

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7<sup>a</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**RELATÓRIO FINAL – Cuidar à Pessoa em Situação crítica**

**- Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da  
Pessoa em Situação Crítica**

Patrícia Silva Lopes

Leiria, setembro 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7<sup>a</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**RELATÓRIO FINAL – Cuidar à Pessoa em Situação crítica**

**- Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da  
Pessoa em Situação Crítica**

Apresentado para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica.

Patrícia Silva Lopes – 5180012

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Leiria, setembro 2021

*"Cuidar desta missão, cuidar deste caminho, Cuidar com coração! Ninguém está Sozinho!"*

Ordem dos Enfermeiros, 2019

## AGRADECIMENTOS

À coragem para iniciar e encerrar este percurso académico.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pelo acompanhamento e orientação na conclusão deste percurso académico.

Aos que conheci neste desafio, obrigado pelo exemplo que foram, pelo que me ensinaram, pela presença e pela resiliência. Mais do que um diploma, levo daqui amigos para a vida.

Aos que perdi neste percurso, aos que reencontrei e me fizeram reencontrar e àqueles que sempre estiveram lá, obrigado por muitas vezes acreditarem mais em mim que eu própria.

À vida.... Por me permitir vivê-la...

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSCT- American College of Surgeons Committee on Trauma

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AV- Acesso Vascular

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BPS- Behavior Pain Scale

CI- Consentimento Informado

CHL- Centro Hospitalar de Leiria

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNEU- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CT – Centro do Trauma

CVC - Cateter Venoso Central

DAV- Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS- Direção Geral da Saúde

DRC- Doença Renal Crónica

EC- Ensino Clínico

ECG- Eletrocardiograma

EDTNA/ERCA - European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association

EFC- Enfermeiro Facilitador da Comunicação

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMMI- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EPI- Equipamento de proteção Individual

ESSLei- Escola Superior de Saúde de Leiria

EVA- Escala Visual Analógica

FAV- Fistula Artério-Venosa

GCL-PPCIRA- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GEADAP- Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

GPT- Grupo Português de Triagem

HABLO- Hospital Bernardino Lopes Oliveira

HDP- Hospital Distrital de Pombal

HAI-ICU- Healthcare– Associated Infections in Intensive Care Units

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

ICN- International Council of Nursing

*JBI- Joanna Briggs Institute*

LA- Linha Arterial

MEPSC- Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NAS- Nursing Activities Score

NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale

OE- Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos Médicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

PCR- paragem Cardio-respiratória

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC- Pessoa em Situação Crítica

PubMed- *Public Medline*

RENDA - Registo Nacional de Não Dador

RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCD/E- Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SDRA-Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SIE-Sistemas de Informação em Enfermagem

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SU- Serviço de Urgência

SUG- Serviço de Urgência Geral

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNEHR- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação

TISS -Therapeutic Intervention Scoring System

UC- Unidade Curricular

USA- Unidade de Suporte Avançado

## RESUMO

O presente Relatório de Estágio, surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, constitui-se um instrumento que possibilita a reflexão sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Parte I deste documento tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas durante os Ensinos Clínicos.

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) (Parte II) foi desenvolvida sobre o tema: Eficácia da formação/treino dos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta: Revisão Sistemática da Literatura. Para execução da referida revisão seguimos a metodologia proposta pela Joanna Briggs Institute para elaboração de revisões sistemáticas de eficácia.

A aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista deve ser baseada na melhor evidência científica disponível em todas as áreas de atuação do enfermeiro.

**Palavras-Chave:** enfermagem pré-hospitalar, preparação/formação, conhecimento, enfermeiro especialista, pessoa em situação crítica, relatório de estágio

## ABSTRACT

This internship report (Part I), appears within the scope of the Master of Nursing for Persons in Critical Situation of the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, is an instrument that enables reflection on the development of common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for Persons in Critical Situation.

Part I of this document aims to carry out a critical reflection on the activities developed during Clinical Teaching.

The Systematic Literature Review (RSL) (Part II) was developed on the theme “Effectiveness of education/training of nurses who provide care in a pre-hospital environment in improving professional skills and abilities, clinical reasoning, communication and responsiveness: Systematic Literature Review.”

To carry out this review, we followed the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute for the elaboration of systematic reviews of effectiveness.

The acquisition of skills as a specialist nurse must be based on the best scientific evidence available in all areas of nursing practice.

**Keywords:** pre-hospital nursing, preparation/training, knowledge, specialist nurse, person in critical condition, internship report

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>vii</b>
<b>PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE HEMODIÁLISE .....</b>	<b>21</b>
<b>2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE FALÊNCIA ORGÂNICA .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEPÇÃO À ACÇÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS.....</b>	<b>48</b>

<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>PARTE II - .....</b>	<b>63</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>64</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>65</b>
<b>1.EFICÁCIA DA FORMAÇÃO/TREINO DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR NO APERFEIÇOAMENTO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PROFISSIONAIS, RACIOCÍNIO CLÍNICO, COMUNICAÇÃO E CAPACIDADE DE RESPOSTA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....</b>	<b>66</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>70</b>
<b>2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>2.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>70</b>
<b>2.3 METODOLOGIA PICO.....</b>	<b>71</b>
<b>2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS .....</b>	<b>71</b>
<b>2.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....</b>	<b>71</b>
<b>2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE I- QUADROS DE AVALIAÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>92</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos para inclusão na RSL.....	72
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Método e Nível de Evidência dos artigos selecionados.....	74
Quadro 2 – Apresentação da síntese de resultados dos estudos.....	76

## **PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) integrando a Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio. O seu término e defesa em prova pública visa a obtenção do grau de mestre e o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (Regulamento nº 877 do Instituto Politécnico de Leiria, 2016).

Os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Os enfermeiros atuam, colocando em ação conhecimentos aprendidos e a própria experiência. Ao encontrarem soluções para os problemas identificados, num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, possibilitam a construção de conhecimento próprio de enfermagem que ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares, se transforma em ciência de enfermagem (Pina Queirós, 2016). Os Ensinos Clínicos (EC) constituem-se um lugar de oportunidades dado que “coloca em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha, Macedo & Vieira, 2017, p.66). A escolha dos locais para realização dos mesmos teve por base ser um dos hospitais da área de influência dos meios de Emergência Pré-hospitalar onde desenvolvo a minha atividade profissional, por forma a possibilitar o acompanhamento na continuidade de cuidados de enfermagem. A complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de falência orgânica e à sua família, constituem a realidade diária do enfermeiro especialista em EMC, obrigando à mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018).

A elaboração deste relatório teve por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à PSC. Desenvolver competências para o exercício pleno de uma profissão exige interagir nos seus contextos reais, aferindo a progressiva qualificação para o desempenho das respetivas atribuições. A competência possibilita aplicar de forma objetiva conhecimentos e habilidades para alcançar um determinado resultado (Vieira et al., 2016).

A prática de enfermagem é nos nossos dias sinónimo de evidência científica aliada ao cuidado humanizado. Desenvolver e aprofundar competências é não só um dever ético e deontológico enquanto enfermeira, mas acima de tudo um crescimento e valorização pessoal e profissional, garantindo a integração da melhor evidência científica na prática de cuidados especializados. As teorias de enfermagem fundamentam a prática de cuidados de Enfermagem à PSC. No que ao doente crítico diz respeito, a teoria de Alaf Meleis remete-nos para a experiência da transição, complexa e multidimensional, implicando uma mudança significativa na condição de saúde, pela alteração de processos, papéis e comportamentos (Meleis, 2010).

Este documento pretende espelhar o meu percurso enquanto estudante do MEPSC, nomeadamente numa primeira parte elaborar uma reflexão crítica em torno das competências comuns e específicas em EMC na área da PSC e numa segunda parte ser constituído por uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sob o tema: Eficácia da formação/treino dos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta.

A Parte I foi desenvolvida tendo por base uma metodologia crítico-reflexiva sobre as oportunidades e experiências vivenciadas nos contextos de EC em comparação com os referenciais da disciplina de Enfermagem, da melhor evidência científica e da própria legislação e orientações em vigor. A Parte II é constituída por uma RSL, pretendendo-se que seja abrangente, transparente e replicável, dando resposta de forma rigorosa a uma questão de investigação (Donato & Donato, 2019). Para a sua realização foi seguida a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI).

A RSL tem como tema a “Eficácia da formação dos enfermeiros do pré-hospitalar na melhoria dos cuidados de enfermagem às vítimas em situação de exceção/catástrofe ou multi-vítimas”. Nas últimas décadas verificou-se um aumento significativo das situações de catástrofe e/ou emergência multivítimas, a nível mundial, com repercussão substancial a nível social, cultural, económica e política. Os desastres frequentemente sobrecarregam os serviços, incluindo os serviços sociais, cuidados hospitalares e serviços de emergência (ICN, 2009).

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro conhecimento, competência e habilidades específicas, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficaz, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo. Assim, é fundamental dotar estes

profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente.

Perante uma situação de exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista deve conceber, planear e gerir a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem colocar em causa a preservação dos vestígios, se houver indícios de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

## 1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os EC foram realizados no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) do Hospital Santo André (HSA), no período de 4 de janeiro a dia 9 de maio de 2019, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do CHL, no período de 16 de setembro a 22 de novembro de 2019 e na Clínica de Hemodiálise Pombaldial em Pombal, no período de 25 de novembro de 2019 a 07 de fevereiro de 2020.

### 1.1 ENSINO CLÍNICO I – URGÊNCIA

O CHL integra o HSA, Hospital Bernardino Lopes Oliveira (HABLO) em Alcobaça e o Hospital Distrital de Pombal (HDP). Tem como objetivos: Prestar cuidados de saúde técnicos e humanos, assegurar o suporte das funções vitais, cuja falência, reversível, ameaça a curto prazo a vida do utente; Proporcionar intervenção contínua ao utente em estado crítico a fim de evitar complicações e restaurar a saúde; Assegurar cuidados de saúde específicos e contínuos, a fim de normalizar as funções vitais de um doente em perigo de vida; Prevenir a morte quando a mesma é evitável; Acompanhar a evolução das funções vitais e, quando necessário, estabelecer medidas para mantê-las artificialmente (CHL, 2019a). Dos recursos humanos do SUG fazem parte uma equipa multidisciplinar: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, administrativos, serviços e limpeza e voluntários. A equipa de enfermagem é composta por 98 enfermeiros, sendo a distribuição variável: 16 nos turnos de manhã e tarde (Verde 2: 1; Verde/Azul: 2; Triagem: 2; Amarelo: 4; Vermelha: 1; Orto-trauma(Roxo): 1; Laranja: 3; 2: 1; Informações: 1; Coordenador; 1), no turno da noite a área “Verde 2” e o gabinete de informações estão encerrados e é reduzido um posto de trabalho na área Amarela, totalizando 13 elementos.

Existem grupos específicos de enfermeiros para desenvolver a atividade nas áreas da triagem, gabinete de informação e coordenação mediante critérios definidos pela chefia. Os enfermeiros na triagem são escalados após a realização do curso de Triagem de acordo com o Grupo Português de Triagem (GPT). O Enfermeiro Facilitador da Comunicação (EFC) é escolhido após a decisão pessoal de se identificar com o trabalho desenvolvido neste espaço e a validação dessas aptidões de comunicação pela chefia. O enfermeiro coordenador é designado pelo enfermeiro chefe em cada turno tendo por base “o perfil, competências e formação reconhecidas para essa função”. (CHL, 2019a). É fundamental dispor de enfermeiro detentores de

competências específicas orientadoras de uma prestação de cuidados de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes na resposta às suas necessidades (Freitas & Parreira, 2013).

Os doentes admitidos no SU são oriundos do pré-hospitalar, domicílio e referenciados por: linha de Saúde24, centros de saúde ou outros hospitais do CHL. O acesso ao SUG é feito pela Admissão de Doentes, por doentes autónomos ou em maca e pela entrada direta para a sala de emergência. Após a realização da triagem é feito o encaminhamento de acordo com o fluxograma e prioridade atribuídas, baseado na exploração da queixa que apresentou (CHL, 2019a).

Na triagem é definido um fluxograma e um discriminador, que posteriormente originará uma *cor* de acordo com a prioridade, que orientará o encaminhamento do utente para as diferentes áreas (verde/azul, verde 2, amarelo, laranja ou vermelho). A área roxa refere-se à área de ortotrauma que inclui as especialidades de ortopedia e cirurgia. O SUG dispõe de um Gabinete de Informações que funciona das 8 horas às 24 horas, com a presença física de um enfermeiro nesse horário, sendo que no período entre as 24 horas e as 8 horas esse é assegurado pelo administrativo, seguido do posterior encaminhado a um dos enfermeiros da área onde se encontra o utente. A área vermelha localiza-se numa das entradas do SUG, com acesso restrito, apenas para as situações emergentes, com uma porta direta para o exterior, monitorizada por uma equipa de vigilância. Cumprindo desta forma a recomendação técnica da ACSS (2015) para os SU que indica, que deverá ter possibilitar o acesso direto a partir do exterior, sem necessidade de passar por outros espaços funcionais. Possui cinco boxes independentes equipadas com monitorização, seringas e bombas infusoras, rampa de vácuo, oxigénio e ar respirável e materiais consumíveis para utilização emergente. Estão ainda disponíveis equipamentos de ventilação invasiva e não invasiva, desfibrilhação, carro de emergência que constituem instrumentos importantes para a resposta à PSC. A área da reanimação/ressuscitação é um espaço aberto, com capacidade para vários doentes, com possibilidade de separação por cortinas, assim como estão disponíveis macas com possibilidade de realizar exames complementares de diagnóstico evitando movimentações da pessoa e todas as unidades são semelhantes, por forma a normalizar os procedimentos, os acessos aos equipamentos e os posicionamentos dos vários elementos da equipa de emergência de serviço (ACSS, 2015).

O CHL é acreditado pela Joint Commission International (JCI) desde 2015. Possui vários protocolos, procedimentos, normas e instruções de trabalho pertencentes ao SUG ou comuns a

todo Centro Hospitalar: “IT.CHL.010.01 1- Colheita de sangue para hemocultura” (CHL,2011a); “IT.CHL.196.00- Encaminhamento do doente com suspeita de AVC” (CHL,2016b); “PI.CHL.188.01- Gabinete de Informação do Serviço de Urgência Geral” (CHL,2016a), “PI.CHL.043.02- “Procedimento de Transferência e Transporte Interno de doentes” (CHL,2011b), entre outros.

## 1.2 ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do CHL é classificado como uma unidade nível III, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2003), dado que possuem assistência médica qualificada com intensivista em presença física 24 horas/dia e dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para a prestação de cuidados à PSC. Dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e possui idoneidade formativa. Todavia, este não dispõe de algumas especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, nomeadamente neurocirurgia, cirurgia torácica e cirurgia vascular, havendo necessidade de se articular nestas áreas com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). É um serviço polivalente, capaz de assegurar os cuidados integrais aos doentes pelos quais é responsável (RNEHR, 2017).

Localiza-se no quinto piso na torre nascente, sendo composto por um secretariado, uma sala de reuniões, gabinetes médicos e da enfermeira chefe, armazém de materiais e equipamentos, vestiário e copa. É composto por dez camas, das quais quatro têm possibilidade de isolamento com antecâmara de pressão negativa/positiva. A unidade de Neurocríticos existe fisicamente, mas encontra-se encerrada por inexistência de recursos humanos especializados. Cada unidade do doente encontra-se equipada com ventilador, seringas e bombas infusoras, equipamento para monitorização hemodinâmica contínua, aspirador de alta pressão e uma cama articulada com colchão de pressão alterna. Dadas as características dos cuidados prestados, fisicamente encontra-se organizado em *open space*, possibilitando a vigilância contínua dos doentes pelo contacto visual e com recurso a monitorização dos parâmetros vitais através da central de monitorização, partilhada em dois écrans, um na bancada central de trabalho de enfermagem e outro na copa do serviço.

Dos recursos humanos do SMI fazem parte uma equipa multidisciplinar: 6 médicos, 33 enfermeiros, 10 assistentes operacionais e 1 assistente técnica. A composição da equipa de enfermagem vai sofrendo alguma flutuação mediante a ocorrência de ausências por doença,

licenças parentais, entre outros. A distribuição é variável de acordo com a ocupação da unidade, num total de 10 doentes: o rácio de enfermeiros é de 6 na Manhã, 5 na Tarde e na Noite, não tendo o coordenador do turno na Manhã doentes a seu cargo.

Os doentes admitidos no SMI são provenientes de todos os serviços do CHL, desde que a situação clínica agudize, o seu estado seja potencialmente reversível e que necessitem de cuidados diferenciados, nomeadamente falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório, falência hemodinâmica, pós-operatórios com complicações, entre outras.

Por forma a iniciar a integração na equipa multidisciplinar no serviço foi realizada uma reunião com a Enf. Chefe possibilitando a apresentação da estrutura orgânico-funcional do serviço, assim como um primeiro contacto com o regulamento e protocolos específicos do SMI.

A visita realizada possibilitou um primeiro contacto, que foi posteriormente reforçado pelo acompanhamento do enfermeiro orientador no serviço. Segundo Simões, Alarcão & Costa (2008, p. 92) “o enfermeiro cooperante, como facilitador da integração no serviço e atualmente, cada vez mais, como supervisor da própria aprendizagem dos alunos na prática”, tende esse desempenhado, no meu entendimento, um papel crucial na minha integração.

### 1.3 ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A Pombaldial – Clínica de Hemodiálise SA é uma unidade de diálise, privada criada em 2009, por iniciativa de um grupo de nefrologistas da região centro do país. Surgiu da necessidade de prestar cuidados de saúde na área da diálise aos doentes do concelho de Pombal e concelhos limítrofes, promovendo uma melhor acessibilidade aos doentes renais crónicos dessa região. Tem como missão dar aos doentes com insuficiência renal crónica um tratamento em consonância com as melhores práticas nacionais e internacionais, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Durante o ano de 2019 foram acolhidos 34 doentes, sendo que a 31 de dezembro de 2019 estavam em tratamento 128 utentes (Pombaldial, 2020). É uma unidade periférica de diálise uma vez que não integra um serviço de saúde com unidade de nefrologia e destina-se ao tratamento de Doença Renal Crónica (DRC) com necessidade de terapêutica substitutiva da função renal em regime ambulatorio sem necessidade de cuidados hospitalares (Portaria n.º 347/2013).

A equipa multidisciplinar é constituída por 21 enfermeiros, 6 médicos residentes, 11 assistentes operacionais, 4 nefrologistas/membros do conselho de administração, 1 assistente social, 1 nutricionista/farmacêutica, técnico de manutenção e 1 administrativa.

Relativamente à estrutura física, é composta por três pisos. No piso 0 localiza-se a receção e a zona de entrada de doentes, duas salas de diálise, o gabinete do médico de turno, gabinete da chefia de enfermagem e casa de banho de apoio aos utentes. No piso -1, localiza-se as áreas de apoio técnico tal como os vestiários dos profissionais, a lavandaria, o gabinete da Diretora Clínica, a sala de reuniões, a farmácia, o armazém de produtos de limpeza e a cozinha/refeitório. No piso -2, encontra-se o armazém de material de consumo clínico, a central de águas e uma terceira sala utilizada atualmente como armazém de equipamentos. As salas de diálise têm a capacidade para 29 lugares, divididas na sala 1, com capacidade para 15 pessoas e na sala 2 com capacidade para 14 pessoas. A Clínica funciona seis dias por semana, das 7 horas às 23 horas, organizado em três turnos diários com a duração de 5 horas cada.

