. & Boução, D. (2016). Escala de Braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 36-44.
- Amulya, J. (2011). What is a Reflective Practice? *Community Science*, p. 1-5, Retrieved from: <https://www.communityscience.com/images/file/What%20is%20Reflective%20Practice.pdf>
- Batalha, L., Figueiredo, A. & Marques, M. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*(BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, Serie III* n. ° 9, 7-16.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard (2011) *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care – A Thinking-in-Action Approach*, Hamilton: Springer Publishing Company.
- Bertone, T., Ribeiro, A., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafib Online*, N. ° 3 Agosto, 1-5. Retrieved from <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bistaraki, A., Waddington, K., & Galanis, P. (2011). The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. *International Nursing Review*, 58 (3), 341-346. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00898.x>
- Bittinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos – Centro Universitário São Camilo*, 4 (1), 44-50.
- Boly M., Faymonville M., Schnakers C., Peigneux P., Lambermont, B, Phillips, ..., Laureys, S. (2008) Perception of pain in the minimally conscious state with PET activation: an observational study. *The Lancet Neurology*, 7(11, 1013-1020 [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70219-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70219-9)
- Brito, R., Lins, L. & Almeida, D. (2013). Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos para a o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Neurociências*, 21 (4) 593-599 doi: 10.4181/RNC.2013.21.850.7p
- Camargo, A., Trabasso, P. & Medeiros, E. (2007). *Curso sobre Infecção no Paciente Grave*. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Associação Brasileira dos

Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar e Sociedade Brasileira de Infectologia,

- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20(1), 1-9 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>
- Carvalho, P. & Ramos, A. (2013). O brotar da inteligência Emocional no mundo da Supervisão clínica em enfermagem: um caminho a desbravar... *Sinais Vitais*, Dezembro, 5-11.
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho (2011). A Experiência Viva da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*, 15 (2), 41-59.
- Chambel, E. (2012). Cuidar no Serviço de Urgência na Presença de Acompanhantes. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Coelho, T. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, N.º 11 Junho, 31-38.
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Costa, M. & Morais, S. (2013). Supervisão Clínica em Enfermagem: A importância da relação supervisiva na partilha e construção de conhecimento. *Sinais Vitais*, n.º 111, 12-21.
- Cunha, D., Ribeiro, A. & Pereira, F. (2020) Instrumentos de Avaliação da Dor em pessoas com alteração da consciência: Uma Revisão Sistemática. *Revista ROL Enfermagem*, 43 (1) p. 59-68 retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/31334>
- Decreto Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República*, 1ª série n.º 124 (2009) acedido a 10 de Set 2019 disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/33/2009/07/14/p/dre/pt/html>
- Decreto lei N:27/2006 de 3 de Julho Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República* 1º série. N.º 126 (2006) acedido a 20 de Agosto 2018. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Decreto Lei N.º 2902/2013 de 22 de Fevereiro. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República* n.º 38 serie II de 22 de fevereiro de 2013. Acedido a 18 de outubro de 2019 em <https://dre.pt/application/conteudo/1937340>
- Decreto Lei N.º 15423/2013 de 2 de Novembro. Criação dos grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República* n.º 229 2ª serie de 26 de Novembro de 2013. Acedido a 18 de outubro de 2019 em <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>

Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade. Coimbra: Almedina.

Despacho N.º 242/96 de 3 de Agosto. Gestão de Resíduos. Diário da República N.º 187 2ª série de 13 de Agosto de 1996. Acedido a 18 de outubro de 2019 em http://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf

Dhamija, K & Donnan, G. (2007). Time is brain: acute stroke management. *Australian Family Physician*, 36 (11), 892-895. Retrieved from <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=356343610145972;res=IELHEA>

