

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS:

**Cuidar a pessoa em situação crítica da urgência ao
perioperatório**

Carla Alexandra Rodrigues Araújo

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS:

**Cuidar a pessoa em situação crítica da urgência ao
perioperatório**

Carla Alexandra Rodrigues Araújo

Orientadora: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

Coorientadora: Prof.^a Teresa Ornelas

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

EPIGRAFE

*Que sejas como a fonte que transborda e não
como o tanque que contém sempre a mesma água.*
Susana Tamaro

DEDICATÓRIA

Às minhas tias Teresa e Laurentina que partiram mas que
continuam presentes e que sempre me orientaram:

Vai aonde te Leva o coração

(Susana Tamaro)

AGRADECIMENTOS

À Exma. Sr.^a Prof.^a Teresa Ornelas (Prof.^a Coorientadora) e à Exma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Merícia Bettencourt (Prof.^a Orientadora) do relatório de mestrado agradeço a orientação a disponibilidade e a paciência prestada.

Agradeço aos Enfermeiros orientadores deste percurso: Ana Sofia Nunes da Silva, Isabel Figueiredo, Rui Gomes, Ana Clara Costa e Hugo Gonçalves pela disponibilidade, orientação, sabedoria, pela partilha de experiências e vivências, pela força nos momentos de maior desânimo e pela Amizade que manifestaram no decorrer deste meu percurso.

Aos Enfermeiros do Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva Do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Bloco Operatório de Neurocirurgia, da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédio Neurocríticos e Neurorradiologia do Hospital de São João pelo acolhimento e partilha dos seus saberes e experiência.

Enfim, todos foram um pilar importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus Pais, ao meu Irmão e em especial à minha Irmã pelo Amor, Apoio e Incentivo para continuar neste árduo percurso.

À minha família e aos meus Amigos pelo, Carinho e Amizade neste árduo percurso.

Aos colegas do “grupo de estudo” do CMEMC, pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de apoio e convívio.

A todos o meu sincero Obrigado!

RESUMO

O presente relatório de estágio insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Este relatório mostra o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar a pessoa em situação crítica no ensino clínico: Estágio I – urgência (U), Estágio II – cuidados intensivos (CI) e Estágio III - perioperatório, que decorreu entre 14 de abril e 10 de novembro de 2016, nos serviços de urgência, serviço de cuidados intensivos polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça e no bloco operatório de neurocirurgia do Hospital de São João Porto.

Relata o percurso dos estágios, através de uma reflexão crítica e fundamentada, evidenciando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, face às atividades efetivadas em consonância com os objetivos gerais e específicos delineados.

O ensino clínico ocorreu em ambientes abrangentes e diversificados, foi catalisador de aprendizagem e promotor no desenvolvimento de competências especializadas que conduziram à prestação de cuidados de enfermagem individualizados com qualidade e segurança.

Foi utilizada uma metodologia descritiva e analítica fundamentada na investigação e na evidência científica desenvolvendo o pensamento crítico para uma tomada de decisão inerente à prestação de cuidados especializados. Organizou-se o trabalho apenas num capítulo, onde os subcapítulos incluem os vários contextos face ao desenvolvimento de competências especializadas.

Neste percurso evidencia-se ainda o cliente neurocrítico no perioperatório, pois dada a natureza e gravidade da pessoa em situação crítica, acresce a este a disfunção neurológica e cujo impacto dessa disfunção poderá trazer também repercussões a nível pessoal e familiar e socioeconómico.

Neste âmbito foram desenvolvidas competências especializadas face ao cuidar à pessoa em situação crítica, promovidas as competências na intervenção da prevenção e controlo da infeção perante estas complexidades e na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos, Enfermagem, Enfermagem Perioperatória, Neurocirurgia, Urgência.

ABSTRACT

The present internship report is included in the syllabus of the Master Course with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of São José de Cluny Nursing School.

This report shows the development of specialized skills in caring for the critically ill person in clinical education: Stage I - Urgency (U), Stage II - Intensive Care (IC) and Stage III - Perioperative, which took place between April 14 and November 10, 2016, in the emergency services, multipurpose intensive care service of Dr. Nélio Mendonça Hospital and in the neurosurgery operating room of the Hospital of São João Porto.