O conhecimento sobre a central de tratamento de águas proporcionou compreender todo o circuito associado à rigorosa monitorização das características da água utilizada, garantida por um conjunto de filtros (carvão, partículas e sedimentos), descalcificadores, técnica de osmose inversa e um sistema adequado da água tratada. Esta permite o controlo dos parâmetros químicos e bacteriológicos, garantido o grau de pureza da água usada para a realização do tratamento (OM, 2017).

## 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo pretendo descrever as competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 da OE, identificar as dificuldades e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar mediante uma análise reflexiva e os referenciais teóricos.

### 2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De acordo com a OE (2015), são princípios gerais orientadores da prática de enfermagem a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício na profissão, assim como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) orienta os Enfermeiros no sentido de adotar uma conduta responsável e ética e agir no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos utentes (OE, 2015).

O conhecimento da estrutura orgânico-funcional dos contextos onde foram realizados os EC possibilitou conhecer não só o espaço físico, como a sua organização, assim como os seus protocolos específicos. A integração nos contextos de EC é facilitada pelo designado enfermeiro cooperante, desempenhando um papel supervisor da própria aprendizagem dos alunos na prática. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados (Cunha et al., 2016).

O desenvolvimento de atividades como: a verificação da unidade do doente, da mala de emergência ou do carro de emergência (CHL, 2016c) e da conformidade dos equipamentos e a realização de testes de segurança e manutenção possibilitam o controlo antecipados das variáveis, para que no momento de receção da PSC tudo se encontre preparado para a acolher. Desta forma possibilitam o controlo antecipados das variáveis, para que no momento de uma possível intercorrência ou instabilidade hemodinâmica a resposta possa ser mais rápida e eficaz. Um dos aspetos que destaco nos vários contextos de EC foi a disponibilidade dos recursos humanos para dar resposta a situações de emergência e para desenvolver estratégias de trabalho em equipa, para dessa forma potenciar a atuação de todos.

Desenvolvi cuidados humanizados, respeitando costumes e culturas, conforme descrito no Código Deontológico, sendo inclusive possibilitada a particularização em algumas situações, como na comunidade cigana, onde a existência de vários filhos ou irmãos, necessitou de ser articulada com as normas dos serviços relacionadas com a gestão de visitas e acompanhantes.

O direito à privacidade assume vários sentidos, por um lado na prestação de cuidados preservando a intimidade e a individualidade da pessoa, por outro o dever de sigilo profissional no acesso à informação pessoal fornecida ao familiar de referência, mediante prévio reconhecimento pelo utente dessa possibilidade. Desta forma o trabalho desenvolvido pelo EFC no gabinete de informação no SU possibilita articular o preconizado pela Lei n.º 33/2009, que preconiza a figura do acompanhante no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as reais limitações de um serviço, em particular de um SU que durante parte do período de EC se encontrou várias vezes sobrelotado. Considero uma mais valia a prática desenvolvida no respetivo gabinete, assim como do reconhecimento do papel do enfermeiro nesse contexto, suportando a preocupação demonstrada pela família e a importância do envolvimento da mesma no processo de transição saúde/doença.

Os momentos de transição de cuidados de saúde acontecem diariamente em todo o tipo de instituições de saúde, ocupando uma parte significativa do tempo de trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros (Leite & Marques, 2018; Colvin, Eisen & Gong, 2016). Para Martins (2014), a comunicação é um processo que ocorre nas interações humanas, na qual se partilham informações relevantes. Este processo num SU pode ser comprometido pela imprevisibilidade das situações, pelas interrupções frequentes, pelo excesso de trabalho, a sobrelotação e ao facto de se estar perante um doente em risco de vida (Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2012). Na transição de uma PSC do contexto de emergência pré-hospitalar para um SU ocorre o primeiro contacto entre equipa do pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar no qual ocorre a transferência da responsabilidade do doente e a transmissão das informações relacionadas com a PSC alvo de cuidados (Sarvestani et al, 2014). A existência de qualquer tipo de *Handover* não eficaz é considerado como um grave problema na segurança da PSC, constituindo a comunicação ineficaz a causa mais frequente dos eventos críticos no contexto de SU (JCP, 2012).

A passagem de turno, pelo tipo de informação utilizada, pode em alguns contextos ser um ponto crítico em termos de privacidade e confidencialidade dos nossos cuidados de enfermagem, podendo comprometer a segurança do doente (DGS, 2017a). A metodologia, a qualidade e quantidade de informação transmitida, com potenciais omissões, imprecisões e deficits de priorização podem trazer consequências para a segurança do doente. A padronização da informação a ser transmitida nos momentos de passagem de turno é identificada como tendo o potencial de promover a segurança do doente, sendo a metodologia ISBAR (Identificação,

Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) recomendada mundialmente por várias organizações de saúde (Randmaa, Martensson, Swenne & Engstrom, 2014). Trata-se de uma “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa, e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017a, p.6). Nos três contextos de EC a metodologia recomendada pela DGS (2017a) é utilizada não só nos momentos de passagem de turno, como na transferência de doentes entre serviços, garantido a segurança destes e, conseqüentemente, continuidade na qualidade de cuidados, apesar de o *nome* da metodologia não ser identificado tão claramente.

A existência de biombos nos diversos contextos de EC garante a privacidade da pessoa na prestação de cuidados diretos ou procedimentos invasivos, respeitando a carta de direitos e deveres do doente internado (OE, 2010). As instalações devem garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes (Portaria n.º 347/2013).

O exercício de enfermagem no contexto prático de Hemodiálise possibilitou-me o desenvolvimento de competência éticas relacionadas com a abordagem e gestão das expectativas da pessoa hemodialisada. Para esta o direito à privacidade é especialmente crítico, no que às questões do absoluto sigilo profissional diz respeito, sobretudo porque essa partilha um espaço/clínica com outros utentes.

O consentimento informado (CI) é um processo de comunicação, contínuo e participado, que se estabelece da interação entre o profissional de saúde e a pessoa (DGS, 2015a). A participação dos enfermeiros no CI tem um papel fundamental no seu sucesso e concretização, através de um trabalho de equipa entre o médico, enfermeiro e outros técnicos de saúde. Segundo Vicente (2014) o enfermeiro direciona a informação de forma mais pormenorizada, numa linguagem mais acessível. O enfermeiro desempenha um papel de tradutor e um mediador entre o médico e o doente. O CI fortalece a relação entre o enfermeiro e a pessoa, traduzindo-se no reconhecer, respeitar e defender a capacidade da pessoa em pensar, decidir e agir de forma ativa sobre os cuidados de enfermagem que lhe são propostos e na escolha da decisão a tomar. Enquanto enfermeiros devemos assegurar que as pessoas, enquanto figura central dos nossos cuidados, compreenderam conteúdo do CI, para que tal aconteça esses devem desenvolver e aperfeiçoar estratégias de comunicação interpessoal. O CI é a materialização nos cuidados de saúde do princípio ético da autonomia, pois a pessoa só pode, efetivamente, participar no seu processo de tomada de decisão quando plenamente informada relativamente a todos os elementos em saúde em análise.

Em contextos de prestação de cuidados de enfermagem à PSC, os enfermeiros são muitas vezes confrontados com a necessidade imediata de uma tomada de decisão clínica, que não deve nunca colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, mas que deve primar pela rapidez e eficácia da mesma. O enfermeiro por se tornar, muitas vezes, o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar, a pessoa e a família, conhecendo de perto a situação clínica, psicológica e o contexto familiar particular, sustenta em si um conhecimento holístico favorecedor e de suporte na tomada de decisões eticamente complexas, como são exemplos a suspensão ou manutenção do suporte terapêutico e/ou mecânico à PSC. Segundo D’Arco et al (2016) o enfermeiro é responsável por promover uma assistência humanizada, prevenir a perda da dignidade na fase terminal e evitar a obstinação terapêutica. No entanto, a proximidade com a sofrimento humano e a dificuldade em assumir o desinvestimento numa situação clinicamente complexa não deve ser encarada pelo enfermeiro como um fracasso no âmbito dos seus cuidados, pois caso contrário desencadeia relatos de situações de vulnerabilidade nas próprias equipas. No campo emocional do profissional, a humanização dos cuidados pode originar a implementação de medidas desproporcionadas e dificuldade na delimitação dos campos de atuação multiprofissional. Ao promover e implementar o nível de cuidados que todos os intervenientes consideram ser a vontade da PSC, a equipa multidisciplinar promove a humanização dos cuidados, compatível com o princípio ético da beneficência, no entanto D’Arco et al (2016) alerta para a existência de inúmeras inevitáveis limitações nessa tomada de decisão.

Por outro lado, a Lei 25/2012 - Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) definiu o conceito das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital, na qual uma pessoa pode manifestar antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade. A ausência desta informação, por parte do enfermeiro, pode originar constrangimentos à sua intervenção dado que, o desconhecimento prévio da vontade do doente pode induzir/facilitar a realização de procedimentos invasivos não desejáveis. Desta forma, será importante constar, da avaliação inicial e processo de cuidados, a colheita de informação sobre a existência ou não de testamento vital (Silva, Pereira & Fernandes, 2015).

Relativamente à comunicação de más notícias, Moraes, Neves, Santos, Merighi e Massarollo (2015), mediante a reflexão sobre os cuidados prestados, referem alguns dos obstáculos

existentes à sua operacionalização bem sucedida, passam por: carência de habilidade da equipa médica na comunicação de más notícias, lacunas na preparação de enfermeiros para lidar com os familiares que vivenciam uma perda repentina, e/ou pela dificuldade que as próprias famílias têm em aceitar e compreender o significado da morte cerebral. No contexto de Cuidados Intensivos tive oportunidade de assistir à realização de provas de morte cerebral, realizadas de acordo com a Lei n.º12/2009 de Março. Estas provas permitem verificar a ausência da totalidade dos reflexos do tronco cerebral. A verificação da morte requer a realização de pelo menos dois conjuntos de provas com intervalo de tempo adequado à situação clínica e à idade. Devem ser realizadas por dois médicos especialistas (neurologia, neurocirurgia ou cuidados intensivos) e nenhum deles poderá pertencer a equipa envolvida no transplante de órgãos ou tecidos (Barradas & Nunes, 2010). Foi ainda alvo da minha reflexão as questões relacionadas com o Registo Nacional de Não Dador (RENNDA) (Decreto-Lei nº 244/94), principalmente associadas ao desconhecimento. Foi inequívoca a existências de lacunas no seio da população portuguesa relativamente ao tema, o que desencadeou questões sobre o direito de opção, claramente descritas na lei, mas que a família quando se vê confrontada com essa possibilidade/realidade expressa o seu pleno desconhecimento. Em tais situações, deve o enfermeiro no seu exercício profissional, mostrar total disponibilidade para clarificar as dúvidas daí decorrentes e ser um elemento facilitador do processo de aceitação.

Cuidar da pessoa em fim de vida ou na fase final da vida pode, na prática diária de cuidados nos diferentes contextos constituir um desafio quer para os profissionais, os doentes e as próprias famílias. A imprevisibilidade da situação de saúde em contexto de urgência e emergência contrasta com a possível falência orgânica em contexto de doença crónica no cuidado ao doente hemodialisado, no entanto, independentemente do estado de saúde e do tempo previsível para a morte o papel do enfermeiro será a valorização da humanização dos cuidados.

Considero assim esta minha competência alcançada dado que respeitei os valores inerentes ao exercício da profissão, promovi sempre uma prática dos cuidados que respeitaram os direitos humanos e participei no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar, que se revelaram nalgumas situações complexas, mas sempre tempo por base os princípios éticos fundamentais.

## 2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Os enfermeiros baseiam a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, de forma a que os cuidados que sejam mais seguros, visíveis e eficazes. Neste sentido, o enfermeiro na sua prática deverá continuamente prestar melhores cuidados e mostrar disponibilidade contínua para a mudança e adesão às novas aprendizagens. A existência de normas, procedimentos, instruções de trabalho e protocolos são instrumentos fundamentais na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a prestação de cuidados com qualidade, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 tem como objetivo aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, a segurança da comunicação, a segurança cirúrgica, a segurança na utilização da medicação; garantir a identificação das pessoas, prevenir a ocorrência de quedas, a ocorrência de úlceras de pressão; garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2015a). O ambiente da prestação de cuidados em contexto de SU, pela sua particularidade, dada a grande rotatividade de utentes, a afluência de pessoas e respetivas famílias ou o número elevado de utentes por área constituem situações que poderão contribuir para a ocorrência do erro, desta forma são adotadas estratégias na tentativa de as deduzir: estratégias individuais de concentração na tarefa, dupla confirmação do nome completo e data de nascimento do utente na triagem ou sempre antes da prestação de qualquer prestação de cuidados, o registo informatizado, a não existência de prescrição oral, sem validação da mesma e a identificação numéricas das macas.

O CHL, onde desenvolvi dois EC, é acreditado pela JCI, estando instituído um processo de melhoria contínua, assente na preocupação com a segurança do utente e na resposta às suas necessidades. A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, demonstram as boas práticas. A acreditação hospitalar é o reconhecimento formal de uma autoridade de acreditação externa e independente, de que o hospital atende a requisitos definidos e cumpre exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem (JCI, 2010). No CHL a política de Gestão da Qualidade e Segurança do Utente implementada permite estabelecer as diretrizes que levam à aquisição da melhoria contínua da qualidade, da segurança e do bem-estar dos doentes, familiares e dos profissionais do Hospital (CHL, 2017a).

Os protocolos são processos ricos em aprendizagem organizacional que resultam de pesquisas bibliográficas onde se reflete racionalmente os melhores recursos a serem utilizados por forma a alcançar os objetivos pretendidos (Jacques & Gonçalo, 2017). A consulta desta documentação possibilitou a integração e a tomada de consciência sobre as diferentes dimensões do cuidar à pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em tratamento de hemodiálise. Destaco que a elaboração de toda a documentação interna é da responsabilidade e gestão da Enfermeira Chefe e Diretora Clínica, dado que a clínica não integra nenhuma multinacional que emane as orientações.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, nomeadamente no contexto à PSC é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista na antecipação das complicações resultantes da doença e dos processos médicos e cirúrgicos complexos, assim como a gestão do risco e do ambiente na prevenção de complicações com recurso à evidência científica e elaboração de protocolos/normas de atuação (OE, 2018). Evidencio a política de prevenção de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, mediante a implementação de estratégias facilitadoras do cuidar, como o recurso aos colchões de pressão alterna, o registo do posicionamento efetuado e a utilização de um instrumento de avaliação de risco – Escala de Braden.

O SNS disponibiliza ao cidadão e aos profissionais de saúde, uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos, o “Notifica”. Constitui-se um instrumento de melhoria contínua da Qualidade e Segurança do Doente que promove uma cultura de segurança do doente responsabilizando o profissional pela sua utilização (DGS, 2014). Em complementaridade a este sistema existia a possibilidade do registo de incidentes no programa de registos informático utilizado, o Dialwin®. Cada registo de ocorrência, quer seja relacionado com a prestação de cuidados direta ou indireta (equipamentos, consumíveis clínicos) é posteriormente analisada pela Enfermeira Chefe e Diretora Clínica e dado o devido encaminhamento.

As instituições de saúde estão atualmente cada vez mais focadas em responder as exigências em termos de qualidade em saúde e segurança do doente, pelo que a criação de comissões e grupos de trabalho no seio da instituição permite analisar e adequar as orientações emanadas à especificidade e ao contexto local. Desta forma na Pombaldial existem uma equipa de controlo de infeção, uma equipa de implementação do protocolo de punção com técnica de botoeira e uma equipa de auditoria aos procedimentos.

Em termos de estratégias de melhoria da qualidade, destaco a criação do sistema de registo informático DialAccess, um programa que monitoriza os Acessos Vasculares (AV) tendo sido desenvolvido por enfermeiros da Pombaldial, com base na definição dos parâmetros a avaliar/monitorizar para cada tipo de AV. Foi operacionalizado tendo por base a metodologia da Triagem de Manchester, existindo quatro níveis de alerta que são identificados por cores e que definem a periodicidade de avaliação. É uma plataforma de avaliação periódica de AV, que de forma eficaz e ágil pode iniciar o processo de referenciação para outros meios de diagnóstico e/ou direciona para a adoção de outras atitudes terapêuticas (Soares & Duarte, 2017).

Existem igualmente um conjunto de procedimentos e protocolos que permitem dar resposta aos padrões de qualidade, assim como às normas emanadas pela DGS na área dos tratamentos hemodialíticos. Apesar de a enfermagem ser caracterizada pelo pensamento crítico-reflexivo a existência de protocolos e procedimentos, padroniza a atuação do profissional, garantindo que sejam aplicadas um conjunto de premissas criteriosamente investigadas para a prestação de cuidados ao doente crónico com insuficiência renal em tratamento de hemodiálise. Desta forma a consulta dos mesmos constitui uma ferramenta fundamental para a reflexão sobre os cuidados prestados e o desenvolvimento de competências.

### 2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Durante os EC a possibilidade de colaborar com o Enfermeiro Coordenador na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Destaco o papel relevante desta figura na gestão e otimização dos internamentos, por forma a reduzir o número de utentes no SUG, dado que muitas das áreas viam a sua capacidade excedida em mais do dobro. Este elemento é designado na elaboração de horário, de entre os enfermeiros com maior antiguidade no serviço, podendo ocasionalmente ser um enfermeiro especialista. Drennan (2012) referenciado em Costa e Gaspar (2017) concluiu que os programas de Mestrado em Enfermagem têm um impacto positivo nas capacidades de liderança e habilidades de gestão do enfermeiro e que podem ser aplicadas no local de trabalho.

O enfermeiro deve desenvolver estratégias de resolução de problemas, sempre em parceria com o cliente. Em contexto de SUG, o auxílio coordenado entre enfermeiros em áreas com menor carga de trabalho e o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente destes é

imprescindível. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende alcançar a máxima eficiência, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados. A hiper-utilização e a sobrelotação dos serviços colocam muitas vezes os enfermeiros em situações que requerer a tomada de decisão rápida por forma a contribuir para a melhoria dos cuidados. Segundo um estudo realizado em 2019, 61.1% dos utentes triados como não urgentes e pouco urgentes recorrem ao SUG por iniciativa própria, sem recorrer aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), apesar da quase totalidade dos utentes ter médico de família atribuído (CHL, 2019b). Este perfil de utilização dos serviços de Urgência originou a criação da área “verdes 2”, para onde são encaminhados os utentes com baixa prioridade que não sejam transportados em maca. Da reflexão que fiz sobre esta situação, considero que a existência de dois circuitos de resposta para estes utentes possibilita libertar o SUG da presença prolongada de utentes com baixa prioridade, no entanto, proporciona a estes utentes uma resposta rápida às suas necessidades de saúde, dado que reduz o tempo de espera preconizado pelo Protocolo da Triagem de Manchester e não fomenta a utilização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O estudo indica ainda que 87,1% dos utentes não urgente/pouco urgentes consideram que a sua doença justifica a ida à urgência. Neste momento, apesar da dotação dos CSP de médicos de família ainda não se consolidou o percurso inverso, de dar primazia aos cuidados de saúde primários (CHL, 2019b). A perceção da pessoa sobre a sua saúde é influenciada por diversos fatores, desempenhando por isso, todos os profissionais de saúde um papel fundamental na clarificação das ideias pré-concebidas de querer ser visto por um especialista ou de precisar de fazer exames complementares de diagnóstico em todas as situações de doença. (CHL, 2019b). De salientar que, como medida de gestão sempre que é necessário dotar outras áreas de profissionais, a área “verdes 2” é encerrada e os recursos alocados às áreas carenciadas.