Direção Geral de Saúde (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2003a). A dor como 5º sinal vital, registo sistemático da intensidade da dor. Norma n.º 9/2003. Lisboa: Direção geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação n.º 7/2010. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2010a). Orientação de Boas Práticas para a higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa n.º 13/2010. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2014). Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, Norma N.º 18/2014. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2014a). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante, Norma N.º 20/2014. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015a). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma n.º 19/2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação Prevenção, Pneumonia, UCI, Ventilação, Intubação. Norma n.º 21/2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015c). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma n.º 22/2015. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde, Norma N.º: 01/2017. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2017a). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral e Saúde
- Direção Geral de Saúde (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma n.º 15/2017 Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2018). Sistemas de triagem dos Serviço de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n.º 2/2018. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Eggenberger, K. & Nelms, P. (2007) Family Interviews as a Method for Family Research. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 282-292. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04238.x>
- Fernandes, A. (2010). Protocolos no Serviço de Urgência. *Nursing Magazine Digital*, 259, 1-7. Acedido a 6 de Julho de 2018, em <http://www.nursing.pt/protocolos-no-servico-de-urgencia/>.
- Fonseca, E. (2015). Formação: Uma Narrativa para a prestação de cuidados de Enfermagem. *Revista Nursing*. Retrieved from <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fortunato, J., Furtado, M. & Hirabae, L. (2013). Escalas da do no paciente crítico: revisão integrativa. *Revista HUPE*, 12 (3), 110-117. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III serie- n.º 10, 45-53, <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Gabinete de estatística Hospital Distrital de Santarém (2017). Relatório de contas 2017 Retrieved from https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Relatorio_Contas_2017.pdf
- Hospital Distrital de Santarém (2017). Relatório de Contas 2017 Retrieved from https://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Relatorio_Contas_2017.pdf
- Leite, N., Vasconcelos, J., Fontes, W. (2010). A Comunicação no Processo de humanização da assistência em unidade de Terapia Intensiva: Vivência de familiares e cuidadores. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4 (4), 1587-1594. DOI: 10.5205/reuol.957-9534-1-LE.0404201002
- Martinho, J. Pires, R., Carvalho, J. & Pimenta, G. (2014). Formação e Desenvolvimento de Competências de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1), 97-102.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5ª Edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Moita, J. & Santos, C. (2012). Manual de Ventilação Mecânica Não Invasiva. Lisboa: Publicações Ciência & Vida;
- Mostardinha, A. (2016). A Diade Educação/Formação continua e Práticas de Enfermagem no contexto de Supervisão Clínica. Revista Nursing. Retrieved from: <http://www.nursing.pt/a-diade-educacaoformacao-continuae-praticas-de-enfermagem-no-contexto-de-supervisao-clinica/>
- Moura, M., Chamilco, R. & Silva, L. (2005). A Teoria Transcultural e a sua Aplicação em Algumas Pesquisas de Enfermagem: Uma Reflexão. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 9 (3), 434-340.
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M., Zoboli, E. (2016). Elementos e Estratégias para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem. Revista texto & contexto – Enfermagem, 25 (2), 1-9, <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Noivo, C. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência. 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Livro de Resumos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Novato, D. & Nunes, E. (2019). As relações interpessoais na enfermagem: influência da liderança na motivação da equipe técnica. Revista Saúde, 13 (2), 8-16, <http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v13n1-2-3686>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Percursos, N.º 17, 2-9.
- Oliveira, M., Mira, L. & Valente, M. (2012). Situações de Exceção – versão 1.0- 1ª Edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001a). Parecer Concelho Jurisdicional n.º 20, Passagem de turno Junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º122. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem, n.º 233; Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto Ordem dos Enfermeiros e REPE. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico do enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica terminal em Hemodiálise. Guia orientador de boa prática serie 1 n.º 9, Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 10/2017 Mesa do colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em relação ao enfermeiro Generalista Num serviço de Urgência. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2017a) Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Concelho de Enfermagem e mesa do colégio de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – Atribuição da responsabilidade de turno. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Regulamento n.º 429/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos (2003). Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva, Revista Ordem dos Médicos, n.º: 35, 25-38
- Ordem dos Médicos (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Retrieved from <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Pereira, M, Sousa, M. & Sousa, J. (2000). Controle de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e Perspetivas Rev. Eletrónica de Enfermagem, 2(1). Retrieved from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/IH.html.
- Ponte, S. (2007). Preparados para uma catástrofe – Conhecimento dos enfermeiros de urgência sobre planos de emergência. Jornal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Agosto.
- Powers, M. f. (2007). Evaluation os Hospital-based Disaster Education. Journal of Emergency Nursing, 33 (1), 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.10.008>
- Powers. W., Rabinstein, A., Ackerson, T, Adeoye, O. Bambakidis, Becker, K.... Tirschwell, D. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management os Pacients With Acute Ischemic Stroke. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Queijo, A.; Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Revista Escola Enfermagem USP (43), 1009-1016

- Rosa, P., Rangel, R., & Machado, K. (2019). Avaliação do risco de quedas de pacientes em serviço de emergência. *Revista de Enfermagem do centro oeste Mineiro*. N.º 9, <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3246>
- Sá, F., Botelho, M. & Henriques (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*, 19 (1), 31- 46.
- Sánchez-Palacios, M., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., García, J., Campos, S., Miguel, V. C., & Intensiva, G. d.. (2009). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? *Medicina Intensiva*, 34 (3), 198-202. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n3/punto.pdf>
- Scott, R., Oman, K. & Flarity, k. (2018). Above, beyond, and over the side rails: Evaluating the new Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Toll. *Journal of Emergency Nursing*, (44), 483-490, <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.01.007>
- Serrano, S. (2013). A Qualidade em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Dezembro, 22-28.
- Silva, A, Queiroz, L, & Freitas, L. (2011). O trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse. *Ciência et Praxis*, 4 (8), 19-26. Retrieved from <file:///C:/Users/Anabr/Desktop/2188-6575-1-PB.pdf>
- Sousa, J. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(1), 37-43.
- Vasconcelos, J. & Caliri, M. (2017). Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*. vol.21 (1), 1-8, <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
- World Health Organization and International Council of Nurses (2009) ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. Retrieved from http://www.cives-toscana.it/wp-content/uploads/2017/12/disaster_nursing_competencies_liteicn-min.pdf
- Younès, A., Ali, Z, Aicha, Z. (2005). Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients, *Anesthesia & Analgesia*, 111 (5), 1470-1476, doi: 10.1213/01.ANE.0000182331.68722.FF

PARTE II –

Eficácia da formação dos profissionais de saúde no aumento de conhecimento teórico e prático na resposta a situações de Catástrofe.

RESUMO

Introdução: Nos dias de hoje a palavra catástrofe passou, cada vez mais, a fazer parte do nosso dia-a-dia. Pandemias, epidemias, furações, ataques terroristas fazem parte do quotidiano da população mundial e como tal a preparação dos profissionais de saúde para a resposta a estas situações torna-se crucial.

Metodologia: Para este estudo definiu-se como objetivos: resumir a melhor evidência científica disponível sobre a eficácia da formação na preparação dos profissionais de saúde para responder às situações de catástrofe e conhecer quais as intervenções com maior eficácia na preparação dos profissionais para estas situações.

Definiram-se como critérios de inclusão os artigos que incluíram profissionais de saúde, sujeitos a formação teórica e prática para resposta a situações de catástrofe e com os seguintes resultados: aumento dos conhecimentos relativos à resposta a catástrofes; a melhoria das práticas na resposta a situações de catástrofe. independentemente do tipo de estudo realizados. Foram utilizados como bases a plataforma eletrónica PubMed e a interface EBSCOhost assim como pesquisa em revistas da área.

Resultados: Após a pesquisa foram encontrados um total de 142 artigos, após exclusão dos artigos duplicados, ficamos com 129 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, são elegíveis para análise 4 artigos. Com a análise destes verificou-se que a formação quer teórica quer prática aumenta o nível de conhecimento dos profissionais de saúde para a resposta a situações de catástrofe.

Conclusão: A evidência científica comprova que a formação teórica e prática aumenta os conhecimentos e a melhoria da prática na resposta a situações de catástrofe

Palavras chave: catástrofe; planeamento de catástrofes; treino para catástrofes; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Background: Nowadays, the word catastrophe has become increasingly part of our day-to-day. Pandemics, epidemics, hurricanes, terrorist attacks are part of the daily lives of the world's population and as a means of preparing health professionals to respond to these crucial situations.