It describes the development of the internships, throughout a critical and logical thinking, evidencing the development of specialized skills acquired, according to the activities carried out in harmony with the general and specific objectives outlined.

The clinical teaching took place in diversified and extensive environments; it acted as a catalyst for learning and promoted the development of specialized skills that led to the provision of individualized nursing care with quality and safety.

It was used a descriptive methodology based on research and scientific evidence, developing critical thinking in the decision making inherent to the provision of specialized care. The work was organized only in one chapter, in which the sub-chapters include the various contexts in the development of specialized skills.

In this course the neurocritical client is evidenced in the perioperative, given the nature and severity of the person in critical situation, it adds to the neurological dysfunction and the impact of this dysfunction can also introduce repercussions at personal and familiar level. In this context, specialized skills were developed to the care of the person in critical situation, competences were promoted in the intervention of the prevention and control of the infection in face of these complexities and as a response to situations of catastrophe or multi-victim emergency.

Keywords: Intensive Care, Nursing, Perioperative Nursing, Neurosurgery, Urgency.

ABREVIATURAS, ACRÓMINOS E SIGLAS

ACS – *American College of Surgeons*

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHA – *American Heart Association*

AORN – *Association of Operating Room Nurses*

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

BIS – Índice Bis-Espectral

BO – Bloco Operatório

BONC – Bloco Operatório de Neurocirurgia

BPS – *Behavior Pain Scale*

CCCPE – Curso de Comunicação Clínica na Prática de Enfermagem.

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica

CPGCIN – Curso de Pós-graduação em Cuidados Intensivos

DGS - Direção Geral de Saúde

DREM – Direção Regional de estatística da Madeira

DVE – Derivação Ventricular Externa

EC – Ensino Clínico

ECTS – *European Credit Transfer System*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

FCCS – *Fundamental Critical Care Support*

HDNM – Hospital Doutor Nélio Mendonça

HCF – Hospital Central do Funchal

HIC – Hipertensão Intracraniana

HSJ – Hospital de São João

HSA – Hemorragia Sub-aracnoideia

INVUS – *Near infrared spectroscopy* (Oximetria Cerebral Transcutânea)

MRMI – *Medical Response to Major Incidentes*

NCS - *Nonciception Coma Scale*

O2 – Oxigénio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PRx - Índice de Reatividade Cerebrovascular por Pressão

PtbO2 – Pressão Tecidual de Oxigénio

PVC – Pressão Venosa Central

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SAV – Suporte Avançado de Vida

SESARAM - Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SCCM – *Society for Critical Care Medicine*

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 – Saturação Periférica de O2

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU - Unidade de Cuidados Intensivos Serviço de Urgência

UPA – Unidade Pós-Anestésica

URL - (*Uniforme Resource, Locator*)

VV – Vias Verdes

WHO - *World Health Organization*

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	15
1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	17
1.1. Cuidar a pessoa em situação crítica	24
1.1.1. Cuidar em contexto urgência	30
1.1.2. Cuidar em contexto cuidados intensivos	60
1.1.3. Cuidar em contexto perioperatório	80
CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA.....	107

INTRODUÇÃO

Na enfermagem a prática da atividade profissional é vasta e ocorre em várias áreas de atuação da prestação de cuidados, na formação, na investigação, na docência, na assessoria e gestão sendo orientadas para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados. (Artigo 9.º REPE; Decreto-Lei n.º 104/98), constatando-se assim, que os enfermeiros, o alicerce dos cuidados de saúde e as suas competências técnicas e não técnicas não podem ser descuradas.

O presente relatório de estágio insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Este relatório mostra o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar a pessoa em situação crítica no ensino clínico: Estágio I – urgência (U), Estágio II – cuidados intensivos (CI) e Estágio III - perioperatório, que decorreu entre 14 de Abril e 10 de Novembro de 2016, nos serviços de urgência, serviço de cuidados intensivos polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça e no bloco operatório de neurocirurgia do Hospital de São João Porto.

Considerou-se para tal o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro), o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem e a pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) sendo que estas competências especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p8656). Por sua vez o doente neurocrítico é um doente crítico que pela natureza e gravidade da disfunção neurológica pode ter a sua vida ameaçada. A identificação, reconhecimento e tratamento precoce da disfunção neurológica também são fundamentais para a melhoria dos resultados (*Society for Critical Care Medicine*, 2008). Ambos necessitam de cuidados altamente qualificados e manutenção de funções vitais, o que exige uma constante abordagem sistémica e sistematizada por parte do enfermeiro especialista.