Pelo acompanhamento da Enfermeira-Chefe do SMI, foi possível realizar igualmente uma reflexão com as questões relacionadas com a avaliação de desempenho. No serviço está implementado o modelo do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP). Segundo este modelo pretende-se desenvolver uma cultura de gestão orientada para os resultados com base em objetivos previamente estabelecidos, favorecendo a autoavaliação e orientando os profissionais na sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes. Possibilita o reconhecimento do mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos níveis de desempenho (GEADAP, 2019).

No contexto do EC, dado tratar-se de uma instituição particular, onde apenas uma enfermeira detém vínculo laboral há um ano, os prestadores de serviços de enfermagem, a monitorização do seu desempenho é feita nas auditorias realizadas à implementação dos procedimentos e protocolos da Pombadial, utilizando a estratégia de observação, realizada pela Enfermeira Chefe.

O cálculo das dotações seguras em enfermagem possibilita o equilíbrio entre os seus elementos e as necessidades de cuidados efetivamente prestados. O cálculo das horas e dos cuidados necessárias tem por base a implementação de sistemas específicos de cálculo, como é o caso do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que permitem determinar as necessidades em cuidados de enfermagem, possíveis de traduzir em horas de cuidados. A dotação apropriada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fulcrais para alcançar níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. Segundo a OE (2019), a definição de um rácio apropriado deve ter por base aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação e não se limitar ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos. No SUG do HSA, tendo por base o número de enfermeiros por turno nas diferentes áreas e o rácio de enfermeiros por turno, nomeadamente, no turno da manhã e tarde eram distribuídos 16 enfermeiros e 13 no turno da noite. A equipa era constituída na totalidade por 94 enfermeiros. Segundo a OE (2019), o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem nos serviços de urgência utiliza os postos de trabalho como base de cálculo, tendo por base o conhecimento nos números de afluência de doentes àquele serviço.

No que diz respeito ao rácio de enfermeiros especialistas a sua distribuição não era igual nas equipas de trabalho em que estava subdividida a equipa global, pelo que o número de enfermeiros especialistas não era equitativo em todos os turnos.

Quanto ao método de trabalho implementado neste contexto, observou-se que não havia um método objetivamente implementado, dependendo da lotação ou da área de cuidados. Nos cuidados prestados na Área Vermelha/Sala de Emergência predominava o método individual, dado que o enfermeiro se foca nas necessidades dos utentes, valorizando a individualização dos cuidados globais ao utente (Silva, 2017). Nas áreas amarela e a verde, predominava o método

por tarefa, com a distribuição antecipada de tarefas por cada enfermeiro, ficando este responsável pela gestão da sua concretização.

Em contexto de cuidados intensivos, recomenda -se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Atualmente a equipa de enfermagem é composta por 10 enfermeiros especialistas em EMC, encontram-se cinco elementos em fase de conclusão da formação e uma enfermeira especialista em Reabilitação. O cálculo das dotações seguras não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente/dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo imprescindível que considere as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. Tratando-se de uma unidade nível III os rácios enfermeiros/doentes estão enquadrados no recomendado para uma de nível II, de um enfermeiro para dois doentes (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Uma das questões que também foi alvo de reflexão, prendeu-se com a gestão de recursos humanos tendo em conta a ocupação da unidade, sendo que quando a unidade se encontrava com menos ocupação o enfermeiro coordenador de turno comunicava a um dos elementos do turno seguinte a possibilidade de gozo de horas acumuladas. Na SMI é utilizado Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), na versão atual TISS 28, que possibilita medir a gravidade do doente segundo a complexidade e o grau de invasividade das intervenções, bem como o tempo dispensado pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos (Gonçalves, Garcia, Toffoleto, Telles & Padilha, 2006). Mais recentemente foram incluídos os índices de gravidade de base fisiológica e as atividades de enfermagem não contempladas anteriormente, como a higiene, suporte e cuidados aos familiares/doentes, sendo reestruturada na Nursing Activities Score (NAS). Esta é amplamente utilizada e recomendada na mensuração da carga de trabalho em enfermagem em cuidados intensivos, além de mediar o próprio dimensionamento de pessoal (Borges et al, 2017).

Em contexto de Hemodiálise, a OE recomenda que o número mínimo de um enfermeiro, por cada quatro utentes e não excedendo a razão de cinco utentes por Enfermeiro. O número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois elementos. Esta questão foi verificada em todos os turnos ao longo do EC. A recomendação da integração de pelo menos 50% enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à PSC e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, não é verificada, dado que dos 21 enfermeiros apenas dois são

enfermeiros de EMC (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Foi possível a reflexão sobre as dificuldades sentidas na elaboração de horários e suas especificidades. Tratando-se de uma instituição particular, onde apenas um enfermeiro detém relação laboral com contrato de trabalho na modalidade de 35 horas semanais, sendo os restantes mediante disponibilidade em regime de prestação de serviço a part-time. Esta prática obrigou ao longo dos últimos anos à fidelização e ao compromisso da equipa de enfermagem, por um lado para dar resposta às necessidades flutuantes de ocupação/número de doentes, mas por outro lado, a realização de um número mínimo de turnos semanais por forma a manter a competência técnica, nomeadamente em relação à punção dos AV.

A passagem de turno é feita no balcão de enfermagem, na área central do serviço, no turno da manhã com a presença de toda a equipa e enfermeira chefe. Nos restantes momentos, realiza-se um segundo momento de passagem de turnos para que toda a equipa tenha conhecimento da informação. Desta forma a passagem de turno foca a informação essencial, reduzindo a sua duração. Segundo Almeida & Costa (2018), as instituições de saúde podem adotar qualquer modalidade de passagem de turno, pressupondo que responde às necessidades do serviço. Sobre a gestão dos locais de passagem de informação, os mesmos autores indicam que deve ocorrer em “local adequado, sem interrupções desnecessárias, sendo as informações transmitidas de forma clara, objetiva e completa” (Almeida & Costa, 2018, pg. 86). Durante o EC decorreu uma alteração no Guia de Acolhimento à Família na SMI com alteração do horário das visitas, dado que coincidia com o horário da passagem de turno e por forma a proteger a continuidade de cuidados era atrasada até à conclusão desse período.

Dado que a enfermeira orientadora desempenhava funções de chefia facilitou o desenvolvimento desta competência de forma contínua durante o EC, uma vez que me foi possibilitado o acompanhamento de funções nas diferentes vertentes de gestão: gestão de recursos humanos, materiais e consumíveis, de equipamentos e dos processos de desinfeção da central de águas. Existe uma enfermeira que é responsável pelas auditorias e gestão aos fármacos e produtos de desinfeção, realizando uma auditoria mensal direcionada. Foi-me possibilitada a participação na reunião clínica mensal, com a presença dos elementos da equipa multidisciplinar. Nesta reunião realizou-se a apresentação dos resultados analíticos de cada utente, a análise de situações individuais, o uso de antibioterapia e a referenciação para construção de novo AV. Tratando-se de um momento de partilha multidisciplinar traduz-se

numa estratégia proveitosa para melhoria dos cuidados prestados, tendo por base os resultados estatísticos reunidos pelas diferentes áreas profissionais.

A política de saúde de gestão integrada da DRC, possibilitou a melhoria da qualidade dos cuidados, a melhoraria da partilha de risco entre os doentes, os prestadores de cuidados e o Estado, assim como garantir a sustentabilidade do sistema de saúde (Coelho, Diniz, Hartz & Dussault, 2014). O SNS disponibiliza o programa de Gestão Integrada da Doença - Insuficiência Renal Crónica, sendo possível a consulta online de um conjunto de dados referente ao desempenho mensal de cada unidade de diálise (SNS, 2020). Os indicadores clínicos, demográficos e da qualidade do tratamento são importantes para avaliar as características e qualidade geral do tratamento dialítico numa unidade de diálise e, nesse sentido, não são linhas orientadoras do tratamento, essas sim dirigidas ao tratamento individual (OM, 2017).

A Pombaldial desenvolve diariamente esforços para que na prestação de cuidados aos seus utentes alcancem as metas definidas pela DGS (2014a) associadas aos tratamentos de hemodiálise, sendo que segundo as estatísticas internas de 2019, apenas o “controlo da anemia associado % de doentes com Ferritina (média)” não foi atingido. A justificação apresentada prende-se com o fato de este indicador refletir um conjunto de variáveis de difícil controlo.

A metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2004). O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, que centra a sua atenção nas necessidades dos clientes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um limitado número de clientes em função do grau de dependência ou especificidade de tratamento para cada enfermeiro, responsabilizando este, durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais aos clientes que lhe foram atribuídos (Silva, 2017).

## 2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O EC é um local privilegiado de prática reflexiva. Segundo Soares (2004) o desenvolvimento profissional sofre a influência de vários fatores que ultrapassam a preparação formal e académica tida como modelo para a profissão de enfermagem. Esses fatores irão influenciar a transformação da identidade profissional da pessoa, mas também no foro individual, as conceções, ideias, perspetivas, estratégias, valores, atitudes e opiniões sobre si próprio.

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019). A formação contínua em equipa e o desenvolvimento de grupos de trabalho sobre as diferentes áreas (vias verdes, abordagem ao doente crítico, triagem) constituem outra das estratégias adotadas pela chefia de enfermagem. Os enfermeiros especialistas dinamizam projetos, para enriquecimento das competências e prática atualizada. O plano de formação anual é elaborado pela chefia de enfermagem com a colaboração de todos os enfermeiros. Os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, por forma a que os cuidados que prestam sejam mais seguros, visíveis e eficazes.

A elaboração de registos de enfermagem usando os sistemas de informação em enfermagem, quer no SClínico, no B-Simple® ou no DialWin®, possibilitaram a integração de conhecimentos sobre plataformas que não dominava por não ser prática no meu contexto profissional. Destaco a valorização dada à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), enquanto linguagem universal de termos estruturados que integra a prática dos enfermeiros, sendo um instrumento dinâmico e mutável (Cubas, 2009).

São programas práticos ou intuitivos que constitui uma ferramenta de registo crucial para os cuidados de enfermagem prestados. Segundo Mota, Pereira & Sousa (2014), os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) devem garantir os requisitos estruturais e de conteúdo, possibilitando a coordenação entre os vários profissionais envolvidos nos cuidados, promovendo a continuidade dos cuidados. As validações das intervenções de enfermagem são efetuadas de forma rápida e clara. Segundo Lima, Ivo & Braga (2013), o recurso aos SIE devem contribuir para que o enfermeiro consiga mais tempo para a prestação de cuidados diretos. Os recursos informáticos devem apoiar o serviço e não substituí-lo, evitando desta forma contribuir para a desumanização de cuidados.

No entanto num dos contextos, os registos eram elaborados em papel junto do utente e posteriormente transcritos para o programa de registo informático, o programa DialWin®. A prática diária levou-me a refletir sobre a duplicação dos registos, ocupando algum tempo de contato com os utentes, o fato de os equipamentos não terem capacidade de transposição de dados online dificulta a agilização do processo. Alguns enfermeiros realizavam o registo informático à posteriori, no final do turno, por forma a dinamizar os períodos de contato durante a permanência dos utentes.

A reflexão da prática de cuidados promoveu o crescimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento desta competência. Através de pesquisa bibliográfica e dos conhecimentos provenientes da experiência profissional dos orientadores, adquiri e aprofundei conhecimentos na área, o que me possibilitou intervir eficazmente nos cuidados de enfermagem e na gestão dos mesmos. A aprendizagem deve ser feita numa forma espontânea de acordo com os interesses e necessidades, tornando-se mais gratificante do que aquela que é imposta (Almeida, 2013).

### **3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Neste capítulo será realizada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para a obtenção dos objetivos e a consolidação da aquisição das respetivas competências (Regulamento n.º 429, 2018).

#### **3.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE FALÊNCIA ORGÂNICA**

A PSC constitui-se um desafio constante devendo o profissional de saúde antecipar a instabilidade e o risco de falência. Em contexto de SU foi-me proporcionado experienciar turnos em todas as áreas da SUG, com maior incidência na área vermelha ou laranja, zona por excelência do doente crítico e/ou com falência orgânica. Nos restantes turnos em outras áreas, surgiu igualmente a oportunidade de prestar cuidados neste contexto, acompanhando a equipa. No SMI a estabilidade hemodinâmica é monitorizada ao minuto, pela avaliação dos parâmetros vitais, pela observação, pelos registos ou pela identificação/previsão de focos de instabilidade. A pessoa com falência orgânica constitui-se um desafio constante devendo o profissional de saúde antecipar a instabilidade e o risco de falência. De acordo com a OE (2016, pg. 14), “face ao contexto específico de intervenção do enfermeiro em técnicas dialíticas, nomeadamente a

elevada complexidade, a exigência e os riscos associados ao tratamento dialítico” o enfermeiro especialista em EMC na vertente PSC desempenha um papel fulcral no seio destas equipas, maioritariamente compostas por enfermeiros de cuidados gerais com largos anos de experiência neste contexto específico. Estes devem deter as competências adotadas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA, 2015). O papel do enfermeiro na prestação de cuidados específicos e especializados à pessoa com DRC em contexto de tratamento de hemodiálise é fundamental na prevenção de instabilidade hemodinâmica associada ao tratamento, no envolvimento da pessoa no cumprimento das indicações/restrições alimentares e hídricas e na adesão ao tratamento/regime medicamentoso. A ocorrência frequente de anemia, inflamação, dislipidemia, distúrbio do metabolismo ósseo e mineral, acidose metabólica, desnutrição, disfunção muscular e doenças cardiovasculares, frequentes na pessoa com DRC, são manifestações clínicas que podem originar o aparecimento de complicações durante a sessão para as quais o enfermeiro deve estar desperto (Mansur, Damasceno & Bastos, 2012). Durante o tratamento dialítico a estabilidade hemodinâmica é monitorizada através dos valores de pressão arterial e frequência cardíaca, assim como da sintomatologia evidenciada pela pessoa. Apesar da descrição bibliográfica de todas as complicações intra-dialíticas ou pós-dialíticas, a subjetividade da pessoa e a sua descrição deve ser sempre valorizada. Os incidentes mais frequentes durante o tratamento são as náuseas, os vômitos, as cefaleias, a hipotensão arterial, as câibras, os hematomas e as hemorragias associadas à punção (OE, 2016). O enfermeiro deve monitorizar os sinais e sintomas do utente, avaliar sinais vitais e dirigir a sua intervenção à causa mediante os protocolos de atuação e a solicitação ao médico residente.

A abordagem da PSC passa pela metodologia “ABCDE” também utilizada no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomenclatura reconhecida internacionalmente permitindo-me manter a organização do pensamento priorizando a intervenção, identificando, corrigindo e estabilizando situações que colocavam o doente em risco imediato de vida. Desta forma facilita a comunicação entre as equipas do pré-hospitalar e do intra-hospitalar em contexto de sala de emergência.

Outra das situações que me levou a refletir sobre a prática de cuidados à PSC foi os contextos de PCR, dado que constitui uma das situações limite e em que mais é exigido à equipa treino, interligação e domínio do algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que potenciem a atuação de cada grupo profissional como

membros integrantes de uma equipa. A preparação e o treino é essencial para contribuir para a prestação de cuidados seguros e eficazes. Em contexto de urgência e emergência as práticas desenvolvidas em contexto formativo prepararam a equipa de enfermagem para melhor dar resposta as situações.

Outras das oportunidades foi o cuidado à PSC com necessidade de suporte ventilatório invasivo, possibilitando o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos em termos de modos ventilatórios, acompanhando a sua repercussão em termos de estabilidade hemodinâmica. Em termos de intervenções de enfermagem é fundamental desenvolver um conjunto de ações que visem monitorizar os parâmetros ventilatórios, adaptação ao ventilador, a higiene oral, a aspiração de secreções e o posicionamento adequados. No que diz respeito ao posicionamento adequado à PSC com suporte ventilatório, vivencie a experiência de promover numa pessoa com Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto (SDRA) grave a implementação do decúbito ventral, que segundo Alves & Pereira (2012) tem-se mostrado uma técnica segura e eficaz para melhorar a oxigenação, sendo importante o treino das equipas de modo a facilitar a sua aplicação, reduzir o tempo da sua execução, diminuir o risco de intercorrências e estar alerta para possíveis complicações.

Outra das técnicas que pude aplicar foi a aspiração em circuito fechado do doente ventilado. Este pode trazer vantagens em não diminuir os volumes pulmonares e não levar à descida da saturação especialmente quando não é possível, em segurança a desconexão do ventilador, nomeadamente com insuficiência respiratória grave e em uso de níveis mais altos de pressão expiratória final positiva (Pagotto, Oliveira, Araújo, Carvalho & Chiavone, 2008). Relativamente à técnica de aspiração em circuito aberto, refleti sobre uma prática no SMI, de instilação de fluído estéril no tubo endotraqueal para fluidificação de secreções, que segundo Farias, Freitas, Rocha & Costa (2009) poderá ser controversa, dado que a utilização de fluídos durante a aspiração, pode incorrer em hipoxemia e contribuir para Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). No SMI são cumpridas as indicações no procedimento interno sobre prevenção de pneumonia associada à intubação (CHL, 2018), que foram atualizadas com as recomendações da DGS, associada ao feixe de intervenção específico.

O conhecimento de algoritmos e protocolos instituídos possibilitou não só uma atuação em conformidade com a situação, como proporcionou um crescendo de autonomia, confiança e segurança na prestação de cuidados de enfermagem (CHL, 2015). Fruto do meu contexto profissional, senti que este EC possibilitou aperfeiçoar o sentido crítico, a análise, a colheita de

dados direcionada para cada situação específica, fomentando a prática de cuidados de enfermagem à PSC.

Ao longo deste EC I vivenciei vários episódios em contexto de PSC, mas com maior incidência em insuficiência respiratória aguda, dor torácica, Paragem Cardio-Respiratória (PCR) e trauma. No caso dos doentes com suspeita de AVC, a grande maioria deles dava entrada na área vermelha para avaliação médica de escala de National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), que é uma escala padrão, validada, segura, quantitativa da severidade e magnitude do défice neurológico após o AVC. Conforme já identificado anteriormente existe uma instrução de trabalho (IT.CHL.196.00) que prevê a aplicabilidade dos critérios definidos pela DGS para ativação da Via Verde devendo os doentes que se enquadram neste grupo serem orientados por processos que agilizem o rápido estabelecimento de diagnóstico e tratamento adequado, definindo o tratamento por fibrinólise no CHL e/ou posterior encaminhamento para o CHUC (DGS, 2016b).

O Protocolo da Via Verde Coronária pressupõe o pedido de Eletrocardiograma (ECG) em contexto de triagem, caso a pessoa não entre diretamente pela sala de emergência. Dado que o HSA possui equipa de cuidados intensivos coronários, em pelo menos uma situação, a mesma veio à área vermelha avaliar o doente. Apenas estas duas vias verdes estão efetivamente implementadas na SUG, estando criados grupos de trabalho para a implementação dos protocolos de atendimento imediato na Via Verde de Sépsis e Via Verde Trauma.

Durante o período de EC, decorreu um afluxo superior de vítimas de trauma ao SUG, na sequência dos cursos de carnaval típicos da região. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005) refere que o trauma é a principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo, habitualmente relacionado com acidentes de viação e de trabalho, quedas, tentativas de suicídio e violência interpessoal. O CHL, ao abrigo do definido pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) não constitui um Centro de Trauma (CT), no entanto é responsável pelo adequado atendimento inicial destas vítimas e o posterior encaminhamento para CHUC, unidade de referência enquanto CT. Dada essa necessidade de transferência inter-hospitalar, as vítimas de trauma eram muitas vezes deixadas horas consecutivas posicionadas sobre o plano duro, podendo isto constituir, segundo INEM (2015), uma possibilidade de agravamento das lesões vertebro-medulares existentes. Apesar de compreender que tal situação estava maioritariamente relacionada com a espera pela ambulância e o respetivo material para transporte, considero que

neste ponto, a implementação da Via Verde Trauma possibilitaria a aplicação ágil de respostas à PSC, tal como ocorre nas duas vias verdes já implementadas. Uma equipa organizada de trauma melhora o processo, abordagem e resultado final dos cuidados ao cliente vítima de trauma (ACSCT, 2008). Para tal, é essencial que todos os elementos que compõem a equipa utilizem a mesma linguagem, ou seja, empreguem uma metodologia idêntica na abordagem ao cliente vítima de trauma grave, apliquem os algoritmos mais recentes e tenham uma prática constante de trabalho.