Methodology: For this study, the following objectives were defined: to summarize the best available scientific evidence on the effectiveness of training in preparing health professionals to respond to catastrophe situations and to know which interventions are most effective in preparing professionals for these situations.

Inclusion criteria were defined as articles that included health professionals, subject to theoretical and practical training to respond to catastrophe situations and with the following outcomes: increased knowledge related to catastrophe response; improving practices in responding to catastrophe situations. regardless of the type of study carried out. The PubMed electronic platform and the EBSCOhost interface were used as bases, as well as research in magazines in the area.

Results: After the research, a total of 142 articles were found, after excluding duplicate articles, we were left with 129 articles. With the application of inclusion and exclusion criteria, 4 articles are eligible for analysis. With their analysis, it was found that training, both theoretical and practical, increases the level of knowledge of health professionals in responding to catastrophe situations.

Conclusion: Scientific evidence proves that theoretical and practical training increases knowledge and improves practice in responding to catastrophe situation.

Keywords: disaster; disaster planning; disaster training; hospital personnel.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde o 11 de Setembro de 2001 o mundo não mais foi o mesmo, foram levantadas questões que antes estavam adormecidas. Com a pandemia de SARS em março de 2003, o tsunami na indonésia em 2004, o furacão Katrina em New Orleans em 2005, a capacidade de resposta dos profissionais de saúde a situações de catástrofe passou a fazer parte da preocupação da comunidade mundial. Desde os seus primórdios que a humanidade tem sido confrontada com catástrofes naturais, sociais, industriais, e mais recentemente, com bioterrorismo, que levam a elevados danos na comunidade com inevitáveis consequências a nível social, económico e do estado de saúde (Fung, Loke & Lai, 2008).

A adequada e atempada resposta dos profissionais de saúde e demais agentes de proteção civil são fulcrais, quer para controlar o número de vítimas, o agravamento do seu estado de saúde, a vulnerabilidade das comunidades e promover o restabelecimento da normalidade no futuro.

Perante a ocorrência de um evento desta natureza, para além de uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o ponto chave para uma intervenção direcionada, reside nos profissionais de saúde. Estes profissionais, devem estar providos de conhecimentos quanto ao planeamento e operacionalização do plano de emergência, aliando o treino à formação específica de preparação para catástrofes (Santos & Rabiais, 2015).

A nível internacional foram criadas iniciativas para preparar os enfermeiros e outros profissionais de saúde para responder de forma eficaz a catástrofes recorrendo a treino intensivo, exercícios práticos, além da criação de cursos de gestão de catástrofes com a expectativa de que os enfermeiros sejam capazes de prestar cuidados adequados às vítimas das comunidades afetadas (Labrague et al, 2017).

Na maioria dos casos, os enfermeiros consideram a sua preparação insuficiente para a resposta eficaz a estas situações, mas a comunidade científica acredita que a melhoria da preparação para a resposta a situações de catástrofe passa pela aposta na educação. Nesta formação não podem ser esquecidos os conhecimentos técnicos, como os primeiros socorros, o suporte avançado de vida e os cuidados às vítimas de trauma. Mas as pesquisas recentes enfatizam ainda a necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem a sua preparação para catástrofes nos aspetos do conhecimento, atitudes e competências e particularmente na sua preparação psicológica para prestar cuidados às vítimas destes incidentes (Said & Chiang, 2019).

De acordo com os mesmos autores, devem ser criados métodos avançados de aprendizagem e ensino para aprimorar a aprendizagem dos enfermeiros, melhorar a sua autoconfiança e eficácia na preparação para catástrofes. Como os efeitos negativos destes incidentes major também podem influenciar o bem-estar psicológico dos enfermeiros, é essencial melhorar a sua preparação psicológica, fortalecendo a sua capacidade psicológica e bem-estar mental. É fundamental, dar-lhes ferramentas eficazes para que sejam capazes de fornecer melhor apoio psicológico e assistência humanística aos indivíduos afetados. Os enfermeiros e profissionais de saúde mental podem e devem ser incluídos nos programas de educação e treino de forma a promover os atributos e habilidades psicológicas dos enfermeiros no terreno, enfatizando assim a necessidade da aprendizagem de primeiros socorros psicológicos.

A sociedade funciona como um sistema interdependente, logo os cuidados de saúde devem ser prestados de maneira semelhante. A colaboração interprofissional é essencial para criar uma força de trabalho baseada no trabalho de equipa, com a perceção que as várias funções e responsabilidades são capazes de se conjugar de maneira eficaz para fornecer cuidados diferenciados centrados no utente (Digregorio, Graber & Saylor, 2019).

A preparação desempenha um papel fundamental na resposta a situações de catástrofe. Esta preparação não pode ser composta apenas pela componente teórica, mas deve também alicerçar-se na componente prática. Neste campo, os simulacros são um veículo eficaz para a preparação e resposta a catástrofes, promovendo a familiaridade com as funções e responsabilidades de cada elemento da equipa multidisciplinar de forma a garantir a maior segurança de todos. A simulação é uma estratégia de ensino/aprendizagem imersiva eficaz para promover a preparação para emergências sem risco do paciente. Como resultado, uma experiência imersiva de simulação de catástrofe pode identificar lacunas na preparação para a resposta a este tipo de emergências (Demming, 2016).

De acordo com a DGS (2010) para que os planos de emergência sejam executados de forma eficaz, é necessário que todos os intervenientes estejam corretamente formados e capazes de desempenharem as suas funções de forma coordenada. Esta mesma entidade salienta, a necessidade de ações de formação dirigidas a chefes de serviço, médicos e enfermeiros, ao gabinete de crise entre outros. No que respeita à periodicidade dos simulacros a nível hospitalar, a DGS (2010) recomenda, que pelo menos uma vez por ano, um exercício de mobilização do gabinete de crise e um exercício de chamada do pessoal sectorial devem ser realizados. Afirma ainda que, de 2 em 2 anos deve ser realizado e um exercício geral de plano de emergência. Não

devendo ser esquecidos também, anualmente os exercícios de meios de proteção do pessoal nas unidades de saúde NRBQ.