No entanto os cuidados de saúde prestados à pessoa em situação crítica ultrapassam barreiras arquitetónicas, pois estas encontram-se em vários contextos cruzando no seu percurso serviços como a urgência, cuidados intensivos e o bloco operatório (Ponce e Mendes (2015).

Incluindo assim os vários contextos do ensino clínico, todos eles são importantes face às exigências da pessoa em situação crítica. Este trabalho evidencia uma particularidade que é a assistência face ao doente neurocrítico com necessidades cirúrgicas e neste âmbito surge a enfermagem perioperatória que corresponde a um contexto onde são prestados cuidados diretos e indiretos pelo enfermeiro perioperatório nas fases pré, intra e pós-operatório.

Foi utilizada uma metodologia descritiva e analítica através da reflexão das atividades realizadas e baseadas na evidência científica.

O propósito deste Relatório de Estágio é evidenciar o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a uma abordagem que compreende os contextos de urgência, cuidados intensivos e perioperatório.

A aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, promoveram a evolução do espírito crítico-reflexivo, de tomada de decisão e fundamentação na evidência científica facultaram a identificação e resolução de problemas, não descurando implicações éticas, deontológicas, morais e culturais.

O trabalho foi organizado apenas num capítulo, inicialmente apresenta-se uma síntese do referencial teórico que suporta o desenvolvimento de competências e o cuidar em situação crítica. Os subcapítulos compreendem os vários contextos face ao desenvolvimento de competências especializadas, com foco para pessoa em situação crítica e neurocirúrgica..

A apresentação deste relatório de estágio segue as normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos da ESESJC (Jardim, S. 2015).

1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A competência é a inteligência prática para as ocasiões que se baseiam em conhecimentos adquiridos e que os modificam com tanto mais vigor, quanto mais complexas forem as situações (Zarifian, 1999).

Abreu (2001) menciona que “o conceito de competência tem adquirido, nos últimos anos, o estatuto de noção mediática, sendo referido em estudos e pesquisas em áreas científicas muito diversas” (p.105) e que “ (...) não é uma entidade isolada no universo socio-cultural em que se estrutura” (p.108).

Por sua vez Le Boterf (2005) personalidade internacionalmente reconhecido face ao desenvolvimento das competências e iniciador da abordagem do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem das mesmas e refere nas suas publicações são fruto de experiência.

O mesmo autor, evidencia na sua obra que:

as competências podem resultar de três factores: o saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimento, saber fazer, ...); o querer agir que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante no qual ele intervém; o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização do trabalho, de escolha da forma de gestão (...) (Le Boterf, 2005, p.28).

Competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (Fleury & Fleury, 2011, pg. 188).

Ainda face conceito de competência, Conceição (2015) na sua definição de competência refere que esta “(...) é intrínseca à profissão de enfermagem e menciona que perante a Ordem dos Enfermeiros, este conceito aparece já relacionado à própria definição de enfermeiro” (p.23.)

Le Boterf (2005) refere por sua vez que, a nível profissional é exigido que o profissional vá mais além do que é prescrito para fazer; perante as eventualidades e os acontecimentos, o mesmo deve mostrar iniciativa, responsabilização e investimento pessoal, tendo como intuito evoluir nas competências que já possui, e desenvolver outras que possam estar em falta, o que vai de encontro ao ingresso neste percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

Ainda na conceção de Le Boterf (2005) a pessoa competente é aquela que sabe “agir igualmente com autonomia, quer dizer, capaz de auto-regular as suas acções, de saber não somente contar com os seus próprios meios mas procurar recursos complementares, de estar

preparado para transferir, quer dizer reintegrar as suas competências noutra contexto” (p.36) e que vai de encontro a todo este contexto formativo.

Deste modo, “a formação contínua dos profissionais de enfermagem tem um significado especial para a profissão, uma vez que permite dar visibilidade social a processos que se incluem na sua estrutura identitária, mas que se encontram invisíveis (...), sendo por tal motivo omitidos pela investigação, formação e prática profissional” (Abreu, 2001, p.66).