O conhecimento dos protocolos constitui-se linhas orientadoras da prática, tomando como exemplo o protocolo instituído para a correção da calíemia em que baseado no valor obtido na gasimetria realizada em todos os turnos, o enfermeiro procede à administração de cloreto de potássio diluído promovendo o ajuste dos valores e posterior realização de gasimetria de controlo após uma hora. O procedimento de insulinoaterapia no doente crítico é igualmente uma ferramenta facilitadora dos cuidados prestados à PSC, ajustando a sua administração por via venosa contínua mediante a vigilância horária da glicémia. Segundo Magalhães (2011) a insulina intravenosa em perfusão contínua é o método de eleição para controlar a glicémia capilar, sendo benéfico a implementação de protocolos em cuidados intensivos.

Existe um protocolo sobre a nutrição entérica do doente crítico, que clarifica os critérios de iniciação ou de exclusão da nutrição entérica, bem como vantagens, desvantagens, prevenção de complicações e cuidados de enfermagem. A terapia nutricional no doente crítico deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois reduz as complicações, mortalidade e os custos associados ao internamento, através de uma melhoria na sobrevida (Campos & Leite, 2013).

Outro dos resultados de aprendizagem que contribuíram para o domínio desta competência foi “fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2019). À dor, no protocolo de Triagem de Manchester é-lhe atribuída uma grande valorização, constituindo, segundo a DGS o quinto sinal vital. Esta competência é também reforçada pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que emanou um conjunto de boas práticas a aplicar pelos profissionais que incluem a avaliação da dor, a colaboração multidisciplinar na elaboração de um plano de intervenção farmacológico e não farmacológico e a continuidade de cuidados no que diz respeito ao controlo da mesma. A dor constitui-se um dos principais motivos de recurso aos serviços de urgência, tendo tido oportunidade de utilizar as escalas preconizadas mediante o grau de consciência da pessoa. A Behavior Pain Scale (BPS) era avaliada aos doentes sedados de 4 em 4 horas, ou quando necessário, possibilitando uma

visão sempre atenta relativamente à dor no doente ventilado. Avaliar a dor de doentes críticos, quase sempre sedados e incapazes de verbalizarem as suas experiências dolorosas, é dos procedimentos mais desafiadores e complexos que os profissionais de saúde têm de desenvolver. Baseia-se em três itens comportamentais: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013). Nos doentes não sedados era utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), um instrumento simples que permite a avaliação contínua da dor. Relativamente à promoção de bem-estar eram adotadas de forma contínua medidas não farmacológicas da dor, através do posicionamento e da massagem de conforto, assim como o próprio equipamento utilizado, a cama e o colchão de pressão alterna, também contribuem. A avaliação do grau de consciência da PSC foi a Escala de Coma de Glasgow, é um método para definir o estado neurológico da PSC com uma lesão cerebral aguda analisando seu nível de consciência (IESPE, 2019).

Relativamente a estratégias de promoção de bem-estar em contexto de Hemodiálise eram adotadas de forma contínua medidas não farmacológicas de controlo da dor, através da tipologia de cadeirões reclináveis, do posicionamento com almofadas do braço, ocupação do tempo com a leitura de livros/jornais e televisão. A dor associada à punção do AV ou associado ao Síndrome de Roubo, enquanto complicação, constituíram-se as situações mais frequentemente observadas, sendo no que à punção diz respeito pode refletir da construção que cada doente faz do papel individual de cada enfermeiro, tendo as suas preferências e isso ser assumido como fator tranquilizador. Uma estratégia que pode ser recomendada na punção do AV é a utilização de anestésico local. Durante o EC presenciei o uso em apenas uma doente, tendo oportunidade de validar junto de um grande número de utentes que apesar do desconforto, a dor é momentânea e tende a ser esquecida durante o tratamento. A técnica de punção em botoeira pode, após a conclusão do túnel torna-se menos dolorosa, dado que as agulhas utilizadas são rombas. Nas técnicas de punção de AV mais convencionais, em área ou em escada a recomendação do uso do bisel invertido é identificado como benéfico na redução da dor (Soares & Duarte, 2017).

A equipa que dinamiza o protocolo das punções em botoeira foi desenvolvido pelos dois enfermeiros em funções de chefia, após formação específica em 2013. Atualmente é constituída por sete elementos, garantido dessa forma a implementação da técnica mediante a necessidade dos utentes. A técnica de punção da Fistula Artério-Venosa (FAV) em botoeira (buttonhole method), possibilita a criação de um túnel e a introdução das agulhas sempre no mesmo local e

com o mesmo ângulo de inserção, devendo preferencialmente ser realizada pelo mesmo enfermeiro. Não existe a definição de uma técnica ideal de punção de AV, no entanto punções repetidas em áreas circunscritas da FAV ou ao longo da extensão do AV estão associadas ao aparecimento de aneurismas nas áreas de inserção das agulhas e estenoses nas áreas adjacentes. Sendo que estas podem comprometer a longevidade do AV (Castro et al, 2010).

Foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional o contato com a continuidade de cuidados em meio hospitalar, possibilitando o acompanhamento e a prestação de cuidados de enfermagem em diversas situações da PSC. Para a JCI (2010) o processo de transição de um prestador de cuidados para outro pode não fornecer toda a informação que é essencial para a prestação de cuidados seguros, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados, daí a importância dada à transmissão de informação entre os enfermeiros do pré-hospitalar e na sala de emergência. A melhoria da eficácia da comunicação entre os profissionais, promovendo uma comunicação eficaz, reduz este problema na segurança do doente crítico, responsável por cerca de 80% dos erros graves que ocorrem (JCI, 2010). Os cuidados de enfermagem prestados em situação de urgência não se tornaram visíveis nos registos, bem como as intervenções do tipo informar e atender, muitas vezes realizadas. A gestão da informação é fundamental como suportar a tomada de decisão, deve assegurar-se a visibilidade, a continuidade, a qualidade e segurança dos cuidados e, essencialmente, aquilo que as pessoas e as famílias ganham com esses cuidados (Pereira, 2009).

Segundo Galo et al (pg. 106, 2013) “à competência humana alia-se o valor da tecnologia, pelo que os alarmes clínicos são considerados uma ferramenta-chave, indispensável e life-saving.” No entanto podem colocar em causa a qualidade do trabalho do enfermeiro e a segurança do doente pela ocorrência de falsos-positivos, gerados por problemas técnicos, artefactos, hipersensibilidade do equipamento, mas também pela inadequação dos limites dos parâmetros à situação individual de cada utente. O ruído pode levar à dessensibilização do enfermeiro, ignorando, silenciando ou até desligando os alarmes. Estes indicam alterações que ocorrem no sistema (detetores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue, entre outros), mas não podem garantir que as complicações deixem de ocorrer, sendo fundamental o enfermeiro ouvir as queixas verbalizadas pelas pessoas (Sancho, Tavares & Lago, 2013).

A gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e a família nestes contextos assume especial relevância. Segundo Alves e Pereira (2012) o conhecimento das formas de comunicação, verbais ou não verbais, são fulcrais para possibilitar ao enfermeiro construir uma

relação terapêutica com a PSC, tendo presente que esta possui, pela sua situação de doença, uma vulnerabilidade acrescida. As estratégias adotadas foram: utilização e freses simples, olhar dirigido, leitura dos lábios, incentivo à comunicação não verbal.

Apesar de todas as competências técnicas associadas ao tratamento, a gestão da comunicação interpessoal com a pessoa assume especial relevância, o papel do enfermeiro deverá ser utilizar a comunicação de maneira adequada, com intuito de compreender a pessoa através de suas experiências associadas à doença. O contato prolongado, favorece o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Isto possibilita a confiança da pessoa no enfermeiro, aliviando, muitas vezes, os sentimentos associados ao processo de hemodiálise (Frazão et al, 2014). A minha conduta face ao doente e à equipa teve por base a eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados, dado que as competências técnicas não justificam por si só a qualidade dos cuidados. Desenvolvi desta forma uma relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados respeitando o carácter único e ajudando-o a enfrentar os seus problemas. A pessoa com DRC que realiza tratamentos de hemodiálise é considerado por muitos profissionais de saúde “difícil”, da experiência vivenciada, considero que o conhecimento que cada um detém do seu processo de saúde-doença, pode numa fase inicial ser “assustador” para alguém que está a iniciar o desenvolvimento de competências nesta área tão específica. A ansiedade e o medo são sentimentos frequentes na pessoa dada a irreversibilidade da dependência durante a vida de uma técnica dialítica ou pela demora do transplante renal (Almeida, 2013).

Segundo Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015), a família partilha informação essencial aos cuidados personalizados. A presença da família ajuda a ultrapassar barreiras culturais e linguísticas, fornecendo o apoio emocional, carinho, esperança e promove a orientação na pessoa, tempo e espaço. No que diz respeito às famílias senti alguma dificuldade em focar o objetivo do contacto, dado que o equipamento de monitorização e os sinais sonoros de alerta são de maior interesse do que a pessoa. As principais estratégias utilizadas para cuidar da família foram a promoção da sua presença, o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações sobre o estado da pessoa e a promoção do seu envolvimento nos cuidados à PSC (Galinha de Sá et al., 2015). Os cuidados de enfermagem à PSC tendem a ser associados à execução de técnicas e procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, associadas à constante presença da morte, aspetos esses que podem gerar ansiedade, no doente e família assim como nos Enfermeiros (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). As famílias questionam muitas vezes os alarmes, os parâmetros vitais desviando a atenção dos seus

familiares, cabendo ao enfermeiro recentrar o foco daquela visita. Segundo Galinha de Sá et al. (2015) a família vivencia de forma muito intensa e emocional todos os momentos e alterações no estado clínico, enquanto que a pessoa muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. A partilha de informação entre a equipa multidisciplinar facilita o processo de tomada de decisão, dado que maioritariamente a PSC se encontra sedada, incapaz de interagir verbalmente o que condiciona a expressão da sua vontade/opinião.

Acompanhei as várias fases do processo de internamento na SMI, desde a admissão até ao momento de alta para outro serviço de internamento. Particpei na admissão da PSC, preparando a unidade e o material para implementar a monitorização invasiva, nomeadamente cateter venoso central (CVC) e Linha Arterial (LA) e realizei a avaliação inicial de enfermagem. Desenvolvi competências em termos de monitorização rigorosa dos balanços hídricos do doente, pois através das ferramentas do B-Simple® é possível a elaboração de gráficos que facilitam a interpretação da situação hemodinâmica do doente.

Desenvolvi competências em termos de implementação de técnicas contínuas de substituição renal - Hemodiafiltração, através da aplicabilidade real na PSC e respetivos cuidados de enfermagem, assim como pela participação numa formação de serviço sobre esta temática. No que diz respeito à manutenção dos AV, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, tendo já abordado anteriormente a estratégia particular instituída na Pombaldial na monitorização destes através do programa DialAccess®. A existência de um AV funcional é imprescindível à realização de diálise, este deve proporcionar um tratamento eficiente, promovendo o máximo desconforto para a pessoa (OE, 2016). A monitorização de todos os tipos de AV, para detetar precocemente disfunções, complicações, perda de eficácia dialítica e implementar procedimentos para maximizar a longevidade do AV (Soares & Duarte, 2017). Diversos autores indicam que esta monitorização passa pela realização de testes precisos, não-invasivos e confiáveis na deteção da disfunção do AV (Leivaditis, et al., 2014).

Outros utentes apresentam CVC, que apesar de terem sido concebidos como um acesso provisório para hemodiálise, no entanto dado as características do sistema vascular do doente pode muitas vezes haver recurso à implementação de um CVC definitivo. Existe um maior risco de infeção no manuseamento, pelo que cabe ao enfermeiro utilizar a correta técnica de assepsia na sua manipulação e realização do penso (Andrade, 2016). Esta tendência também se mantém, dada a dificuldade de resposta hospitalar para a construção de um novo AV.

A admissão de um utente obedece a conjunto de procedimentos que visam a sua integração na instituição, a avaliação inicial da pessoa e do acesso vascular. O preenchimento de uma *checklist* de verificação durante as duas primeiras sessões que possibilita um momento de colheita de dados e interação com a pessoa mais alargado. A Pombaldial dispõe de um guia de acolhimento entregue ao utente/família num primeiro contacto.

A caracterização dos utentes da Pombaldial proporcionou uma reflexão sobre a tipologia de doente, assim como do tipo de cuidados especializados que podem ser necessários. São idosos maioritariamente dependentes, institucionalizados e com mais de 65 anos. Sendo muitas vezes difícil a promoção e adesão aos cuidados específicos, pois maioritariamente a doença é reflexo dos comportamentos tidos como corretos ao longo da vida.

### 3.2 DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEPÇÃO À ACÇÃO

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficiente, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo (ICN, 2009). Assim, é fundamental dotar estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente.

Perante a imprevisibilidade da ocorrência de uma situação de exceção ou catástrofe deve o enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional desenvolver competência nesta área, pois poderá ser solicitada a sua prestação de cuidados sem aviso prévio. Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (INEM, 2012). Em Portugal existem acidentes com alguma frequência elevado número de vítimas, incêndios florestais ou incêndios urbanos/industriais.

As competências do enfermeiro especialista à PSC contemplam um conjunto de conteúdos que complementam a formação de base, nomeadamente a atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe; a participação a nível estratégico nos diversos planos de emergência e catástrofe e o planeamento da resposta e a gestão dos cuidados de enfermagem.

Por mais experiência profissional que se detenha, todas as situações são consideradas únicas, pelo conjunto de fatores e variáveis que, enquanto enfermeiros, nem sempre conseguimos antecipar e gerir.

O enfermeiro enquanto gestor da situação deve ter a capacidade de avaliar, identificar as necessidades, requisitar os meios necessários e ideais para a situação, sendo que por vezes o nosso foco não pode em primeira linha ser a prestação de cuidados direta, pois caso não se salvaguarde as necessidades de meios humanos e materiais adequados à situação poderemos contribuir para o insucesso da operação.

Para alcançar este objetivo contribui de forma decisiva a reunião de apresentação pelo elemento da chefia ao grupo de alunos, dando a conhecer o plano de emergência externo e o plano de emergência interno e a sua operacionalização, possibilitando a observação e manuseamento dos diversos kits preparados para o efeito. Perante uma catástrofe, todo o funcionamento do SUG é alterado, existindo uma sala específica para reunir os elementos, onde está disponível todo o material necessário.

Os planos de emergência hospitalar, interno e externo, devem ser do conhecimento de toda a equipa do serviço de urgência. Os enfermeiros devem compreender pormenorizadamente o mesmo, compreender o seu papel e promover a participação num simulacro.

No SMI existe uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EMMI) constituída por um médico e um enfermeiro que tem como objetivo responder a situações de emergência que ocorrem no CHL. Os critérios de ativação são: a paragem respiratória, a paragem cardiorrespiratória, saturações periféricas inferiores a 90% com oxigénio complementar, pressão arterial sistólica de instalação súbita com valor inferior a 90mmHg, perda súbita da consciência e crise convulsiva prolongada e repetida (CHL, 2017b). O Carro de Emergência está organizado demonstrando uniformidade, quer na organização, quer na verificação, quer nos consumíveis e fármacos existentes. Estes aspetos promovem não só um acesso rápido, como diminui a probabilidade de ocorrência do erro. Este pormenor promove não só um acesso rápido, como diminui a probabilidade de ocorrência do erro.

Em contexto de Hemodiálise, existia um carro de emergência cuja organização e conteúdo é do conhecimento de todos os enfermeiros e médicos da equipa, existindo o “Manual de emergência da Pombaldial”. Dada a proximidade entre salas de tratamento, conforme previsto na literatura

é partilhado pelas duas salas existentes (OM, 2017). O conhecimento do plano de emergência interno assim como a possibilidade de assistir à verificação do gerador de emergência, contribui-o para dinamizar conhecimentos nesta área. Neste é simulada a falha de corrente elétrica que condiciona o sistema de alimentação energética durante a sessão, podendo condicionar a estabilidade hemodinâmica do utente.

### 3.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

As IACS constituem um problema de saúde, com elevados custos associados e elevada morbimortalidade (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). A maioria resulta de infeções cruzadas através das mãos dos profissionais de saúde. A higiene das mãos é o único procedimento capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pelas de infeções hospitalares (DGS, 2017b).

Face ao panorama nacional, as IACS são um problema de saúde pública que assumem cada vez maior relevância. Tendo como meta a prevenção e o controlo destas deverão ser instituídas estratégias de prevenção que possibilitem diminuir a ocorrência, nomeadamente desenvolver programas de vigilância epidemiológica, que abranjam a formação dos enfermeiros e outros profissionais de saúde (DGS, 2017b).

A dotação de serviços com mais e melhores recursos, as questões relacionadas com o afluxo de doente já mencionadas neste relatório e a diminuição do tempo de permanência dos doentes nos serviços de urgência também serão variáveis a considerar.

O CHL possui um Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), que tem em cada serviço um elo de ligação que promove a missão do PPCIRA. A Pombaldial dispõe de um grupo de enfermeiros que constituem a comissão de controlo de infeção desde 2018, que realiza auditorias a cada seis meses ao uso de luvas, à higiene das mãos e às dez precauções básicas no controlo de infeção.

No SUG está instituída uma política de prevenção das IACS realizando-se preventivamente as colheitas para os utentes com suspeita de foco infeccioso ou internamento recente. No entanto, devido a vários fatores, estruturais e humanos, torna-se por vezes difícil aplicar as medidas de

isolamento adequadas ainda durante a fase da suspeita, enquanto se aguarda pelos resultados da colheita. Este tema foi analisado várias vezes em equipa, possibilitando a minha reflexão sobre a situação dado que, por vezes existia dificuldade nalgumas áreas em realizar isolamento de contenção, pela inexistência de unidades do doente individualizadas ou por exemplo havia a necessidade de abordar com o médico a coerência de prescrição de nebulizações, havendo a suspeita de microrganismo transmissível por via-aérea ou gotícula.

Segundo a DGS (2017b), as IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos, são responsáveis pelo agravamento do prognóstico da doença, aumentam o consumo de recursos hospitalares, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. O contacto com as práticas neste âmbito na SMI foi fundamental para refletir sobre a minha prática de cuidados no meu contexto profissional e desenvolver estratégias que pretendo implementar para melhorar os cuidados prestados, no entanto, destaco que determinados pressupostos no controlo de infeção são facilitados pelo desenvolvimento de cuidados em ambiente controlado.

De acordo com o Alves, et al. (2016), as infeções mais frequentes são as infeções do trato respiratório, do local cirúrgico e do trato urinário, podendo estar associadas a procedimentos invasivos, respetivamente à entubação traqueal, ao cateterismo urinário e à colocação de cateteres venoso periférico. Um terço das IACS são seguramente evitáveis, pelo que é prioritário investir ao nível de programas de vigilância epidemiológica, abrangendo formação dos profissionais de saúde, elaboração e divulgação de guias de boas práticas, através das comissões de controlo de infeção hospitalar. Outras medidas a adotar, com vista a alcançar melhores resultados dos cuidados de enfermagem e organizacionais, passam por melhorar os rácios enfermeiros/doente e maior envolvimento destes profissionais na tomada de decisão e nas políticas hospitalares (Alves, et al., 2016).