Acredita-se que o estabelecimento de metas nacionais para a preparação dos profissionais de saúde para situações de catástrofe vai melhorar os conhecimentos, o planeamento, capacidade de resposta e coordenação dos profissionais, aprimorando assim a resposta atempada às vítimas de Catástrofe (Chapman & Arbon, 2008).

2. METODOLOGIA

A metodologia desempenha um papel fulcral em toda a investigação, pois nela está contida o desenvolvimento de todo o processo. De seguida, apresentamos o percurso metodológico desta revisão.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Tendo como ponto de partida a questão: “Qual é eficácia da formação dos profissionais de saúde no aumento de conhecimento teórico e prático em resposta a situações de Catástrofe?”, foram definidos os seguintes objetivos: resumir a melhor evidência científica disponível sobre a eficácia da formação na preparação dos profissionais de saúde para responder às situações de catástrofe e conhecer quais as intervenções com maior eficácia na preparação dos profissionais para estas situações.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos com base no enunciado que deu origem à revisão, visando incluir a população alvo, intervenções, resultados, idiomas, limitação temporal dos artigos.

De forma a tornar mais claro e estruturado o pensamento elaboramos um quadro utilizando a estratégia PICOD que nos indica os critérios a que devem obedecer os estudos.

Quadro 1: descrição estratégia PICOD

Estratégia PICOD		Palavras Chave:
P Participantes	Profissionais de saúde	Disaster Disaster training Disaster planning Hospital personnel
I Intervenções	formação teórica e prática para resposta a situações de catástrofe	
C		
O Resultados (Outcomes)	Aumento dos conhecimentos relativos à resposta a catástrofes Melhoria das práticas de resposta a uma situação de catástrofe	
D	Todo o tipo de estudos quantitativos e qualitativos	

Para além dos critérios apontados anteriormente foram ainda definidos como critérios de inclusão:

- a) Todos os artigos onde fosse relatada uma intervenção específica aplicada aos profissionais de saúde para modificar a sua atuação em situação de catástrofe.
- b) Todos os artigos em Português ou Inglês.
- c) Limitador temporal: não foi definido qualquer tipo de limite temporal.

Foram definidos como critérios de exclusão:

- a) Artigos onde os participantes fossem ainda estudantes
- b) Artigos cujo acesso a texto integral não estivesse disponível ou implicasse o pagamento.

2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para dar início a esta investigação foi realizada uma pesquisa no Google académico e PubMed por forma determinar quais as palavras chave/descriptores que melhor evidenciem a temática e estudo.

Foram utilizadas como bases de dados a plataforma eletrónica PubMed e a interface EBSCOhost como os seguintes domínios: CINAHL® Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Cochrane databases of systematic Reviews; Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina.

Tendo por base o background sobre o assunto, foram definidos descritores *Medical Subject Headings (MeSH)* e descritores em *Ciências da Saúde (DeCS)*.

A pesquisa efetuada iniciou-se na base de dados PubMed, com recurso aos descritores MeSh e DeCS, tendo sido identificados o número de estudos correspondentes. Da conjugação dos descritores com as expressões booleanas OR e AND, resultou numa equação da qual foram encontrados 132 estudos (quadro 2).

No mesmo quadro estão esplanadas as conjugações escolhidas para a pesquisa na plataforma EBSCOhost da qual resultaram 11 artigos

Foi ainda efetuada uma pesquisa manual pelos jornais de referência na área como o: *American*

Quadro 2: Equação aplicada na base de dados

	Equação	Número de estudos
Base de dados PubMed	((("disasters"[MeSH Terms] AND "disaster planning"[MeSH Terms]) AND ((("disasters"[MeSH Terms] OR "disasters"[All Fields] OR "disaster"[All Fields]) AND "education"[MeSH Terms])) AND "personnel, hospital"[MeSH Terms])	132
Base de dados EBSCOhost	Disaster And Disaster Planning And Disaster Training And Hospital Personnel	11

Journal of Emergency Medicine; Annals of Emergency Medicine; Emergency Medicine Clinics of North America; Journal of Emergency Nursing; Prehospital and Disaster Medicine; Disaster Medicine and Public Health Preparedness; Journal of Disaster and Emergency Research. Desta pesquisa foram selecionados 3 artigos.

Após a pesquisa foram encontrados um total de 142 artigos, dos quais foram excluídos os duplicados, totalizando 129 resultados. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, são elegíveis para análise 4 artigos conforme ilustrado na figura 1.