Neste contexto, Fonseca (2006) revela que “a formação em enfermagem coloca-se, assim, na apropriação de saberes teóricos e práticos, que se reflectem, na qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade, na responsabilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem patente na estrutura curricular do curso e no grau académico que lhe é conferido” (p.37).

Bártolo (2007) refere ainda que “a formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos, de atitudes (...)” (p.47) e que “a prática clínica é uma actividade multifetada, na qual se entrecruzam diferentes vertentes, diferentes factores que potenciam a aprendizagem” (p81).

Na opinião de Mendonça (2009) “a formação e desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo “*querer ser*” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício” (p.51). Em relação aos enfermeiros o mesmo autor menciona ainda que, são “(...) profissionais conscientes dos contextos actuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano-complexo e único” (p.52).

Dado que, atualmente deparamo-nos com uma evolução a nível técnico científico na área dos cuidados de saúde, e perante esta realidade desenvolvem-se atitudes de modo a prestarem os melhores cuidados. A evolução da ciência e tecnologia conduz-nos como profissionais de saúde a uma maior responsabilidade e exigência, face à prestação de cuidados mais complexos. O enfermeiro sente assim a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver outras competências de forma a dar resposta a situações mais complexas com que se depara no seu dia-a-dia, criando nesse sentido, prioridades de intervenção ao cliente e sua família.

Pois “a enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da intersecção de várias áreas do saber (...)” (OE, 2015, p.11).

Assim, como profissional de enfermagem e consciente da atualidade, apostou-se na formação durante todo o percurso profissional com o intuito de adquirir e desenvolver competências especializadas considerando-as essenciais para a segurança e qualidade do exercício profissional, dado que os cuidados prestados se dirigem ao cliente e deste modo individualizados. Enveredou-se assim num processo de crescimento contínuo através da formação avançada em enfermagem, pós-graduação, pós-licenciatura e mestrado.

Ciente que o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática envolvida e refletida, que se centra nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados, evidencia-se, o enfermeiro Especialista pois é o enfermeiro detentor de:

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, p.8648).

Este conceito encontra-se enunciado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011) e o mesmo refere que, o desenvolvimento destas competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Independentemente da área de especialidade selecionada ou de eleição, os enfermeiros que são detentores deste título compartilham de um grupo comum de domínios.

As competências comuns podem ser aplicadas em vários ambientes e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Nas referidas competências estão incluídas as dimensões da educação dos clientes e de seus pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança e abrange a responsabilidade de descodificar, de aplicar e divulgar investigação relevante de forma possibilitar avanços e melhorar a prática da enfermagem.

Deste modo, o Artigo 3º do regulamento supracitado refere-se ao conceito das competências comuns e estão assim definidas na alínea a) como sendo as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, de gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo face ao exercício profissional especializado quer no âmbito da formação, quer no da investigação e da assessoria.

Já as competências específicas definidas na alínea b) do mesmo artigo são definidas como as competências que resultam das várias respostas humanas face aos processamentos de vida e aos seus problemas de saúde e do campo de ação “definido para cada área de

especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 122/2011,p.8649).

No Artigo 2º do regulamento supracitado e no ponto 4 refere que a:

certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 122/2011, p.8649).

O *International Council of Nurses* (ICN, 2003) por sua vez refere que a aplicação de um quadro de referência face às competências em enfermagem proporciona a demonstração das funções e das responsabilidades dos enfermeiros (OE, 2012).

“O desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional, o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários.” (Abreu, 2001, p.105)

Contudo Serrano, Costa e Costa (2011) salientam que:

o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre os atores (equipa de saúde), o contexto e os saberes através das díades(...)Tem por base: estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem; a construção da experiência, um habitus de cuidar caracterizado pelo conhecimento colectivo e um processo de supervisão clínica (Serrano, Costa e Costa,2011,p.15).

Os mesmos autores referem ainda que, a enfermagem relaciona a competência, o exercício profissional face aos diversos contextos. Os enfermeiros por sua vez são os atores no processo de mutação e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Deste modo, no decorrer do percurso de aprendizagem estiveram envolvidos inúmeros intervenientes como diversos contextos clínicos, várias equipas multidisciplinares, bem como com os clientes, suas famílias e os docentes, com que se intersectou desde a formação inicial quer numa conceção ativa do desenvolvimento de competências especializadas.