A implementação de medidas direcionadas para as IACS nomeadamente com: a existência de solução alcoólica em todas as unidades do doente; o sistema automático de abertura de portas; o sistema automático de dispensa de sabão para lavagem das mãos e de água; a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) sempre disponíveis (bata, touca, máscara e luvas); a disponibilidade de fardamento para troca; a higienização do serviço e após a alta, na unidade do doente; o uso de desinfetante à base de Clorohexidina 2% para colheita de sangue a partir do CVC e LA ou para conexão nos sistemas obturados. Os EPI encontram-se em local de fácil acesso, num carro de apoio no centro do serviço e nas adufas dos quartos de isolamento.

Os cuidados na execução de técnicas, tais como aspiração de secreções pelo tubo oro-traqueal, preparação de alimentação parentérica, realização de pensos cirúrgicos, do CVC e LA foram realizadas sempre de forma asséptica. Foi cumprido o “feixe de intervenção” associado à prevenção da infeção relacionada ao CVC, sendo preenchido diariamente impresso com os dados relativos ao manuseamento e realização do penso, bem como das técnicas utilizadas na sua colocação. Trata-se da vigilância epidemiológica inserida no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS e na plataforma do programa Healthcare– Associated Infections in Intensive Care Units (HAI- ICU) (CHL, 2018). Na remoção do cateter central ou da linha arterial, a “ponta” do cateter é enviada para análise, para despiste. Relativamente às recomendações da DGS no que diz respeito aos feixes de intervenção para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e prevenção da pneumonia associada à intubação estas são implementadas no SMI (DGS, 2015b).

Segundo Frota, Ferreira, Loureiro, Chede & Reis (2012), os profissionais da área da saúde estão expostos constantemente ao risco de adquirir infeções pelo contacto com os fluídos corporais durante o desenvolvimento da sua atividade profissional. O procedimento da aspiração da via aérea é aquele que mais expõe o enfermeiro, sendo fonte potencial de transmissão de doença, devendo este ter consciencialização dos riscos a que se expõe. No que diz respeito aos tipos de isolamento, os doentes são identificados mediante a realização de rastreio séptico aquando da admissão, após realização da zaragatoa, urocultura e hemocultura. A implementação de medidas de isolamento, constituem-se medidas adicionais às precauções básicas e tem em consideração as vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas) (DGS, 2007). No B-Simple® na identificação da unidade do doente, em situação de infeção é associado um alerta de cor e são implementadas todas as medidas em conformidade com o tipo de micro-organismo identificado. Durante o EC há a registar um incidente crítico, relacionado com uma quebra nas medidas de isolamento decorrente de um falso negativo nos valores analíticos da PSC só identificado à posteriori. Levando a que os enfermeiros e estudantes que prestaram cuidados àquela pessoa necessitassem de realizar teste de controlo para o micro-organismo específico.

A limpeza no SMI é assegurada diariamente pelas assistentes operacionais, garantindo os princípios básicos, existindo a separação das zonas limpas e das zonas sujas, a limpeza da unidade do doente e o desperdício de todos os materiais do armário da unidade que possam ter tido contacto com a PSC. A bancada de trabalho onde é preparada a terapêutica é higienizada

antes de cada preparação, sendo posteriormente levada para a unidade, garantido a exclusividade de uso dos materiais em cada unidade, contribuindo para o controlo de infeção.

Outra das medidas implementadas no controlo de infeção prende-se com a transferência da pessoa, que ocorre na entrada do serviço, garantindo a privacidade através de biombos, não havendo entrada de camas externas ao serviço no SMI.

Em relação às visitas, também são implementadas políticas de controlo da infeção: realizam a fricção antisséptica das mãos com solução alcoólica à entrada, a utilização de avental e na saída após retirada do EPI, realizar nova fricção antisséptica. Enquanto enfermeira incentivei ao cumprimento das normas de segurança e foi explicada à família a importância do seu cumprimento.

Ao longo da sessão de hemodiálise o enfermeiro desenvolve um conjunto de intervenções com foco na pessoa com o objetivo que o tratamento decorra em segurança, prevenindo as IACS, desde a preparação do monitor, manutenção da esterilidade do circuito extracorporal e o cumprimento da estratégia dialítica daquela pessoa (OE, 2016). A preparação de medicação administrada por via parentérica de uso múltiplo, como sendo o caso da heparina é efetuada numa sala independente, fora da área de tratamento, cumprindo igualmente as indicações de preparação de terapêutica (OM, 2017).

As realizações dos testes diários à qualidade da água passam pela colheita de uma amostra pelas assistentes operacionais logo no início do primeiro turno, que posteriormente é validado pelo médico de turno. Mensalmente são realizadas análises por entidade externa acreditada.

A implementação de medidas de isolamento, constituem-se medidas adicionais às precauções básicas e tem em consideração as vias de transmissão (DGS, 2007). Atualmente existe na clínica apenas um utente com a presença de uma bactéria multirresistente em tratamento, pelo que a estratégia utilizada é o uso exclusivo do monitor para o doente infetado, mantendo-se sempre no mesmo posto de diálise. No que diz respeito as doenças transmissíveis com relevância na diálise, tais como Hepatite B, Hepatite C e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) não existem utentes em tratamento.

A limpeza do serviço é assegurada diariamente pelas assistentes operacionais, garantindo os princípios básicos da desinfeção, existindo a separação das zonas limpas e sujas, a limpeza da unidade do doente, separação de lixos e uso de mantas e almofadas individuais para cada utente. Destaco a especial atenção dada à descontaminação dos equipamentos, nomeadamente ao

painel touch do monitor, assim como das superfícies que potencialmente possam ter contacto com o sangue. Foi igualmente observado a correta separação dos lixos segundo as recomendações instituídas, sendo que cada posto de diálise dispunha de um contentor de recolha de cortantes por forma a reduzir a manipulação dos mesmos.

Procurei atender a situações de risco potenciais ou reais, prestando cuidados em segurança, respeitando nomeadamente os mecanismos de controlo de infeção, prestando especial atenção à triagem de lixos, às precauções básicas de controlo de infeção, assim como aos riscos clínicos e não clínicos inerentes à prestação de cuidados (DGS, 2017b). Enquanto futura enfermeira especialista, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de IACS, considero que este domínio foi alcançado.

Os enfermeiros atuam, colocando em ação conhecimentos aprendidos e a própria experiência. Ao encontrarem soluções para os problemas surgidos, num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, possibilitam a construção de conhecimento próprio de enfermagem que ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares, se transforma em ciência de enfermagem (Queirós, 2016).

## 4. CONCLUSÃO

Os EC têm por objetivo proporcionar aos estudantes contato com a realidade prática de enfermagem e promover a aplicabilidade das aprendizagens teóricas adquiridas mediante a orientação pelo enfermeiro e o acompanhamento do docente. Segundo Dubar (1997), citado por Soares (2004, p.52), “Aqueles que exprimem uma identidade profissional e consideram o trabalho como uma especialidade que os define inteiramente, apenas concebem a formação como um aperfeiçoamento da sua especialidade”. Desta forma pretende-se ampliar o conhecimento, desenvolver competências na resolução e problemas, melhoria dos cuidados prestados, desenvolvimento de raciocínio crítico e em estratégias da tomada de decisão.

A sua realização contribuiu de forma singular para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à PSC. A diferenciação dos contextos da sua realização proporcionou o alcance das competências experienciando vários locais de atuação: SU, SMI e na unidade de Hemodiálise.

Para adquirir competências específicas nesta área de especialização, orientar a minha prática de cuidados especializados à PSC e a minha tomada de decisão diária baseei-me não só nos referenciais teóricos de enfermagem, mas também, no conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à PSC. Aprendizagens essas que tentei explicar com a elaboração deste relatório final.

Na elaboração deste relatório, procurei usar a metodologia reflexiva, analisando não só as atividades planeadas, como aquelas que efetivamente foram experienciadas e definindo estratégias para o alcance das metas definidas. Esta reflexão foi extraordinariamente enriquecedora, fornecendo contributos para a evolução pessoal e profissional. Refletir constituiu-se um ato de aprendizagem.

A eficácia dos cuidados no âmbito da PSC realizado pelos enfermeiros manifesta-se na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, na satisfação das necessidades da pessoa, na diminuição do risco e aumento da segurança dos cuidados.

De forma mais concordante, foi feita a divisão em torno das competências Comuns do Enfermeiro Especialista tendo em conta os quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em complemento, de forma mais específica na área da PSC, tendo por base: o cuidado à pessoa que vivencia processos complexos e/ou

falência orgânica; a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas e a maximização na intervenção na prevenção e no controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos.

Constituindo-se o momento formativo o primeiro contato com o desenvolvimento das competências comuns e específicas enquanto Enfermeiro Especialista, promove o início da construção a identidade profissional em termos da prestação de cuidados especializados contribuindo de forma decisiva, no seio da equipa onde me integrarei na melhoria dos cuidados prestados e em ganhos efetivos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma LifeSupport for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons
- ACSS, (2015). *Recomendações Técnicas dos Serviços de Urgência*. Retrieved May 19, from: [www.acss.pt](http://www.acss.pt)
- Almeida, C. (2013). *Rumo à especialização em Enfermagem. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)*. Retrieved from: <https://repositorio-ucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/13702>
- Almeida, F. & Costa, M. (2018). *Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico*. Arquivo Médico Hospital Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo. pg. 85-91. Retrieved from: [http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMS\\_CSP/article/view/49/35](http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMS_CSP/article/view/49/35)
- Alves, A. & Pereira, A. (2012) *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Alves, A., Rabiais, I; Mendonça, A., Rebelo, Carlos.(2016) *Prevention and Control of Infection: An Advanced Nursing Practice*. Retrieved May 19, from: DOI: 10.15640/ijn.v3n1a10 URL: <https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v3n1a10>
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons.
- Andrade, B. (2016). *O Enfermeiro e o paciente em hemodiálise contínua na UTI: o manejo da tecnologia na perspectiva da segurança*. Rio de Janeiro: Universidade Federal. Retrieved from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883445>
- Barradas, J & Nunes, C. (2010). *Atitudes perante morte cerebral e transplantação de órgãos - Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde*. Faro.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Referência - Revista de Enfermagem, série III - n.º91 - Mar., pg.7-16. Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking–in-action approach*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 576p. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/profile/Mary\\_Harnegie/publication/268981101\\_Clinical\\_Wisdom\\_and\\_Interventions\\_and\\_Acute\\_and\\_Critical\\_Care\\_A\\_Thinking-in-action\\_Approach/links/547ca3790cf285ad5b0882f5.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mary_Harnegie/publication/268981101_Clinical_Wisdom_and_Interventions_and_Acute_and_Critical_Care_A_Thinking-in-action_Approach/links/547ca3790cf285ad5b0882f5.pdf)
- Borges, F., Bohrer, C., Bugs, T., Nicola, A., Tonini, N. & Oliveira, J. (2017) *Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI- Adulto do Hospital Universitário Público*. Revista Cogitare Enfermagem. Brasil. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.50306>

- Bost, N.; Crilly, J.; Patterson, E.; Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study, 133-141. doi:10.1016/j.ienj.2011.10.002
- Campos, P. & Leite, A. (2013) Terapêutica Nutricional no doente crítico: Nutrição Parentérica- Avaliação e protocolo de actuação. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.
- Castro, M.; Silva, C.; Souza, J.; Assis, M.; Aoki1, M.; Xagoraris, M.; Centeno, J.; Souza, J. (2010). Punção da fístula arteriovenosa com a técnica em casa de botão com agulha romba. São Paulo: Instituto de Nefrologia de Taubaté.
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(1), 69-79. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000108>
- CHL. (2011a). Colheita de sangue para hemocultura. Leiria: IT.CHL.010.01 1
- CHL. (2011b). Procedimento de Transferência e Transporte Interno de doentes. Leiria: PI.CHL.043.02
- CHL (2015). Manual de Protocolos de Atuação - Serviço de Medicina Intensiva. Leiria: CHL.
- CHL. (2016a). Gabinete de Informação do Serviço de Urgência Geral. Leiria: PI.CHL.188.01
- CHL (2016b). Encaminhamento do doente com suspeita de AVC. IT.CHL.196.00
- CHL. (2016c). Procedimento Interno- Constituição do carro de Emergência. Leiria:PI.CHL.061.03
- CHL. (2017a). Plano de Emergência Interno- Leiria: PLN.CHL.074.00
- CHL. (2017b). O Centro Hospitalar de Leiria. Retrieved from: <http://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/portipo/equipa-de-emergenciamedica-intra-hospitalar-eemi-7/>
- CHL (2018). PI.CHL.128.02- Procedimento interno de recomendações para a prevenção da pneumonia associada à intubação.
- CHL. (2019a). “Noticia Mais de 60% dos utentes vão ao Serviço de Urgência Geral do CHL sem referenciação.” Retrieved May 19, from: [www.chleiria.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/mais-de-60-dos-utentes-vao-ao-servico-de-urgencia-geral-do-chl-sem-referenciacao-488/](http://www.chleiria.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/mais-de-60-dos-utentes-vao-ao-servico-de-urgencia-geral-do-chl-sem-referenciacao-488/)
- CHL. (2019b). Regulamento do Serviço de Urgência Geral do CHL. 3ª Revisão. Leiria: RE.CHL.005.03
- Colvin, M., Eisen, L. & Gong, M. (2016). Improving the patient Handoff process in the Intensive Care Unit: Keys to Reduzing Errors and Improving Outcomes. Seminars of Critical Care Medicine, 37, 96-106. doi 10.1055/s-0035-1570351.
- Costa, A & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de Urgência. Leiria. P.49-67.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Viseu. P 234-251.
- Cubas, M. (2009). Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em enfermagem - a experiência da CIPE®/CIPESC®. Revista Brasileira de Enfermagem – Reben, set-out; pg.745-747.

- Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência* 65/74. Retrieved May 19, from: <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- Cunha, M.; Ribeiro, O.; C. Vieira; F. Pinto; L. Alves; R. Santos; S. Martins; S. Leite; V. Aguiar; V. Andrade. (2016) Atitudes do Enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*. Pg. 271- 282.
- D’Arco, C.; Ferrari, C.; Carvalho, L.; Priel, M.; Pereira, L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. Doi: 10.15343/0104-7809.20164003382389
- Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro, do Ministério da Saúde Regula o Registo Nacional de Não Dadores: *Diário da República* n.º 223/1994, Série I-A de 1994-09-26, pg.5780 - 5782
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do controlo da Infecção*. Lisboa: DGS. Retrieved from: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&codigono>
- Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Norma 012/2014- Dados Diálise relativos a 2011*. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172011-de-28092011-atualizada-a-14062012-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Norma015/2015- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes- NOTIFICA*. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015a). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*.
- Direção Geral de Saúde (2015b). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0212015-de-16122015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 15 de dezembro de 2020. Retirado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2020). <https://dre.pt/application/file/66457154>. Acedido em 15 de dezembro de 2020.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

- European Dialysis and Transplantation Nurses Association/ European Renal Care Associatio (EDTNA/ERCA). (2015). *Vascular Access - Canulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. Lucerna: EDTNA/ERCA. ISBN: 978-84-617-0567-2
- Farias, G., Freitas, M., Rocha, K., Costa, I. (2009) Paciente sob ventilação mecânica: cuidados prestados durante a aspiração endotraqueal. *Revista Inter Science Place* n° 09 Setembro/Outubro. Retrieved from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/96/95>
- Frazão, C.; Delgado, M.; Araújo, M.; Silva, F.; Sá, J.; Lira, A. (2014) Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. Retrieved from: [www.revistarene.ufc.br](http://www.revistarene.ufc.br); Doi: 10.15253/2175-6783.2014000400018
- Freitas, M., Parreira, P. (2013) Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Retrieved May 19, from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>
- Frota, O., Ferreira, A.; Loureiro, M., Cheade, M. & Reis, M. (2012) O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de Enfermagem na aspiração endotraqueal. *Revista de enfermagem UERJ*: Rio de Janeiro, pg. 625-630. Retrieved from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5939>
- Galinha de Sá, F., Botelho, L., Henriques, M. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. *Revista Pensar Enfermagem* Vol. 19 N.º 1 1º Semestre. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.26/23757>
- Galo, A.; Diogo, C.; Cipriano, D.; Araújo, I.; Martins, J.; Cunha, L. (2013). Comportamentos dos enfermeiros perante os alarmes clínicos em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão integrativa. *Rev Enf Ref. Coimbra*, v.3, n.11, p. 105-12.
- GEADAP. *Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública*. Retrieved from: <https://www.geadap.gov.pt/PaginasPublicas/SIADAP.aspx#>
- Gonçalves, L., Garcia, P., Toffoleto, M., Telles, S. & Padilha, K. (2006). Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem – Reben*, jan-fev, pg. 56-60.
- IESPE. (2019). Retrieved May 19, from: <https://www.iespe.com.br/blog/nova-escala-de-coma-de-glasgow/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Manual de Situação de Exceção*. Versão 2.0 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-05-7
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2015). *Manual de Trauma*. Versão 1.0 1ª Edição. ISBN 978-989-3587-05-7
- International Council of Nursing and world health organization. (2009) *Framework of Disaster Nursing Competencies*. Western Pacific Union. ISBN: 978-92-95065-79-6.
- Jacques, E.; Gonçalo, C. (2007). *Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parceiras estratégicas como vantagem competitiva*. São

- Paulo: Revista de Administração e Inovação, v. 4, n. 1, p. 106-124. Retrieved from: <https://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79075>
- Joint Commission International & Joint Commission Resources Reviewers (2010). Improving Communication During Transitions of Care. Illinois: The Joint Commission
- Joint Commission Perspectives (2012). Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications, Volume 32.
- Lei n.º 12/2009, de 26 de Março. Regime jurídico da qualidade e segurança relativa ao tratamento de tecidos e células de origem humana: Diário da República n.º 60/2009, Série I de 2009-03-26, pg. 1876 – 1897.
- Lei n.º 33/2009. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República n.º 134/2009, Série I de 2009-07-14.
- Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) - Testamento Vital: Diário da República Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16, pg. 3728 – 3730.
- Leite, L. & Marques, M. (2018). Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem. Mestrado em Enfermagem- Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica - Relatório de Estágio. Universidade de Évora: Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Leivaditis, K., Panagoutsos, S., Roumeliotis, A. Liakopoulos, V., Vargemezis, V.. (2014). Vascular access for hemodialysis: postoperative evaluation and function monitoring. International urology and nephrology, 46, 403-409. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24046176>
- Lima, D., Ivo, G. & Braga, A. (2013). A informática em Enfermagem nos Sistemas de Informação: Revisão Sistemática da literatura. Journal of Research Fundamental Care Online, 5 (3), 18-26. Retrieved from: <http://bases.bireme.br/cgi.in/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=25116&indexSearch=ID>
- Magalhães, F. (2011) A Insulinoterapia Intensiva nos diferentes contextos de hiperglicemia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52811/2>
- Mansus, H.; Damasceno, V.; Bastos, M. (2012). Prevalência da fragilidade entre os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador e em diálise. São Paulo: Universidade Salgado de Oliveira. 2 Núcleo Interdisciplinar de Estudo, Pesquisa e Tratamento em Nefrologia; Fundação IMEPEN. Retrieved from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010128002012000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010128002012000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Martins, P. & Sousa, P. (2014). Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