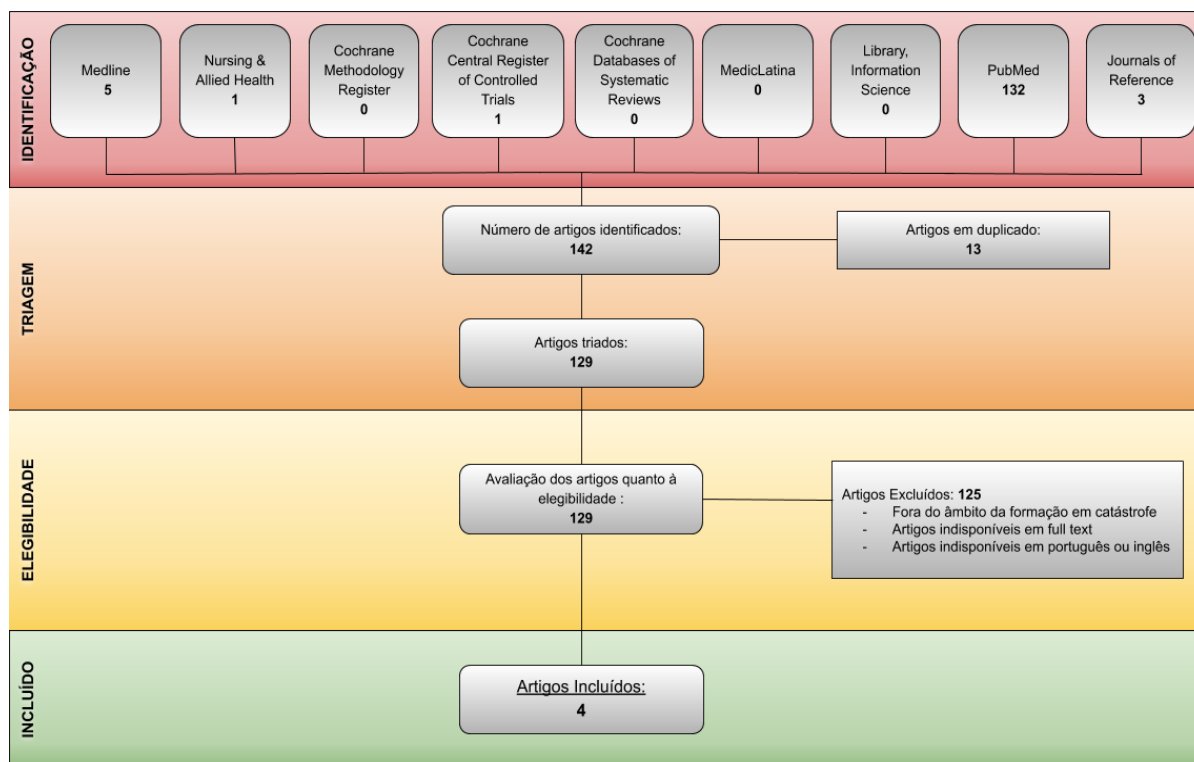


Figura 1 – Fluxograma de inclusão dos estudos

2.4. RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 4 artigos científicos de elevada qualidade e evidência científica, nomeadamente os de: Mirzael, Eftekhari & Nadjarzadeh (2019); Pesiridis, Soutzi & Kalokairinou (2014), Bistaraki, Wassington & Galanis (2011) e Collander, Green & Donnellan (2008). Todos os estudos selecionados foram realizados em ambiente hospitalar, os participantes foram selecionados de entre todos os funcionários destas instituições e foram submetidos a formação teórica e prática com vista ao aumento do conhecimento e melhoria das práticas na resposta a situações de catástrofe.

No estudo de Mirzael et al (2019), foram selecionados 40 enfermeiros de Shahid Rahnemoun Hospital a quem foi proposto um curso de 8h com recurso a palestras e *wokshops*. Por forma a avaliar a eficácia deste curso no conhecimento, práticas e atitude dos participantes na resposta a catástrofes, foi elaborado um questionário que foi aplicado momentos antes do início do curso e um mês após a sua realização. A melhoria nos resultados foi notória, no que diz respeito aos conhecimentos avaliados no pré e pós teste houve um aumento de 14,23 para 21,3, relativamente as atitudes houve um aumento de 62,2 para 71,6, nas práticas de 7,28 para 11,28.

Relativamente ao estudo de Pesiridis et al (2014), foram selecionados 207 enfermeiros que foram alocados a dois grupos, 112 no grupo de intervenção e 95 no grupo de controlo. A intervenção composta por estudos de caso, *workshops*, demonstrações, discussões de grupo e ainda palestras (sendo este o método menos utilizado) teve a duração de 8 horas.

Os dois grupos foram submetidos à mesma formação tendo a diferença entre ambos sido a data de avaliação do pré-teste. No que diz respeito à monitorização dos conhecimentos, pode afirmar-se que houve aumento destes após a intervenção de 6,43 para 16,49 e 5 meses após a intervenção decresce para 13,5, num total de 19 pontos possíveis.

Apesar de ter havido melhorias nos conhecimentos, o mesmo não se verificou nas práticas clínicas às vítimas de catástrofe.

Em relação ao estudo de Bistaraki et al (2011), num hospital de Atenas com 224 profissionais de saúde, foram selecionados para ser submetidos à formação criada 56 profissionais. Outros 35 profissionais integraram o grupo de controlo.

O grupo de intervenção participou de um curso de 5 horas que abordou os princípios básicos da gestão de catástrofes em contexto hospitalar. Um questionário estruturado foi o recurso utilizado para mensurar as mudanças no conhecimento dos participantes.

A intervenção resultou numa melhoria significativa no conhecimento dos participantes. A pontuação média foi significativamente maior imediatamente após o programa de intervenção (86) do que antes da intervenção (44,5). A pontuação média 1 mês depois foi significativamente menor (77,2) do que imediatamente após o programa de intervenção, mas significativamente maior que a pontuação média antes do programa de intervenção, tal como no estudo de Pesiridis et al (2014).

Os participantes do grupo controlo alcançaram uma pontuação de 40, que foi significativamente menor do que a pontuação do grupo de intervenção após o curso.

Finalmente, no estudo de Collander et al (2008), foram selecionados 84 profissionais de saúde que realizaram um curso de 16 horas denominado de HDLS (Hospital Disaster Life Support). O curso foi desenvolvido para abordar sete competências essenciais de treino de resposta a catástrofe para profissionais de saúde. O objetivo principal do HDLS não se tratava apenas de dar ferramentas aos profissionais para cuidar das vítimas de uma catástrofe, mas mais importante, ensinar aos profissionais de saúde os princípios de gestão da própria catástrofe. O

conhecimento adquirido no curso HDLS foi avaliado por pré e pós-teste. Além disso, os participantes completaram uma avaliação do curso em si e da sua satisfação com a formação.

No que concerne aos resultados, a pontuação média no pré-teste foi de 69,1 e a pontuação no pós-teste foi de 89,5, uma melhoria de 20,4 pontos. Os participantes sentiram que o HDLS era educacional, relevante e organizado.

Por forma a tornar a apresentação dos resultados mais clara e organizada foi elaborado o quadro 3 com a descrição dos estudos selecionados para esta revisão.