Esta aprendizagem desenvolveu-se através de uma prática supervisionada nos diferentes contextos da prestação de cuidados e de serviços de saúde quer a nível regional, quer a nível nacional.

Constatou-se que, nos últimos anos, a área da supervisão clínica deparou-se com um grande desenvolvimento, pois foi escoltando o avanço perante a abordagem da educação e da formação contínua em contextos clínicos.

Alarcão e Taváres (2003, p.28) aludem ainda que “a supervisão deve ser continuada e não esporádica (...)” e que fazer “supervisão é ensinar” mencionando assim aquilo que Stones defendeu na sua obra intitulada de *Supervision and Teacher Education: A Counselling and Pedagogical Approach* (Alarcão & Taváres, 2003, p.28).

Por sua vez, Fonseca (2006) reforça o conceito de supervisão com “(...) o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento das características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos através de um processo de informação – reflexão – acção – reflexão” (p.17). No entanto, “cada pessoa constrói os seus significados, que serão o ponto de partida para a aprendizagem”, do mesmo modo que, “os recursos de cada pessoa fazem parte da sua própria estrutura e incluem as aprendizagens a partir de experiências acumuladas, competências de resolução de problemas e do seu estado mental” (p.20).

Deste modo, o formando é auxiliado pelo supervisor a desenvolver o seu próprio autoconhecimento, fortalecendo o pensamento e a reflexão crítica o que lhe irá beneficiar futuramente para a ajuda de tomada de decisão e desenvolvimento de competências ao longo do seu processo formativo.

Neste contexto, ao se referir à aprendizagem em contexto clínico Abreu (2003) refere que: “(...)é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção” (p.9).

O ensino clínico constitui uma parte do processo formativo, onde o encontro com a realidade do exercício profissional, o confronto face a face com cada indivíduo (doentes, enfermeiros e outros profissionais de saúde), com as situações de saúde, a doença ou a morte, mais ou menos imprevisíveis, com as situações e os seus sistemas organizacionais e de gestão, promove a desconstrução e reconstrução do saber (Fonseca, 2006, p.49).

O mesmo autor refere ainda que no decorrer do ensino clínico (EC), o formando cria relações, afetivas e profissionais com os vários elementos que compõe a equipa de saúde e por sua vez, ainda concebem o estabelecimento de uma relação de ajuda com os clientes e seus familiares, as quais precisam de ser examinadas e ponderadas de forma a serem adequadas a cada situação com o propósito que as mesmas sejam eficazes e eficientes tanto para o desempenho profissional como para o desenvolvimento pessoal (Fonseca, 2006).

Os contextos de ensino clínico são então centros de recurso aonde existe uma articulação entre a componente teórica, prática e relacional, sendo essenciais para o formando. Estes constituem-se ainda como uma referência na qual a figura do tutor tem um papel muito importante no progresso da aprendizagem e desenvolvimento de competências

Como tal, e intrínsecos ao CMEMC, os diversos estágios do ensino clínico (EC) decorreram de forma programada no período de 14 de abril de 2016 a 09 de novembro de 2016, com o propósito de seguir uma metodologia e proporcionarem qualidade na aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas.

Deste modo, programou-se previamente cada estágio com as docentes de cada EC e com os enfermeiros chefes do serviço de U e da unidade de CI e com a responsável do bloco operatório de neurocirurgia (BONC), procurando-se conciliar horários, debater-se definição de objetivos de estágio.

O desenvolvimento de competências especializadas iniciou-se com a preparação do estágio, para tal, elaborou-se um projeto com plano de atividades a desenvolver-se para a consecução das respetivas competências em cada estágio.

O projeto, é então uma atitude organizada face a necessidades concretas, neste caso de formação e desenvolvimento de competências especializadas. (Alves, 2004 e Tappen, 2005).

Tendo em conta que o plano é considerado como um trabalho sistemático e organizado que se executa num conjunto composto de atividades com o intuito de atingir determinados resultados pré-definidos, que são os objetivos (Alves, 2004). Efetivou-se então um plano com um conjunto de atividades, com um desígnio claramente definido para um determinado espaço de tempo (Tappen, 2005).

Inerente os estágios efetuou-se o desenvolvimento de competências especializadas através da componente do processo de prestação de cuidados: avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas das pessoas que recorrem aos serviços de U, CI e BONC e da componente teórico-reflexiva.