- Meleis, A. (2010). *Transations Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and paractice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moraes, E., Neves, F., Santos, M., Merighi, M. & Massarollo, M. (2015) Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. *Rev Esc Enferm USP* · 2015; pg.129-135. DOI: 10.1590/S0080-623420150000800018
- Mota, L., Pereira, F., Sousa, P. (2014). Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Referência - Revista de Enfermagem, série IV - n.º 1 - Fev./Mar.*, pg.85-91. Coimbra. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12152>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001) Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos, Conselho de Enfermagem. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática*. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodord.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010) - *Carta Dos Direitos Do Doente Internado*. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Interna.do.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Interna.do.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Retrieved May 19, from :<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros, (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016) *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados a pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Cadernos OE, Série 1, 9.
- Ordem dos Médicos. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. Lisboa: Colégio da Especialidade de Nefrologia.
- Pagotto, I., Oliveira, L., Araújo, F., Carvalho, N. & Chiavone, P. (2008) Comparação entre os sistemas aberto e fechado de aspiração. *Revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. Brasil.* pg.331-338 Retrieved from:<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a03>
- Pereira, Filipe. (2009), *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.
- Pina, Elaine; Ferreira, Etelvina; Marques, Alexandre; Matos, Bruno (2010) “Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente” *Revista Portuguesa de Saúde Publica.* 10, 27-39.
- Pina Queirós, P. (2016). *Enfermagem, uma ecologia de saberes. Cultura de los cuidados n.º 45*, pg. 137-146. Retrieved from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57360>
- Pombaldial. (2011). *Manual de Integração de Enfermeiros na Pombaldial*. Publicação interna.
- Pombaldial. (2020). Retrieved from: [www.pombaldial.pt](http://www.pombaldial.pt)

- Portaria n.º 347/2013. Estabelece o novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde. Diário da República: 1.ª série, n.º 231135, de 28/11, p. 6594-6607.
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Randmaa M.; Mårtensson G.; Leo Swenne C.; Engström, M. (2014). SBAR- improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. (2017). Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento n.º 877/2016. (9 de setembro de 2016). Regulamento de Avaliação de Conhecimentos do 2.º Ciclo de Estudos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República n.º182/2016, Série II. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: 2.ª série, n.º 135, de 16/7, p. 19359-19370
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019. Retrieved May 19, from: [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2.ª série, n.º 184, de 25/9, p. 128-155.
- Sancho, P.; Tavares, R.; Lago, C. (2013). Assistência de Enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crónicos. Revista Enfermagem Contemporânea. 2013 Dez;2(1):169-183. Retrieved from: <http://www.bahiana.edu.br/revistas>
- Sarvestani, R.; Moattari, M.; Nasrabadi, A.; Momennasab, M. & Yektatalab, S. (2014). Challenges of Nursing Handover: A Qualitative Study. Clinical Nursing Research 234– 252. doi: 10.1177/1054773813508134
- Silva, H.; Pereira, E.; Fernandes, P.(2015). Testamento Vital: onde se situam os enfermeiros? – Integração de uma nova realidade nos cuidados de enfermagem ao doente e sua família. Hospital Fernando da Fonseca.
- Silva, M. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. Referência - Revista de Enfermagem, vol. II, núm. 6, junho, 2008, pp. 91-108. Coimbra. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239953009>

- SNS -Portal da transparência. (2020). Retrieved from: [https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/gestao-integrada-da-doenca-insuficiencia-renal-cronica/table/?disjunctive.ars\\_uls&disjunctive.entidade&disjunctive.faixa\\_etaria&sort=periodo&q=pombaldial](https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/gestao-integrada-da-doenca-insuficiencia-renal-cronica/table/?disjunctive.ars_uls&disjunctive.entidade&disjunctive.faixa_etaria&sort=periodo&q=pombaldial)
- Soares, C. (2004). Supervisão e Formação Profissional - um estudo em contexto de trabalho. Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Soares, S.; Duarte. R. (2017). Dialaccess, o aliar dos sistemas de informação em saúde à criação de um programa de monitorização e vigilância regular de acessos vasculares em hemodiálise. NEPHRO'S, Volume XIX, n.º 1 pg. 18-22. Retrieved from: [www.pombaldial.pt](http://www.pombaldial.pt)
- Vicente, J. C. G. (2014). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar- O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal, Dissertação de Doutoramento em Bioética, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa\\_FINAL.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FINAL.pdf) consultado em 18-12-2020;
- Vieira, M., Souto, E., Souza, S. Lima, C., Ohara, C., Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. RENOME: Brasil.
- World Health Organization (2009). Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes. Geneva.

**PARTE II - EFICÁCIA DA FORMAÇÃO/TREINO DOS ENFERMEIROS QUE  
PRESTAM CUIDADOS EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR NO  
APERFEIÇOAMENTO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES  
PROFISSIONAIS, RACIOCÍNIO CLÍNICO, COMUNICAÇÃO E  
CAPACIDADE DE RESPOSTA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## RESUMO

**Enquadramento:** A atuação do enfermeiro em contexto pré-hospitalar em situações de exceção ou catástrofe gera muitas vezes sentimentos de insegurança e necessidade do profissional em procurar ferramentas que potenciem a consolidação e o aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, o raciocínio clínico, a integração e a comunicação.

Com esta RSL procuramos identificar os outcomes que advém da participação em treino/formação por parte dos enfermeiros no pré-hospitalar.

**Objetivo:** Sintetizar as evidencias científicas relativamente à eficácia da formação/treino dos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta.

**Métodos:** Pesquisa inicial de artigos na Pubmed, Scielo e CINAHL através de equação de pesquisa. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos que contivessem termos do protocolo de pesquisa, escritos em inglês, espanhol e/ou português referentes a estudos em pessoas com mais de 18 anos sobre preparação/formação/treino dos enfermeiros. Como critérios de exclusão foram definidos os estudos em estudantes de enfermagem/formação inicial ou unicamente com outros intervenientes em contexto pré-hospitalar e artigos em que o texto completo não se encontrava disponível, ou fosse, necessário pagamento.

**Resultados:** Da aplicação da equação de pesquisa foram encontrados 10 artigos, dos quais aplicando o processo de seleção resultaram em 6 artigos para análise de dados com metodologia qualitativa.

**Conclusão:** A busca do conhecimento e o aperfeiçoamento em contexto prático é fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem no pré-hospitalar. Os programas formativos e a formação/treino permitem o aperfeiçoamento das competências técnicas, comunicacionais e na capacidade de resposta a um evento inesperado.

**Palavras.-chave:** enfermagem pré-hospitalar, enfermagem, treino, preparação, conhecimento, educação, precisão, efeitos, catástrofe.

## ABSTRACT

**Background:** The role of nurses in a pre-hospital context in situations of exception or catastrophe often generates feelings of insecurity and the need for professionals to seek tools that enhance the consolidation and improvement of professional skills and abilities, clinical reasoning, integration and communication.

With this RSL, we seek to identify the outcomes that come from the participation in training/education by nurses in pre-hospital care.

**Objective:** Summarize the scientific evidence regarding the effectiveness of the education/training of nurses who provide care in a pre-hospital environment in the improvement of professional skills and abilities, clinical reasoning, communication and responsiveness.

**Methods:** Initial search of articles in Pubmed, Scielo and CINAHL through search equation. As inclusion criteria, articles were selected that contained terms of the research protocol, written in English, Spanish and/or Portuguese referring to studies in people over 18 years old about preparation/education/training of nurses. Exclusion criteria were studies with nursing students/initial education or only with other participants in a pre-hospital context and articles in which the full text was not available, or where payment was required.

**Results:** From the application of the research equation, 10 articles were found, of which applying the selection process resulted in 6 articles for data analysis with qualitative methodology.

**Conclusion:** The search for knowledge and improvement in a practical context is essential for the development of professional skills in the context of specialized care in pre-hospital nursing. Training programs and training/training allow for the improvement of technical and communication skills and the ability to respond to an unexpected event.

**Key words:** ambulance nurse, nursing, training, preparation, knowledge, education, accuracy, effects, catastrophe.

## **1.EFICÁCIA DA FORMAÇÃO/TREINO DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR NO APERFEIÇOAMENTO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PROFISSIONAIS, RACIOCÍNIO CLÍNICO, COMUNICAÇÃO E CAPACIDADE DE RESPOSTA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é tida como uma investigação secundária complexa, reprodutível que tem como objetivo sintetizar averiguando a literatura primária, compilar todas as evidências sobre um tema, apoiando-se numa fonte secundária de dados (Pearson et al., 2014). Esta segunda parte constitui o percurso metodológico da RSL cujo tema é “Eficácia da formação/treino dos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta.”

As situações de catástrofe acontecem diariamente em qualquer parte do mundo, apresentando um impacto dramático quer nas pessoas, nas famílias ou nas comunidades. Estas podem mudar a face de uma nação em desenvolvimento em segundos, destruindo anos de trabalho em prol do desenvolvimento (ICN, 2009). Esta imprevisibilidade consciencializa-nos da necessidade de procurar o conhecimento teórico e as simulações práticas, como forma de melhor nos prepararmos para as necessidades que possam daí surgir.

Segundo Capacci & Mangano (2015) com o desenvolvimento da ciência e tecnologia deixou de existir consenso geral sobre eventos complexos, incluindo-se fenómenos distintos, quer em dimensão, quer em tipologia: terremotos, erupções vulcânicas, epidemias, guerras, deslizamentos de terra, inundações, secas, acidentes tecnológico e nuclear.

Por outro lado, uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (INEM, 2012). Em Portugal existem acidentes com elevado número de vítimas, incêndios florestais ou incêndios urbanos/industriais.

Perante a imprevisibilidade da ocorrência de uma situação de exceção deve o enfermeiro, ao longo do seu percurso profissional desenvolver competência nesta área, pois poderá ser solicitada a sua prestação de cuidados sem aviso prévio. A International Council of Nursing

(2009) define competência como um nível de desempenho demonstrando a efetiva aplicação do conhecimento, habilidade e julgamento.

As competências são a capacidade de pôr em prática numa determinada situação profissional um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes, que podem ser divididas em saberes: saberes-fazer e saberes-ser ou estar (Mendonça, 2009). Os enfermeiros são frequentemente o primeiro elemento da área da saúde no local após as catástrofes. Nestas situações em que os recursos são escassos, os enfermeiros podem ser chamados a assumir várias funções (ICN, 2009).

As competências do enfermeiro especialista à PSC preveem um conjunto de conteúdos que complementam a formação de base, nomeadamente a atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe; a participação a nível estratégico nos diversos planos de emergência e catástrofe e o planeamento da resposta e a gestão dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista deve ser capaz de planear a resposta concreta às pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe demonstrando conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, identificando os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, atribuindo graus de urgência e decidindo a sequência de atuação e sistematizando as ações a desenvolver.

Segundo Quarantelli, citado em INEM (2012, p.3) “a gestão efetiva das crises requer tanto de imprevisto como de preparação. Se falta a primeira, a gestão perde flexibilidade frente às condições em mudança; se falta a segunda, perde clareza em alcançar as respostas essenciais. Não nos devemos preocupar se a preparação nos parecer tão rígida que minimize a forma e as capacidades de imprevisto. Pelo contrário, o esforço de preparação em si, ainda que de forma modesta, aumenta a habilidade de improvisar.”

Consequentemente o enfermeiro deve ser capaz de trabalhar em contexto nacional e internacional, em diversos ambientes e em condições adversas, assegurando os cuidados de enfermagem preconizados para cada situação de forma individual. Deve ter um papel integrador e dinâmico na equipa multidisciplinar, aplicando todos os seus conhecimentos, dando resposta aos objetivos da estrutura organizacional onde estão integrados, ou de forma individual, aos objetivos que se propuseram alcançar (INEM, 2012).

O desconhecimento do seu papel e a ausência de programas de formação, com treino regular sobre estas temáticas, influenciam a eficácia e eficiência da resposta dada em situações de

exceção e catástrofe. A evidência demonstra a preocupação, o desejo e a necessidade dos enfermeiros em compreenderem os conceitos e as práticas de enfermagem inerentes à prestação de cuidados numa situação de exceção. Segundo Lima et al (2019) ambientes simulados possibilitam a consolidação e o aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, possibilitando a estimulação do raciocínio clínico, a integração e a comunicação, aspetos essenciais diante de situações caóticas.

É consensual na literatura que o enfermeiro é um ator fundamental na resposta a emergências, sendo a sua preparação pessoal e profissional, ao nível da educação e da formação fundamentais (Grochtdreis et al, 2016). Segundo os mesmos autores, essa preparação deve ser transversal a todos os momentos no desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro, quer em contexto académico, quer em contexto de formação em serviço. A preparação dos enfermeiros deve ser monitorizada regularmente com o objetivo de maximizar as condições de segurança, diminuir a vulnerabilidade e minimizar o risco para os indivíduos durante a prestação de cuidados. Diversos estudos indicam que todos os enfermeiros devem participar periodicamente de exercícios de resposta as emergências por forma a desenvolver competências nesta área, dado que estas situações contrastam com a prática diária de cuidados de enfermagem, constituindo-se um desafio, os enfermeiros precisam estar preparados para tomar decisões eticamente desafiadoras (Grochtdreis et al., 2016; Hanes, 2016).

A literatura destaca duas áreas onde existe uma lacuna significativa no âmbito da atuação em situações de catástrofe, por um lado o reconhecimento individual da falta de preparação para este tipo de cenários, por outro a transformação e as mudanças decorrentes da participação em cenários multi-vítimas complexos por parte dos enfermeiros (Hammad, 2012). Não há consenso sobre o tipo de formação que seria mais apropriado, sendo em diversos estudos descrita a importância de explorar mais aprofundadamente estes conteúdos (Hammad, 2012; Lima et al, 2019).

Salvador, Dantas, Dantas & Torres (2012) destaca que nesta e noutras áreas de prestação de cuidados de enfermagem não se pode ignorar a “essencialidade do prisma do inacabado na profissão da Enfermagem”, demonstrando que o pleno conhecimento nesta disciplina jamais será alcançado, dado que a procura de cuidados de enfermagem de excelência é característica da prática profissional do enfermeiro. A prestação de cuidados de enfermagem em situação de exceção/catástrofe é alicerçada em três pilares: coordenação, comunicação e controlo. O comando deve ser objetivamente identificado para garantir a gestão dos recursos e das necessidades.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na atuação de cenários multi-vítimas e é fundamental garantir as necessidades de educação permanentes para a melhoria da assistência às vítimas (Salvador et al., 2012).

Segundo Hanes (2016), os enfermeiros têm um papel decisivo na proteção das vítimas, quer em termos do direito à privacidade e à confidencialidade, mas também contribuir para o desenvolvimento, manutenção e implementação de práticas profissionais de excelência em contextos difíceis como os associados a situações de catástrofe ou multi-vítimas.

Segundo Miranda (2020) existem fatores que dificultaram a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente a acessibilidade ou as condições para lidar com o desconhecimento do contexto onde se inserem. Por outro lado, destacam também a falta de experiência em trabalhar com vítimas críticas, a falta de formação na área da catástrofe, dificuldade em estabelecer prioridades ou a dificuldade em gerir emoções perante um determinado cenário.

## 2. METODOLOGIA

A metodologia da RSL permite identificar os critérios de elegibilidade dos diferentes estudos na sua análise (Apóstolo, 2017). É composta por várias etapas: Formular uma questão de investigação; Produzir um protocolo de investigação; Definir os critérios de inclusão e de exclusão; Desenvolver uma estratégia de pesquisa; Seleção dos estudos; Avaliar da qualidade dos estudos; Extrair e sintetizar dos dados e avaliação da qualidade da evidência; Publicar dos resultados (Donato & Donato, 2019).

Será apresentado a problemática em estudo sob a forma de questão de investigação, seguindo-se a descrição da metodologia, identificação dos resultados e posterior discussão, finalizando com conclusão e contributos para a prática de enfermagem especializada.

### 2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O primeiro passo para a realização de uma RSL é a formulação da questão de investigação. O foco da questão é um ponto importante, pois permite orientar e focalizar a pesquisa (Donato & Donato, 2019).

Assim, procura-se dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Qual é a eficácia da formação/treino dos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta?

### 2.2 OBJETIVOS

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro conhecimento, competência e habilidades específicas, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficaz, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo. Assim, é fundamental dotar estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente.

Resumir as evidências sobre a eficácia da formação dos enfermeiros do pré-hospitalar no aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, no raciocínio clínico, na comunicação e na capacidade de resposta.

## 2.3 METODOLOGIA PICO

- **Participantes:** Enfermeiros que prestam cuidados em ambiente pré-hospitalar;
- **Intervenção:** Formação/preparação;
- **Comparador:** vários tipos de formação;
- **Outcomes ou Resultado:** Aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, raciocínio clínico, comunicação e capacidade de resposta.

## 2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

A avaliação crítica da qualidade dos estudos que abrangem os critérios de inclusão e de exclusão da revisão, constitui uma etapa complexa (Apostolo, 2017).

Assim foram definidos como critérios de inclusão nesta RSL:

- Estudos que abordem a preparação/formação/treino dos enfermeiros.
- Estudos que contenham os termos do protocolo.
- Estudos realizados com adultos (idade superior a 18 anos).
- Publicações disponíveis nos seguintes idiomas: Português, Espanhol, Inglês.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes:

- Estudos em estudantes de enfermagem/formação inicial ou unicamente com outros intervenientes em contexto pré-hospitalar;
- Artigos em que o texto completo não se encontrava disponível, ou fosse, necessário pagamento.

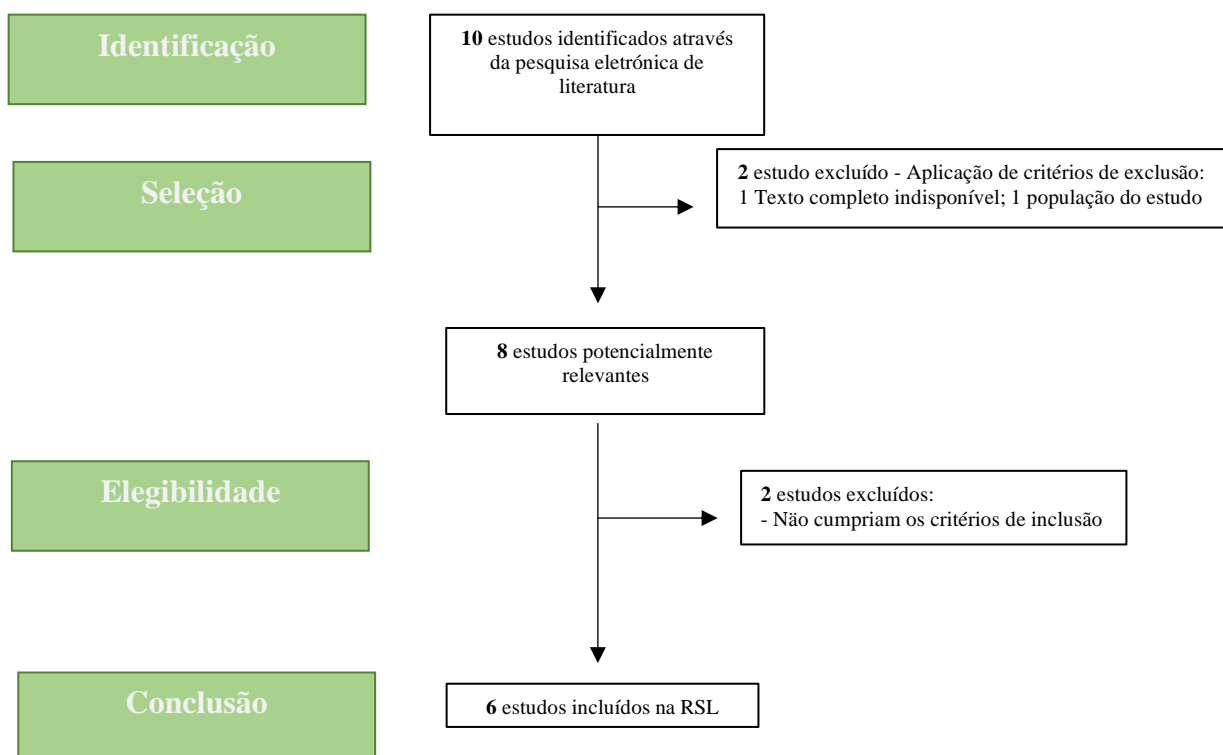
## 2.4 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa foi dividida em dois passos. Iniciando-se pelo motor de busca Google académico e artigos localizados nas referências bibliográficas de outros artigos localizados nas bases de dados. Complementou-se com uma pesquisa livre na Pubmed analisando as palavras de texto, resumos e descritores.