Quadro 3: Descrição dos estudos incluídos na revisão

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Mirzaei, Eftekhari, Sadeghian, Kazemi& Nadjarzadeh E-1</p>	<p>Foram selecionados 40 enfermeiros do Shahid Rahnemoun Hospital:</p> <p>Sexo Feminino: 25 Sexo Masculino: 15</p> <p>A nível formativo: Bachelor's degree: 34 Master's degree: 3 Diploma in health care services: 3</p> <p>Experiência em gestão: 4</p> <p>Participação em cenário de catástrofe: 1</p> <p>Formação anterior em Catástrofe: 3</p> <p>Membro do gabinete de crise:3</p>	<p>Programa de treino e gestão de catástrofe</p> <p>O programa consiste num <i>workshop</i> de 8 horas, onde serão abordados os seguintes temas: Conceitos de catástrofe e os seus efeitos na saúde; Gestão de Catástrofes e as suas fases; avaliação de perigos e vulnerabilidades.</p>	-	<p>Pra avaliação da intervenção foi realizado um pré teste antes do início da formação e o mesmo questionário foi aplicado um mês após o final do <i>workshop</i>.</p> <p>Este questionário inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> -27 perguntas para avaliar o conhecimento dos participantes onde a pontuação media vai dos 0 aos 27; - 20 perguntas para avaliar a atitude em relação à gestão e planeamento de resposta a catástrofes onde a pontuação pode ir de 20 a 80. - 25 perguntas para avaliar a sua capacidade prática na resposta a uma catástrofe, onde a pontuação pode variar de 0 a 25. <p>No que respeita aos resultados dos testes na área:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento- aumentaram de 14,23 (3,198) para 21,3 (2,954) - Atitude - aumentaram dos 62,20 (6,509) para 71,60 (6,180) - Práticas- aumentaram de 7,28 (3,665) para 11,88 (4,614). <p>Na globalidade os totais do teste aumentaram de 82,28 para 104,53.</p>	<p>Estudo quase-experimental</p>

Quadro 3: Descrição dos estudos incluídos na revisão (continuação)

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Pesiridis, Sourtzi, Galantis & Kalokairinou E-2</p>	<p>Foram selecionados 207 enfermeiros de cuidados gerais, tendo estes sido divididos em 2 grupos:</p> <p>Grupo de Intervenção: 112 Grupo de Controlo: 95</p> <p>Sexo Feminino: 181 Sexo Masculino: 26</p> <p>Formação anterior em Catástrofe: 18</p> <p>Participação em cenário de catástrofe: 27</p>	<p>O programa de treino foi desenvolvido por um grupo de peritos na área da saúde pública e enfermeiros de saúde comunitária.</p> <p>Foi ministrado durante 8 horas, com recurso a estudos de caso, discussões em grupo, <i>workshops</i>, palestras e demonstrações.</p> <p>O programa consiste nos seguintes domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definições e fundamentos de gestão em catástrofe - Planos nacionais de emergência durante catástrofes, como incêndio, inundações, secas, temperaturas extremas, epidemias e cadeia de comando - Papel dos enfermeiros durante as catástrofes e emergências - Procedimentos de evacuação e transferência segura de doentes - Procedimentos de descontaminação - O uso adequado de equipamentos de proteção individual durante incidentes NRBQ 	-	<p>Para a avaliação da intervenção foi elaborado um questionário que tinha como objetivo avaliar os conhecimentos e as intenções comportamentais dos enfermeiros face a uma situação de catástrofe.</p> <p>Ao grupo de intervenção este questionário foi entregue antecipadamente e recolhido antes do dia da intervenção. Foi repetido imediatamente após a intervenção e 5 meses depois.</p> <p>Ao grupo de controlo questionário foi entregue no próprio dia da intervenção momentos antes da intervenção, imediatamente após a intervenção e 5 meses após esta ter decorrido.</p> <p>No que concerne aos resultados</p> <p>Conhecimentos: aumentaram de 6,43 (2,8) para 16,49 (1,7)</p> <p style="text-align: center;">5 meses depois: 13,5 (2,8)</p> <p>Atitudes: não existiram alterações significativas imediatamente após a intervenção nem 5 meses depois.</p>	<p style="text-align: center;">Estudo Experimental</p>

Quadro 3: Descrição dos estudos incluídos na revisão (continuação)

Estudo	P	I	C	O	D
<p>♀ Bistaraki, Waddington & Galanis E-3</p>	<p>De uma população de 224 profissionais de saúde de um hospital de Atenas foram escolhidos 56 participantes: 25 enfermeiros 13 médicos 12 administradores 6 paramédicos</p> <p>Grupo de Intervenção: 56 Grupo de Controlo: 35</p>	<p>A intervenção foi dividida em dois dias, num total de 5 horas de formação.</p> <p>No primeiro dia foi ministrada uma palestra de 2 horas acerca de princípios básicos da gestão de catástrofes, cadeias de comando e estratégias de comunicação.</p> <p>No segundo dia foi feita uma revisão dos pontos-chaves do dia anterior e prosseguiram com exercícios de tapete (resposta a um incêndio).</p> <p>A intervenção terminou com 30 minutos de palestra acerca do uso de equipamento de combate a incêndios e respetivo <i>workshop</i>.</p>	-	<p>Foi elaborado um questionário com 19 questões de escolha múltipla com o objetivo de avaliar os conhecimentos do plano de catástrofe e os procedimentos inerentes. Este questionário foi distribuído antes, imediatamente após e 1 mês depois da intervenção. Nos questionários pós-intervenção foram incluídas questões acerca do impacto do treino na sua preparação pessoal na resposta a catástrofes, a utilidade deste treino e a qualidade do instrutor.</p> <p>Resultados:</p> <p>Grupo de controlo: 40 Grupo de intervenção:</p> <p>Pré teste: 44,5 (1,7) Pós intervenção imediato: 86 (2) 1 mês após: 77,2(1,7)</p> <p>Os participantes mostraram altos níveis de satisfação com a realização desta intervenção.</p>	Estudo quase-experimental

Quadro 3: Descrição dos estudos incluídos na revisão (continuação)