Seguiu-se numa segunda fase para uma pesquisa de todos os descritores identificados nas bases de dados incluídas: Scielo, *Public Medline* (PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

As palavras-chave identificadas foram: ambulance nurse, nursing, training, preparation, knowledge, education, accuracy, effects, catastrophe.

Realizou-se uma pesquisa individualizada com cada um dos termos, seguida da conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos e com a conjugação com o operador booleano AND e OR, resultando assim a equação final de pesquisa. Em seguida foram definidos os seguintes termos DeCS/MeSH: nursing, training, pre-hospital care, formation, catastrophe. Da pesquisa inicial das bases de dados foram extraídos manualmente artigos que cumpriam os critérios de inclusão mencionados.



**Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos para inclusão na RSL. Fases metodologia Prisma.**

Após a seleção dos estudos que incluíam os critérios de inclusão, efetuou-se a análise metodológica dos mesmos, apurando a qualidade e validade de forma a garantir a fiabilidade dos resultados. Para tal, recorreu-se aos instrumentos preconizados pela JBI (2020), que possibilita a análise rigorosa da metodologia, de maneira a verificar os métodos, orientações e resultados dos estudos selecionados (Apóstolo, 2017).

A recomendação PRISMA é o método mais usado em RSL, sendo composta por uma lista de certificação de 27 itens e um diagrama de fluxo com quatro fases adjacentes. Tem como

objetivo principal, ajudar os autores a aperfeiçoar a descrição de revisões sistemáticas (JBI, 2020).

## 2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Após a leitura integral dos estudos realizou-se a avaliação da qualidade metodológica dos artigos. Os artigos submetidos a avaliação metodológica são apresentados no quadro 1, tendo esta sido realizada por dois revisores independentes e com recurso aos seguintes instrumentos: *Joanna Briggs Institute Critical checklist for qualitative research*. Face ao exposto, ao que se refere ao nível de evidência, os estudos apresentaram nível de superior a 90%, conforme demonstrado na Quadro 1. Os estudos foram codificados através da letra E (Estudo) e o respetivo número. Os resultados são apresentados no quadro que seguinte:

**Quadro 1 – Método e Nível de Evidência dos artigos selecionados**

n.º	Título	Local/Ano Publicação	Autores	Método	Nível de Evidência-Avaliação
E1	<b>Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care</b>	Suécia/2011	Peter B.; Back-Pettersson, S. & Sernert, N.	Qualitativa indutiva	100%
E2	<b>Nurses' training in prehospital care</b>	Brasil/2008	Gentil, R.; Ramos, L.; Whitaker, I.	Qualitativo, exploratório, transversal,	100%
E3	<b>What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care</b>	Suécia/2014	Sjölin, H.; Lindström, V.; Hult, H.; Ringsted, C. & Kurland, L.	Qualitativo, com análise do conteúdo.	90%
E4	<b>Developing an emergency nursing short course in Tanzania</b>	Tanzania/2017	Cunningham, C.; Brysiewich, P.; Sepeku, A.; White, L.; Murray, B. & Lobue, N.	Qualitativo	90%
E5	<b>Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care</b>	Suécia/2011	Sundström, B. & Dahlberg, K.	Qualitativo, abordagem fenomenológica	100%
E6	<b>The Development of Sustainable Emergency Care in Ghana: Physician, Nursing and Prehospital Care Training Initiatives</b>	Gana/2014	Martel, J.; Oteng, R.; Mould-Millman, N.; Bell, S.; Zakariah, A.; Oduro, G.; Kowalenko, T. & Donkor, P.	Qualitativo	90%

Encontra-se em Apêndice I – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos. Todos os estudos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apresentam qualidade metodológica para serem incluídos na RSL.

## 2.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente aos tipos de estudos identificados, dado a temática em estudo apenas foram identificados estudos do tipo qualitativo. O quadro 2 sintetiza os objetivos, participantes e resultados dos estudos encontrados.

Dos seis artigos elegíveis para a discussão de resultados foram identificados os resultados que se apresentam de seguida. Destes, três são elaborados por autores suecos o que evidencia a preocupação dos investigadores deste país sobre esta problemática, em muito relacionado pelo modelo de resposta a nível pré-hospitalar e do reconhecimento pela atuação dos profissionais de enfermagem nesta área (Sjölin, Lindström, Hult, Ringsted & Kurland, 2014).

**Quadro 2 – Apresentação da síntese de resultados dos estudos**

E	TÍTULO	AUTORES	PAIS	ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	RESULTADOS
E1	<b>Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care</b>	Brink et al.	Suécia	2011	Qualitativa indutiva	Avaliar a experiência de supervisão de grupo e explorar o seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes.	Cinco mulheres e cinco homens do Serviço de Ambulâncias (faixa etária 30-49 anos, média = 40,7) foram solicitados a avaliar suas experiências de participação em supervisão de grupo.	<p>Criação de um modelo de segurança e participação dos enfermeiros;</p> <p>Troca de experiências como estratégia para a autoconsciência e desenvolvimento profissional;</p> <p>Supervisão de grupo é considerado um meio de desenvolvimento profissional e de habilidades.</p> <p>Partilha de conhecimento entre pares é importante na criação de um sentimento de segurança e envolvimento.</p> <p>A partilha em grupo potenciou o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, promovendo a escuta ativa e desenvolvendo estratégias de concentração.</p> <p>A troca de experiências em contexto formativo leva ao aumento da autoconsciência, ao aperfeiçoamento de competências e à melhoria da expressão e comunicação nos diferentes cenários de atuação.</p> <p>Estratégia para o desenvolvimento de competências possibilita a afirmação de identidade nos elementos com menor experiência.</p> <p>A partilha de experiências potencia a afirmação profissional, consolidação de competências e diminuição do erro.</p> <p>A partilha de experiências evita a repetição dos erros anteriormente cometidos.</p> <p>Elementos mais novos e com menos experiência na área conseguem através da partilha dos pares mais experientes validar a sua própria aquisição de competências.</p> <p>A oportunidade de expressar sentimentos é considerada pelos participantes uma mais valia.</p> <p>As vítimas tendem a sentir menos stresse quando os prestadores de cuidados são capazes de transferir seus próprios sentimentos de segurança e proteção inerentes, contribuindo de forma positiva e influenciando o resultado do tratamento.</p>

E2	<b>Nurses' training in prehospital care</b>	Gentil et al.	Brasil	2008	Qualitativo exploratório, transversal,	Verificar a opinião dos enfermeiros sobre conhecimentos teóricos e habilidades de enfermagem necessários para o exercício em APH e analisá-la de acordo com a prática clínica.	Enfermeiros dos serviços públicos de APH do Município de São Paulo	<p>As competências importantes para o exercício da prática de enfermagem em contexto pré-hospitalar, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções imediatas.</p> <p>Identifica os conteúdos para a construção e planeamento de um programa de formação e capacitação dos enfermeiros que atuam nesta área específica da prestação de cuidados.</p> <p>Identificam a partilha e a discussão do caso clínico como uma mais valia na atuação em ambiente pré-hospitalar.</p> <p>Importância da criação e protocolos de atendimento como forma de garantir a eficiência e a sua qualidade transversal a todas as faixas etárias.</p> <p>Demonstra a importância do treino prático de procedimentos como facilitador na prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente a técnica de acesso venoso, entubação endotraqueal, interpretação de traçados eletrocardiográficos entre outros.</p> <p>Dada a imprevisibilidade do tipo de ocorrências em ambiente pré-hospitalar devem os conhecimentos serem alargados a toda a área de atuação clínica disponível, não segmentando a formação e particularização do treino.</p> <p>Destacam a importância da formação e do treino na preparação para lidar com situações de stress e da gravidade da vítima, com enfoque no conhecimento científico, na prontidão e habilidade técnica, nomeadamente na realização de Reanimação Cardiopulmonar.</p> <p>As habilidades devem ser exaustivamente praticadas, em contexto formativo, preparando o enfermeiro para atuar em situações de emergência que exijam prontidão motora e destreza em contexto de trauma.</p> <p>Os métodos didático-pedagógicos devem permitir o desenvolvimento do raciocínio clínico para a tomada de decisão rápida, em situações de emergência, e o desenvolvimento de habilidades para a realização de procedimentos com agilidade e rapidez.</p> <p>A partilha de experiências entre pares é uma estratégia para a melhoria da preparação/treino dos enfermeiros em contexto pré-hospitalar.</p>
----	---	---------------	--------	------	--	--	--	--

E3	<p><b>What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care</b></p>	Sjölin et al.	Suécia	2014	Qualitativo com análise do conteúdo.	O objetivo deste estudo era descrever o conteúdo nos currículos dos cursos para enfermeiros de ambulância.	49 cursos de médicos e enfermeiros; Análise curricular de cursos de preparação para enfermeiros especializados em prestação e cuidados especializados	<p>Defende a implementação de programas académicos especializados para complementar as necessidades identificadas pelos profissionais de enfermagem. As aprendizagens no âmbito das ciências médicas e do conhecimento tecnológico na utilização de dispositivos permite ao enfermeiro desenvolver julgamento clínico da condição de uma pessoa em situação crítica promovendo uma abordagem segura.</p> <p>O treino e capacitação deve promover o desenvolvimento na área do julgamento clínico, no apoio à decisão ou princípios de avaliação física estrutura.</p> <p>Treino de situações práticas de enfermagem em situações específicas, que promovam a reflexão nas intervenções de enfermagem: questões éticas, teorias e processos de enfermagem, a abordagem e as atitudes da enfermeira da ambulância, a relação enfermeira-vítima, documentação e transferência de informações sobre a vítima e a situação e a comunicação.</p> <p>Maior qualificação, mais treinamento e experiência na prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar aumentou a sobrevivência após PCR fora do hospital e melhorou o estado de algumas vítimas com condições de doença específicas.</p> <p>Treino de situações que facilitem o conhecimento do ambiente onde são praticados os cuidados, facilita o desenvolvimento no âmbito de estratégias de comunicação, organização e liderança, trabalho de equipa, aspetos ergonómicos do trabalho, riscos laborais, stresse, ameaças e violência, reações psicológicas e segurança no ambiente.</p>
E4	<p><b>Developing an emergency nursing short course in Tanzania</b></p>	Cunningham et al.	Tanzania	2017	Qualitativo	Desenvolver um documento de orientação para ajudar a melhorar as habilidades de enfermagem de emergência na África.	7 enfermeiras do CE de MNH para treinar na função de Treinadores de Enfermagem Clínica (CNTs).	<p>Identifica as vantagens da criação de um curso específico para ajudar a melhorar as competências de enfermagem de emergência.</p> <p>Demonstra que investir na melhoria das habilidades de enfermagem de emergência pode ter resultados de alto impacto com baixo custo, pois contribuirá para a melhoria dos cuidados prestados em ambiente de emergência. Este curso tinha como principal objetivo melhorar a prestação de cuidados de enfermagem nas áreas rurais reconhecendo por isso as dificuldades demográficas, criando-lhes muitas vezes ambientes hostis, em que permanecem com a vítima longos períodos de tempo e com menor acessibilidade a outros tipos de cuidados diferenciados em contexto hospitalar.</p>

								<p>É fundamental mudar os processos cognitivos para permitir melhorar a capacidade clínica e compreensão.</p> <p>Tem por base os conhecimentos prévios e a experiência profissional vivenciada por cada enfermeiro como ponto de partida para a criação de modelos de atuação padrão mediante o recurso a protocolos.</p> <p>Reconhecimento da importância de desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua e de crescimento e valorização profissional.</p> <p>Se um profissional sentir que a sua experiência atual não é reconhecida ou está incorreta, irá com maior facilidade aderir a programas formativos demonstrando maior abertura para aprender. Os participantes foram incentivados a compartilhar as suas experiências, desafios e situações vivenciadas sobre as temáticas abordadas.</p> <p>Este modelo assenta também na partilha de experiência em grupo.</p>
E5	<p><b>Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care</b></p>	Sundström & Dahlberg	Suécia	2011	Qualitativo, abordagem fenomenológica	Estudar a preparação para tratamento em situações de emergência e treinamento para preparação para desastres.	Enfermagem e Paramédicos	<p>A preparação e o treino devem constituir um suporte para o desenvolvimento de ferramentas.</p> <p>O desenvolvimento de boas práticas de cuidados afeta diretamente a segurança da pessoa alvo de cuidados.</p> <p>As habilidades comunicacionais da equipa facilitam a colheita de informação relevante para o socorro e desempenham um papel tranquilizador e reconfortante para a vítima, criando um ambiente seguro.</p> <p>A comunicação dirigida às necessidades da pessoa alvo de cuidados é importante, independentemente do conhecimento prévio da informação sobre a situação.</p> <p>Destacam as estratégias desenvolvidas pelos profissionais, enfermeiros e outros elementos da equipa de pré-hospitalar na tentativa de antecipar e controlar a informação previamente conhecida sobre uma dada situação. É importante que se mantenham focados, que saibam lidar com o stress ou com eventos caóticos que pode caracterizar cada nova situação.</p>

								A existência de planos de ação/procedimentos e protocolos previamente elaborados são descritos como particularmente importantes na atuação em cenários complexos de catástrofe ou multi-vítimas.
E6	<b>The Development of Sustainable Emergency Care in Ghana: Physician, Nursing and Prehospital Care Training Initiatives</b>	Martel et al.	Gana	2014	Qualitativo	Identificação dos ganhos no desenvolvimento de programas de treino em emergência	Enfermeiros e médicos	Demonstra a importância das práticas simuladas em laboratório como forma de desenvolver as aprendizagens e o treino para situações imprevisíveis. Como forma de consolidar conhecimentos e desenvolver competências são desenvolvidos laboratórios de habilidades, práticas clínicas em contexto hospitalar e prestação e cuidados em contexto de pré-hospitalar. O artigo destaca igualmente a importância do treino na melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar com enfoque nas funções cognitivas, psicomotoras e afetivas.

No estudo de Brink, Back- Pettersson e Sernert (2011) foram estabelecidos temas centrais no desenvolvimento de competências na atuação do enfermeiro no pré-hospitalar, sendo transversais a todos os cenários encontrados: criação de um modelo de segurança e participação; troca de experiências como estratégia para a autoconsciência e desenvolvimento profissional; a estratégia de supervisão do grupo afeta valores e atitudes dos participantes; e a oportunidade para a supervisão de grupo constitui-se um meio de desenvolvimento profissional e de habilidades.

Desta forma indica-nos que a partilha de conhecimento entre pares é importante na criação de um sentimento de segurança e envolvimento. A partilha em grupo também potenciou o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, promovendo a escuta ativa e desenvolvendo estratégias de concentração.

A troca de experiências em contexto formativo leva ao aumento da autoconsciência, ao aperfeiçoamento de competências e à melhoria da expressão e comunicação nos diferentes cenários de atuação. O contacto com a visão dos pares promove o alargamento dos horizontes profissionais possibilitando o desenvolvimento de estratégias no cuidar.

Os resultados revelam a importância do reconhecimento e oportunidade de reflexão, não apenas no nível emocional, mas também no nível social e na sua interação com os pares.

Brink et al. (2011) também reforça a importância desta estratégia no desenvolvimento de competências e na afirmação de identidade nos elementos com menor experiência. Foi identificado que esta estratégia potencia a afirmação profissional, pois ao ouvirem a partilha entre colegas identificam os aspetos e as competências já consolidadas. Tem igualmente contributos benéficos para a diminuição do erro, pois pela partilha de experiências podem evitar a repetição dos anteriormente cometidos pelos colegas mais experientes.

Este estudo demonstra a importância da supervisão de grupo enquanto estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em ambiente pré-hospitalar e da sua experiência profissional, desenvolvendo estratégias de ensino, treino e formação. Elementos mais novos e com menos experiência na área conseguem através da partilha dos pares mais experientes validar a sua própria aquisição de competências. “O indivíduo pode crescer profissionalmente, quando é afirmado pelos colegas como tendo feito a coisa certa.” (Brink et al., pg.79, 2011). Estes experimentam desorientação e têm dificuldade em transformar novos conhecimentos em práticas de cuidados, sendo que esta estratégia da

supervisão de grupos concede-lhes a oportunidade de refletir sobre seus sentimentos, pensamentos e ações.

A importância atribuída às partilhas afeta diretamente os valores e as atitudes dos participantes, pois o feedback e o reforço positivo, confirmam a aquisição da preparação e da segurança necessária para melhorar práticas e comportamentos em relação ao cuidar e na interação entre colegas.

Os participantes identificaram também como uma mais valia a oportunidade de expressar sentimentos, dado que nos contextos de atuação lidam com o sofrimento da pessoa alvo de cuidados e na maioria das vezes sem a possibilidade de validação por parte da vítima, dado o seu estado crítico.

As sessões de supervisão de grupo tornaram-se um meio para desenvolver habilidades profissionais, proporcionando estratégias para lidar com situações negativas, reações emocionais e crises. Servindo não só para a partilha de conhecimento, mas também para o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento emocional, fundamentais para a atuação em ambientes imprevisíveis como o contexto pré-hospitalar. Brink et al. (2011) indica-nos que o aumento conhecimento, a oportunidade de falar sobre sentimentos e ter tempo e oportunidade suficientes para compartilhar essas experiências com colegas é decisivo na melhoria dos cuidados prestados.

O ambiente de prestação de cuidados é muitas vezes “assustador, repentino e caótico” pelo que cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias que transmitam segurança à pessoa alvo de cuidados, o treino e preparação, assim como a partilha de experiências entre pares melhora a criação desses ambientes mais favoráveis à prestação de cuidados de excelência, mais seguros, também pela diminuição a ocorrência do erro (Brink et al., 2011). As vítimas tendem a sentir menos stresse quando os prestadores de cuidados são capazes de transferir seus próprios sentimentos de segurança e proteção inerentes, contribuindo de forma positiva e influenciando o resultado do tratamento (Brink et al., 2011).

Gentil, Ramos e Whitaker (2008) indica-nos que de entre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem em contexto pré-hospitalar, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções imediatas. Este estudo tinha como principal objetivo analisar a opinião dos enfermeiros sobre os conhecimentos teóricos e as habilidades de enfermagem necessárias para atuar em contexto pré-hospitalar de contribuir

para a construção e planeamento de um programa de formação e capacitação dos enfermeiros que atuam nesta área específica da prestação de cuidados. Este estudo incluiu a participação de 192 enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 193 Atendimento Médico de Urgência – Unidade de Suporte Avançado (USA).

Dos resultados apresentados indica-nos que existem um conjunto de habilidades e competências consideradas básicas e de domínio comum na prestação de cuidados no âmbito do pré-hospitalar, tais como atuação em reanimação cardiorrespiratória, uso de equipamentos de estabilização hemodinâmica, medidas para controle da disfunção respiratória grave, utilização de equipamentos de suporte ventilatório, entre outros. Por outro lado, foram considerados com maior grau de complexidade as questões relacionadas às medidas para o controle e tratamento inicial dos quadros de intoxicação e conhecimento e habilidades psicomotoras para a realização de salvamentos terrestres, aquáticos.