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Collander, Green, Millo, Shamloo & Donnellan</p> <p>E- 4</p>	<p>Foram selecionados 84 participantes de um hospital de Washington</p> <p>40 enfermeiros</p> <p>11 médicos</p> <p>23 administradores</p> <p>10 outros profissionais ()</p>	<p>Curso denominado de HDLS (Hospital Disaster Life Suport), ministrado em 16h dividido em dois dias. São usados como recursos as palestras, <i>workshops</i>, simulacros e exercícios.</p> <p>O Curso é composto pelas seguintes unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura de comando em Catástrofes - Proteção dos Profissionais e estruturas - Incidentes biológicos, radiológicos e químicos em massa e a resposta Hospitalar. - Especificidades pediátricas na resposta a catástrofe - Restruturação e recuperação do sistema após catástrofe 		<p>Por forma a avaliar este curso elaborado um questionário com 23 itens onde foram avaliados os conteúdos ministrados no HDLS. Este teste foi aplicado antes e depois das 16h de formação.</p> <p>Resultados:</p> <p style="padding-left: 40px;">Pré-teste: 69,1 (12,8)</p> <p style="padding-left: 40px;">Pós intervenção 89,5 (6,7)</p> <p>Foi ainda elaborado um questionário com vista à avaliação do curso com recurso a uma escala de 0 a 5, onde o 0 é considerado pouco favorável e o 5 muito favorável</p> <p>Avaliação do curso:</p> <p>Material relevante: 4,31 (0,8)</p> <p>Organização: 4,33 (0,8)</p> <p>Aprendizagem relevante: 4,23 (0,8)</p> <p>Necessidades educacionais aprendidas:4,2 (0,9)</p> <p>Simulacros como meio de aprendizagem: 3,9 (1)</p> <p>Confiança ao usar os novos conhecimentos adquiridos: 4,24 (0,8)</p>	<p>Estudo experimental</p>

2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os acontecimentos mais recentes levam ao aumento do interesse das comunidades pela preparação para a resposta hospitalar em situação de catástrofe. Nos EUA, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006) instruiu os hospitais a testar seus planos de catástrofe duas vezes por ano. O governo grego exige que os hospitais desenvolvam os seus planos de emergência de acordo com o plano nacional, mas cada hospital é responsável por testar seu plano e treinar o seu pessoal. A Direção Geral de Saúde em 2010 lançou uma normativa que recomenda a elaboração de planos de emergência e dita que estes devem ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde e ser sujeitos a simulação.

Com base nos estudos apresentados anteriormente (Mirzael et al., 2019, Pesiridis, et al,2014, Bistaraki et al., 2011, Collander et al., 2008) pode afirmar-se que os profissionais de saúde apresentam um baixo nível inicial de conhecimentos em gestão de catástrofes. Este facto é corroborado por vários autores que afirmam que os profissionais consideram insuficiente a sua preparação para uma resposta eficaz a uma situação de catástrofe (Said & Chiang, 2019; O'Sullivan et al., 2008; Veenema, Walden, Feinstein & Williams, 2008). No entanto, acreditam que o aumento destes conhecimentos passa pela realização de formação específica nesta área ideia partilhada por Santos e Rabiais (2015).

Em todos os estudos descritos pode observar-se um aumento dos conhecimentos por parte dos profissionais de saúde no que respeita à resposta a situações de catástrofe. Na base deste aumento de conhecimento estiveram a presença em cursos com diversas temáticas como os conceitos de catástrofe, gestão de catástrofes, planos de emergência e catástrofe, o papel de cada profissional na resposta à catástrofe, cadeias de comando, gestão de comunicação, o uso adequado de equipamento de proteção individual, procedimentos de evacuação e transferência de doentes e reestruturação e a recuperação de situações de catástrofes. Estas temáticas ajudaram os profissionais de saúde a conhecer as cadeias de comando, a conhecer o seu papel na equipa e perceber as formas de comunicar a forma de se protegerem, bem como, a forma de atuarem, tornando assim a sua prestação mais eficiente (Demming, 2016; Digregorio, Graber & Saylor, 2019; Labrague et al, 2017).

De salientar, no entanto, que na avaliação follow-up de 5 meses (Pesiridis, et al,2014) e um mês após no estudo de Bistaraki et al (2011) as pontuações baixaram, o que comprova que a formação deve ser constantemente alimentada pelo próprio e pelas instituições recorrendo a

simulacros tal como referido por Hsu, Thomas, Bass, Whyne, Kelen & Green (2006), Demming (2016) e Mirzaei et al (2019), bem como com a participação de equipas interprofissionais (Digregorio, Graber & Saylor (2019); DGS, 2010).

Todos os estudos abrangeram uma variedade de intervenções de treino, como palestras, vídeos, exercícios de mesa, *workshops*, etc. É importante mencionar que todos os estudos relataram aumentos significativos nos resultados dos testes pós-intervenção, mas nenhum analisa qual o melhor método de treino para dar resposta a estas situações. Tal como afirma Hsu, Catlett e Robinson (2004) torna-se difícil de enumerar as melhores estratégias de treino para que os profissionais de saúde adquiram mais e melhores competências na resposta a catástrofes. De salientar que em estudos em que realizaram formação online (Cantrell, O'Leary, Ward, 2008) com interatividade entre formador e formando também foi efetiva levando a que Mokhtari Nouri, Khademolhosseini, Ebadi & Moradi, (2012) afirmam que mais importante que o método e o conteúdo da formação.

De salientar que em Portugal DGS (2010), emanou as referências para esta formação assim como a periodicidade em que a mesma deve ocorrer.

A maior limitação na realização desta revisão foi a dificuldade na pesquisa dos artigos relevantes para esta temática. Apesar de cada vez mais as catástrofes estarem na ordem do dia a investigação realizada na área ainda é escassa.

Inicialmente, existia por parte dos investigadores a vontade fazer distinção entre a eficácia da formação teórica e a formação prática na resposta dos profissionais de saúde às situações de catástrofe, mas a escassez de matéria cientificamente relevante na área não o tornou possível.

Nesta revisão é dada maior importância à alteração dos conhecimentos dos profissionais de saúde, mas existia por parte dos investigadores a vontade de dar a mesma importância à alteração das práticas e atitudes e autoconfiança dos participantes, mas tal não foi possível pela falta de dados nessa área.

CONCLUSÃO

O treino e a preparação dos profissionais de saúde na resposta a situações de catástrofe têm sido alvo de maior interesse ao nível da resposta hospitalar. Torna-se inegável o aumento da frequência destas situações a nível mundial, o que faz com sejam expostas as fragilidades do sistema de saúde na sua resposta a estas situações.

A realização desta revisão sistemática comprova em todos os casos que o conhecimento inicial dos profissionais de saúde para a resposta a situações de catástrofe é insuficiente. Comprova também a efetividade da formação teórica e prática na área para a otimização desta resposta por parte dos profissionais.

Estas afirmações levam-nos a outros níveis de reflexão, apesar de estar fora do âmbito do nosso estudo. Porque é dada tão pouca relevância à resposta a situações de catástrofe na formação inicial dos enfermeiros? Porque não se investe na formação em serviço nestas áreas?

Ao analisar a literatura encontrada fica também demonstrada a necessidade de mais estudos e investigações sobre esta temática, nomeadamente, a realização de investigações que comparem os resultados da formação teórica e de formação prática em catástrofe e os respetivos resultados.

As catástrofes são eventos que podem não exigir conhecimentos muito específicos no que diz respeito ao cuidado das suas vítimas, mas exigem treino dedicado e um esforço coordenado de todos os tipos de profissionais de saúde. Todos as catástrofes exigem um aumento no número de recursos materiais e profissionais de saúde para lhe dar resposta e exigem que esses profissionais trabalhem em conjunto e de maneira eficiente. Para que exista essa coordenação e eficiência é necessário que esses profissionais treinem em conjunto e conheçam os papéis a desempenhar nestas situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bistaraki A., Waddington K. & Galanis P. (2011). The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. *International Nursing Review* 58, 341–346 <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00898.x>
- Cantrell S, O'Leary P, Ward K. (2008). Strategies for success in online learning. *Nursing Clinics of North America*;43(4), 547-55.
- Collander B, Green B, Millo Y, Shamloo C, Donnellan J, DeAtley C (2008). Development of an "all-hazards" hospital disaster preparedness training course utilizing multi-modality teaching. *Prehospital and Disaster Medicine*; 23(1), 63-67. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00005598>.
- Demming, J. (2016). Disaster preparedness and response in healthcare: a review of the basics. *Journal of Healthcare Potencion management*, 2016; 32(2), 29-32.
- Digregorio, H., Graber, J., Saylor, J. & Ness, M. (2019). Assessment of interprofessional collaboration before and after a simulated disaster drill experience. *Nurse Educacion Today* (79), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.023>
- Direção Geral de Saúde (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação n.º 7/2010*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Fung, W., Loke A. & Lai C. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing* 62(6), 698–703 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04655.x
- Hsu E., Thomas T., Bass E., Whyne, D., Kelen, G. & Green, G., (2006). Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Education*; 6 (1),1-9. doi:10.1186/1472-6920-6-19
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Hand- book*. Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL.
- Labrague L., Hammad K., Gloe D., McEnroe-petite, D., Fronda D., Obeidar A., Leocadio M., Cayaban A. & Mirafuentes E. (2017). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review* 1-13. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Mirzaei S, Eftekhari A, Sadeghian MR, Kazemi S, Nadjarzadeh A. The effect of disaster management training program on knowledge, attitude, and practice of hospital staffs in natural disasters. *Journal of Disaster & Emergency Research*. 2019; 2(1), 9-16. DOI: 10.18502/jder.v2i1.566
- Mokhtari Nouri J, Khademolhosseini SM, Ebadi A, Moradi E. (2012). Effectiveness of lecture method on nurses' learning levels in nursing education in nuclear accidents. *Quarterly Journal of Nursing Management*.;1(2), 29-36.
- O'Sullivan, T., Dow, D., Turner, M., Lemyre, L., Corneil, W., Krewski, D., Phillips, K. & Amaratunga, C. (2008). *Disaster and emergency management: Canadian nurses'*

perceptions of preparedness on hospital front lines. *Prehospital and Disaster Medicine*; 23 (3), 11-18.

Pesiridis, T., Sourtzi, P., Galanis, P., Kalokairinou, A. (2014). Development, implementation and evaluation of a disaster training programme for nurses: A Switching Replications randomized controlled trial, *Nurse Education in Practice*, *Nurse Educacion in Practice*, 1-5 <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.02.001>

Said, N. & Chiang, V. (2019). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. (48), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100806>

Santos, P. & Rabiais, I. (2015). Enfermagem de Catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências. 9th Internacional Seminar on Nurisin Research Proceeding. Instituto de Ciencias da Saúde – Porto, Universidade Católica Portuguesa.

Veenema, T., Walden, B., Feinstein, N. & Williams, J., (2008). Factors Affecting Hospital-based Nurses' Willingness to Respond to a Radiation Emergency. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2 (4), 224-229. DOI: 10.1097/DMP.0b013e31818a2b7a

REFLEXÃO FINAL ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A procura pelo aumento da qualidade dos cuidados leva-nos a querer desenvolver competências especializadas na adequação dos nossos cuidados aos nossos doentes. Esta procura continua requer observação, elevados conhecimentos científicos e juízo crítico na adequação de normas e procedimentos às situações vivenciadas.

Tendo por base o percurso deste mestrado, e contextualizando-o com todas as modificações experienciadas, pode afirmar-se que este levou a um crescimento profissional e pessoal, tornando o alicerce dos conhecimentos mais forte e as práticas mais sustentadas. Tornando-me numa profissional mais focalizada, mais motivada na procura constante do aumento de segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A Revisão Sistemática da Literatura, tornou-se um desafio de elevado interesse, sendo um tema intimamente ligado as competências especializadas do enfermeiro Especialista no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica, encontra-se atualmente na ordem do dia. Esta investigação veio confirmar a extrema necessidade de investimento nesta área e a necessidade constante que temos, enquanto futuros enfermeiros especialistas nesta área, de despertar quer os nossos pares, quer os nossos diretores para as questões que dizem respeito à resposta dos profissionais de saúde em situação de catástrofe.

O curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação está agora perto do seu término, foi um desafio constante até ao último minuto, mas permitiu-me quer a nível profissional quer pessoal, testar limites e trazer para a minha prática diária todo um novo conjunto de conhecimentos e perspectivas que tornam a minha prática mais especializada e segura.

Só esta procura constante pelo enriquecimento profissional e pessoal faz com que o nosso caminho tenha sentido e a busca seja sempre um desafio que dará frutos relevantes.