Gentil et al. (2008) identifica no seu estudo o papel da telemedicina como estratégia para o desenvolvimento de uma atuação mais segura e como forma de capacitação dos profissionais que atuam nesta área, identificando a partilha e a discussão do caso clínico como uma mais valia na atuação em ambiente pré-hospitalar. Reforça igualmente a importância da criação e protocolos de atendimento como forma de garantir a eficiência e a sua qualidade transversal a todas as faixas etárias. Neste estudo também fica demonstrado a importância do treino prático de procedimentos como facilitador na prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente a técnica de acesso venoso, entubação endotraqueal, interpretação de traçados eletrocardiográficos entre outros.

Gentil et al. (2008) alargou o seu estudo à caracterização dos cenários de atuação tempo por base a análise das fichas de atendimento. Deste levantamento, pode concluir que os conhecimentos e o desenvolvimento de competências do enfermeiro em ambiente pré-hospitalar devem ser transversais a todas as faixas etárias. Apesar de terem sido identificadas situações mais frequentes, os autores indicam-nos que dada a imprevisibilidade do tipo de ocorrências em ambiente pré-hospitalar devem os conhecimentos serem alargados a toda a área de atuação clínica disponível, não segmentando a formação e particularização do treino. “Acredita-se que, na formação desses profissionais, a visão global sobre o atendimento de pacientes, tanto clínico como de trauma, deva ser contemplada no conteúdo programático dos cursos dessa área.” (p. 6).

As situações de PCR atendidos nesse tipo de serviço e a percepção dos cuidados de enfermagem perante esta ocorrência tiveram destaque perante os participantes, destacando a preparação para lidar com situações de stress e da gravidade da vítima, com enfoque no conhecimento científico, na prontidão e habilidade técnica. Ressalta-se a necessidade de treinamento constante para atualização teórica e prática dos enfermeiros para a realização da Reanimação Cardiopulmonar (RCP) conforme as diretrizes da American Heart Association, que analisa e divulga, periodicamente, as evidências que fundamentam as modificações relacionadas às manobras de RCP e ao uso da desfibrilação Gentil et al. (2008).

Outro dos aspetos que demonstrou alguma evidência prende-se com a necessidade de capacitação dos enfermeiros em trauma dado o elevado número de ocorrências. Fica evidente que as habilidades devem ser exaustivamente praticadas, em contexto formativo, preparando o enfermeiro para atuar em situações de emergência que exijam prontidão motora e destreza. A constatação da necessidade de desenvolver competências específicas e diferenciadas reforça a importância do planeamento de programas de capacitação e especialização direcionados aos enfermeiros que atuam em ambiente pré-hospitalar.

Tal como Brink et al. (2011), também Gentil et al. (2008) demonstra a evidência que os métodos didático-pedagógicos devem permitir o desenvolvimento do raciocínio clínico para a tomada de decisão rápida, em situações de emergência, e o desenvolvimento de habilidades para a realização de procedimentos com agilidade e rapidez. Também estes autores defendem que “os conteúdos estanques e dissociados da prática devem ser abandonados para integrarem-se ao novo processo de ensino, em que os saberes são compartilhados e interrelacionados” (Gentil et al., pg. 6, 2008), destacando assim a partilha de experiências entre pares como estratégia para a melhoria da preparação/treino dos enfermeiros em contexto pré-hospitalar.

Sjölin, Lindström, Hult, Ringsted & Kurland (2014) analisaram os planos curriculares de formação especializada em enfermagem em ambiente pré-hospitalar em onze universidades do país. Apesar de estudo não envolver participantes, foi considerado para o desenvolvimento desta RSL por se encaixar nos critérios de inclusão e contribuir para a identificação dos outcomes da eficácia do treino/formação. O desenvolvimento de competências académicas e complementares à prática profissional diária, fruto do investimento da Suécia num modelo de prestação de cuidados pré-hospitalar assente na atuação do enfermeiro suporta a necessidade de em termos académicos existirem respostas as necessidades identificadas pelos profissionais.

Desta forma, Sjölin et al. (2014) indica-nos que a procura de conteúdos se resume a três áreas: conhecimento médico, de enfermagem e sobre o contexto.

A fundamentação teórica das ciências médicas e o conhecimento tecnológico que o enfermeiro do pré-hospitalar necessita para realizar um julgamento clínico da condição de uma pessoa em situação crítica é importante para desenvolver uma abordagem segura da pessoa. Desta forma, ferramentas que promovam o desenvolvimento de competências na área do julgamento clínico, no apoio à decisão ou princípios de avaliação física (Sjölin et al., 2014).

No que diz respeito ao conhecimento da área de enfermagem, este suporta-se na descrição da prática de enfermagem em situações específicas, que promovam a reflexão nas intervenções de enfermagem: questões éticas, teorias e processos de enfermagem, a abordagem e as atitudes da enfermeira da ambulância, a relação enfermeira-vítima, documentação e transferência de informações sobre a vítima e a situação e a comunicação. Fischer, Kamp, Garcia-Castrillo Riesgo, Robertson-Steel, Overton, e Ziemann (2010) em Sjölin et al. (2014), demonstrou que maior qualificação, mais treinamento e experiência na prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar aumentou a sobrevivência após PCR fora do hospital e melhorou o estado de algumas vítimas com condições de doença específicas.

Sjölin et al. (2014) destaca ainda o papel do conhecimento do ambiente onde são praticados os cuidados, como sendo um ambiente externo ao hospital, preocupando-se como estratégias de comunicação, organização e liderança, trabalho de equipa, aspetos ergonómicos do trabalho, riscos laborais, stresse, ameaças e violência, reações psicológicas e segurança no ambiente.

O objetivo deste estudo foi descrever o conteúdo educacional nos programas de enfermagem em atendimento de emergência pré-hospitalar na Suécia. Todas as universidades tiveram seu foco principal em tópicos relacionados às ciências médicas. Demonstra que apesar do papel do enfermeiro nos cuidados pré-hospitalares na Suécia ser uma realidade o conhecimento médico e clínico têm maior valorização, havendo um elevado desconhecimento do papel do enfermeiro na ambulância. “Uma explicação poderia ser que a enfermagem em ambulância é relativamente uma profissão jovem, e a educação nas universidades tem não está em curso há mais de 10 a 15 anos” havendo por isso pouca produção científica que demonstre o contrário Sjölin et al. (2014).

Cunningham, Brysiewich, Sepeku, White, Murray e Lobue (2017) pretenderam com o seu artigo desenvolver um documento orientador para ajudar a melhorar as competências de enfermagem de emergência tendo por base a criação de um curso de curta duração específico

para o contexto. Posteriormente à implementação inicial, com a formação dos primeiros monitores, será amplamente ministrado a todos os enfermeiros que desempenhem funções nestes cenários de atuação. A aplicação deste curso demonstra que investir na melhoria das habilidades de enfermagem de emergência pode ter resultados de alto impacto com baixo custo, pois contribuirá para a melhoria dos cuidados prestados em ambiente de emergência. Este curso tinha como principal objetivo melhorar a prestação de cuidados de enfermagem nas áreas rurais reconhecendo por isso as dificuldades demográficas, criando-lhes muitas vezes ambientes hostis, em que permanecem com a vítima longos períodos de tempo e com menor acessibilidade a outros tipos de cuidados diferenciados em contexto hospitalar.

Cunningham et al. (2017) descreve que é fundamental mudar os processos cognitivos para permitir melhorar a capacidade clínica e compreensão. Tem por base os conhecimentos prévios e a experiência profissional vivenciada por cada enfermeiro como ponto de partida para a criação de modelos de atuação padrão mediante o recurso a protocolos.

Atendendo a realidade evidenciada na contextualização do artigo, é importante não esquecer que a evolução dos cuidados de enfermagem em contexto de emergência no continente Africano é sobejamente diferente da realidade europeia. No entanto, devemos destacar a pertinência e a reflexão que dá origem a estes programas formativos, como reconhecimento da importância de desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua e de crescimento e valorização profissional.

Se um profissional sentir que a sua experiência atual não é reconhecida ou está incorreta, irá com maior facilidade aderir a programas formativos demonstrando maior abertura para aprender. Os participantes foram incentivados a partilhar as suas experiências, desafios e situações vivenciadas sobre as temáticas abordadas. Este modelo assenta também na partilha de experiência em grupo, tal como evidenciado em Brink et al. (2011).

Cunningham et al. (2017) demonstram ainda que a metodologia utilizada na implementação no curso possibilitou o envolvimento dos participantes, promovendo a sua replicação pelo país e contribuindo de forma decisiva para o aumento das competências, no aperfeiçoamento de habilidades, no treino de raciocínio clínico e na segurança dos cuidados.

Sundström e Dahlberg (2011) destacam no seu estudo a preparação do enfermeiro para o desempenho das funções em ambiente pré-hospitalar, dando especial relevo às discrepâncias

previamente conhecida entre a prestação de cuidados dentro do hospital e a prestação de cuidados no pré-hospitalar. Tal como nos indicam os autores “being prepared for the unprepared”, o ambiente pré-hospitalar é caracterizado por um encontro aberto e flexível com as vítimas, em que a preparação e o treino devem constituir um suporte para o desenvolvimento de ferramentas independentemente da situação em que irá atuar. Torna-se por isso difícil garantir a certeza e o controlo quando nos deparamos com o desconhecido. O desenvolvimento de boas práticas de cuidados afeta diretamente a segurança da pessoa alvo de cuidados. É dado relevo as habilidades comunicacionais da equipa dado que por um lado facilita a colheita de informação relevante para o socorro e por outro lado pode desempenhar um papel tranquilizador e reconfortante para a vítima. Destaca também a importância da comunicação dirigida às necessidades da pessoa alvo de cuidados, independentemente do conhecimento prévio da informação sobre a situação conhecida pelas centrais de ativação de meios.

Sundström e Dahlberg (2011) destacam as estratégias desenvolvidas pelos profissionais, enfermeiros e outros elementos da equipa de pré-hospitalar na tentativa de antecipar e controlar a informação previamente conhecida sobre uma dada situação. É importante que se mantenham focados, que saibam lidar com o stress ou com eventos caóticos que pode caraterizar cada nova situação.

Estar melhor preparados para o seu papel, antecipar o máximo de informação disponível promove práticas mais assertivas e com reconhecido valor qualitativo. A existência de planos de ação/procedimentos e protocolos previamente elaborados são descritos como particularmente importantes na atuação em cenários complexos de catástrofe ou multi-vítimas. Os profissionais que atuam em ambiente pré-hospitalar dependem da cooperação da vítima e a sua participação depende do grau de confiança e empatia estabelecido no profissional.

Martel, Oteng, Mould-Millman, Bell, Zakariah, Oduro, Kowalenko e Donkor (2014) apresentam um estudo sobre as necessidades dos enfermeiros no pré-hospitalar no Gana em adquirir novos métodos de atuação e da necessidade de implementação de novas tecnologias. Demonstraram com este estudo da importância das práticas simuladas em laboratório como forma de desenvolver as aprendizagens e o treino para situações imprevisíveis. Apesar de ser um serviço recente no Gana sofreu um enorme crescimento operacional, programático e educacional. Como forma de consolidar conhecimentos e desenvolver competências são

desenvolvidos laboratórios de habilidades, práticas clínicas em contexto hospitalar e prestação e cuidados em contexto de pré-hospitalar.

O artigo destaca igualmente a importância do treino na melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar com enfoque nas funções cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Em suma, apesar da limitação apresentada por alguns estudos quanto ao objeto de estudo é consensual da importância da preparação dos enfermeiros para um ambiente inesperado e potencialmente stressante recorrendo ao treino e à formação de melhoria contínua.

O atendimento pré-hospitalar envolve uma atmosfera de incerteza e até mesmo tensão relacionada à atribuição de cuidados e preparação para atender a pessoa alvo de cuidados (Sundström & Dahlberg, 2011; Martel et al., 2014).

O planeamento e a preparação dos profissionais que atuam em contexto pré-hospitalar é fulcral para a prestação de cuidados de excelência. Alguns autores defendem a criação de cursos especializados no âmbito dos cuidados de enfermagem no ambiente pré-hospitalar (Cunningham et al., 2017; Martel et al., 2014; Sjölin et al, 2011)

O treino e a capacitação dos enfermeiros proporcionam maior segurança na tomada de decisão, prontidão e destreza/habilidade, em momento de elevado stress e atendimento de uma população específica, o que reforça a necessidade de programas direcionados para o desenvolvimento de competências nessa área (Gentil et al., 2008; Brink et al., 2011).

A partilha de experiências entre pares constitui-se uma ferramenta para aumentar autoconsciência e desenvolvimento profissional positivo, onde experiências e reações negativas do dia a dia poderiam ser processadas e analisadas. Fortalece a segurança interna dos participantes, tanto profissionalmente quanto pessoalmente. Nosso estudo demonstra que o modelo de supervisão de grupo é uma maneira de desenvolver as habilidades profissionais da equipe pré-hospitalar de principiante a perito (Brink et al., 2011; Cunningham et al., 2017).

## CONCLUSÃO

A busca do conhecimento e o aperfeiçoamento em contexto prático é fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem no pré-hospitalar. Os programas formativos e a formação/treino permitem o aperfeiçoamento das competências técnicas, comunicacionais e na capacidade de resposta a um evento inesperado.

Dos estudos analisados recolheu-se um conjunto de contributos que se constituem desafios futuros, nomeadamente à nossa escala nacional. É fundamental a produção científica baseada na evidência, é fulcral os enfermeiros desenvolverem estudos que analisem os seus contextos profissionais, que suportem as suas necessidades formativas e que sejam motores para o desenvolvimento do aperfeiçoamento das competências.

Cuidar não escolhe local nem momento certo, é fundamental que o percurso académico e profissional suporte a prática clínica especializada em enfermagem.

A realização desta RSL foi importante para promover a reflexão sobre esta temática, no entanto foram identificadas várias limitações, nomeadamente, a reduzida quantidade de artigos sobre a temática, sendo notório o desinvestimento científico sobre as mesmas. O tipo de estudos disponíveis, dado tratar-se de uma temática que mesmo à escala mundial se encontra ainda pouco estudada. Assim, considera-se a temática uma problemática emergente, passível de investimento científico, tendo em conta a o risco associado à ocorrência de situações de exceção/multi-vítimas a nível mundial a carecer da intervenção de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2017). Síntese da Evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Capacci, A.; Mangano, S. (2015). Las catástrofes naturales. Universidad de Genova, Genova – Italia. doi: [dx.doi.org/10.15446/rcdg.v24n2.50206](https://doi.org/10.15446/rcdg.v24n2.50206)
- Considine, J.; Botti, M.; Thomas, S. (2006). The effects of specific educational preparation on emergency nurses' clinical decisions regarding supplemental oxygen administration. *Nursing and Health Sciences*, n.º8. pg. 73–80. Doi: [doi: 10.1111/j.1442-2018.2006.00252.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00252.x)
- Cunningham, C.; Brysiewich, P.; Sepeku, A.; White, L.; Murray, B. & Lobue, N. (2017). Developing an emergency nursing short course in Tanzania. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.002>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Gentil, R.; Ramos, L.; Whitaker, I. (2008). Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. *Revista Latino-Enfermagem* março-abril. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- Grochtdreis, T.; Jong, N.; Harenberg, N.; Görres, S.; Schröder-Bäck, P. (2015) Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review (Review article). doi: [10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133](https://doi.org/10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133)
- Hanes, P. (2016). Wildfire Disasters and Nursing. Azusa Pacific University School of Nursing. *Nurs Clin N Am* Pg. 625–645. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.07.006> [nursing.theclinics.com](http://nursing.theclinics.com)
- International Council of Nursing and world health organization. (2009) Framework of Disaster Nursing Competencies. Western Pacific Union. ISBN: 978-92-95065-79-6.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Manual de Situação de Exceção. Versão 2.0 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-05-7
- Lima, D.; Vasconcelos, I.; Queiroz, E. Cunha, T.; Santos, V.; Arruda, A.; Freitas, J. (2019). Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários -Multiple victims incident simulation: training professionals and university teaching. Universidade de Fortaleza. doi: [10.1590/0100-6991e-20192163](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192163)
- Martel, J.; Oteng, R.; Mould-Millman, N.; Bell, S.; Zakariah, A.; Oduro, G.; Kowalenko, T. & Donkor, P. (2014). The Development of Sustainable Emergency Care in Ghana: Physician, Nursing and Prehospital Care Training Initiatives. Doi: [doi:10.1016/j.jemermed.2014.04.041](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.04.041).
- Mendonça, S. Sobral (2009). Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar. Editorial Novembro.

- Miranda, I. & Sousa, C. (2020). As Vivências dos enfermeiros na catástrofe dos incêndios florestais de Pedrogão Grande. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Pearson, A., White, H., Bath-Hextall, F., Salmond, S., Apostolo, J., Kirkpatrick, P., & Lockwood, C. (2014). A mixed methods approach to evidence synthesis. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Peter B.; Back- Pettersson, S. & Sernert, N. (2011). Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care. Doi: 10.1016/j.ienj.2011.04.001
- Pladec, B.; Menoret, R.; Rodes, R.. (2016). Recruitment and training of prehospital emergency care nurses in Paris. Doi: 10.1016/j.revinf.2016.08.028
- Salvador, P.; Dantas, R.; Dantas, D.; Torres, G. (2012). A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP, pg.742-751.
- Santana, M.; Aguirre, J.; Carvajal, N. (2020). Formación médica para afrontar emergencias y desastres: experiencia de enseñanza-aprendizaje con trabajo colaborativo, uso de tecnologías de información y comunicación, y simulación. ISSN: 2014-9832. ISSN (ed. digital): 2014-9840
- Sjölin, H.; Lindström, V.; Hult, H.; Ringsted, C. & Kurland, L. (2014). What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. International Emergency Nursing 23 pg. 127–132. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.002>
- Sundström, B. & Dahlberg, K. (2011). Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2011.09.003>
- Wyk, S.; Heyns, T.; Coetzee, I. (2015). The value of the pre-hospital learning environment as part of the emergency nursing programme. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2015.05.001>

## APÊNDICE

**APÊNDICE I-**  
**QUADROS DE AVALIAÇÃO METODOLÓGICA**

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care” (Brink el al., 2011)**

**E1**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.	<b>X</b>	
9. Aprovação por comité de ética.	<b>X</b>	
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “Nurses' training in prehospital care” (Gentil et al.,2008)**

**E2**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.	<b>X</b>	
9. Aprovação por comité de ética.	<b>X</b>	
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care” (Sjölin et al.,2014)**

**E3**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspetiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.		<b>X</b>
9. Aprovação por comité de ética.	<b>X</b>	
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “Developing an emergency nursing short course in Tanzania” (Cunningham et al., 2017)**

**E4**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.	<b>X</b>	
9. Aprovação por comité de ética.		<b>X</b>
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care” (Sundström & Dahlberg, 2011)**

**E5**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.	<b>X</b>	
9. Aprovação por comité de ética.	<b>X</b>	
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	

**Aplicação do Instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (JBI, 2014a; Lockwood, Munn, & Porritt, 2015) ao estudo: “The Development of Sustainable Emergency Care in Ghana: Physician, Nursing and Prehospital Care Training Initiatives” ( Martel et al., 2014)**

**E6**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da investigação	<b>X</b>	
2. A metodologia de estudo é adequada na abordagem da questão de investigação?	<b>X</b>	
3. Os métodos de colheita de dados são apropriados para a metodologia?	<b>X</b>	
4. Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	<b>X</b>	
5. Congruência entre a metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados	<b>X</b>	
6. Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente.	<b>X</b>	
7. Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa.	<b>X</b>	
8. Representação dos participantes e das suas vozes.	<b>X</b>	
9. Aprovação por comité de ética.		<b>X</b>
10. Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados.	<b>X</b>	