Ressalva-se que os constructos do processo de enfermagem assumem grande importância enquanto parte integrante do quadro conceptual da profissão de enfermagem no sentido em que a elaboração de planos de cuidados específicos e individualizados promove e identifica a autonomia da enfermagem enquanto profissão e disciplina.

No que concerne a componente teórico-reflexiva, elaborou-se reflexões críticas no decorrer dos vários estágios e abordou-se diversas temáticas face aos contextos. Teve-se por base o ciclo de GIBS as quais partilhou-se com os enfermeiros tutores/supervisor clínicos, bem como com a coordenadora da UC, promovendo-se assim o pensamento crítico. Este contempla 6 fases: a descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento de ação. Ao abordar este ciclo relatou-se o que aconteceu através de pensamentos e sentimentos; posteriormente efetuou-se uma avaliação e análise perante a experiência vivenciada e em que sentido pudesse atuar-se.

Neste sentido menciona-se Mendes (2016) que elaborou um estudo qualitativo no qual pretendia observar de que modo o exercício reflexivo contribuía para a construção do pensamento em enfermagem; e verificar quais as estratégias ou condições, na aprendizagem clínica, e quais as que afetavam o exercício reflexivo. Neste estudo participaram 23 estudantes

dos quatro anos do curso de licenciatura em enfermagem, que realizaram exercícios reflexivos, nos contextos de aprendizagem clínica. A colheita de dados foi efetivada através de uma entrevista semiestruturada e narrativa escrita. Concluiu que, o exercício reflexivo é primordial em contexto de aprendizagem clínica, no entanto, implica um trabalho efetivo dos vários atores envolvidos e que são o estudante e orientadores, todos eles envolvidos no processo formativo.

Integrou-se estas reflexões no portfólio de aprendizagem neste percurso do CMEMC, para o desenvolvimento de competências especializadas, sendo consideradas como estratégias de aprendizagem e de avaliação.

O portfólio constitui uma ferramenta de aprendizagem que tem, entre outras, a finalidade de ilustrar o percurso das aprendizagens desenvolvidas num determinado contexto de formação. Retratando o processo de aprendizagem e os seus resultados, pressupõe uma componente reflexiva e crítica ao longo da sua construção.

Fernandes e Miranda (2003) referem que o portefólio de aprendizagem é constituído por uma coleção sistemática de trabalhos, feitos pelo estudante onde ilustra os esforços, os progressos e as suas realizações num ou em diferentes domínios da sua formação/aprendizagem. É um registo único e intransferível e fornece o percurso de aquisição de competências do aluno.

Os mesmos autores mencionam ainda que deve incluir reflexões e estabelecer objetivos, desafios e estratégias (Fernandes & Miranda, 2003). Assim, com base nesta definição de portfólio, este constitui um instrumento que reflete o aluno, aquilo que ele sabe, o que sabe fazer e o como fez ao longo do tempo equacionado. Embora fosse um dos métodos de avaliação da UC: estágio I – U, continuou-se com a sua concretização ao longo do percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

Pois como refere Benner (2001) “cada pessoa traz a sua história, o seu caminho intelectual e a sua vontade de aprender quando está perante uma situação clínica particular” (p.38).

Assim, “o modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas e ligadas de um modo vital com uma prática clínica” (Benner, 2001, p.12).

Ressalva-se que, a prestação de cuidados de enfermagem de excelência é um desafio importante para qualquer enfermeiro e que, o alcance desta excelência tem muito a ver com a arte de saber cuidar e que o cuidar um ser humano exige a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais (Sousa, 2013).

Em suma:

o processo de aprendizagem constitui-se por uma série de fenómenos que vão desde o indivíduo a prender a aprender, ou seja, ser capaz de interiorizar os procedimentos da aprendizagem, observar os dados provenientes da experiência, analisá-los e sintetizá-los emitindo um juízo final, passando pela participação activa e responsável do indivíduo em todo o processo, até à atribuição de um significado, ou seja, perceber o assunto ou a experiência como importante e relevante para si e para os seus propósitos (Fonseca, 2006, p.43).

Na óptica de Queirós (2007) o saber do enfermeiro “é um saber de ação (...) é a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos (...) é um saber profissional porque se trata de um saber no âmbito de uma atividade complexa e organizada”, e a abordagem à pessoa em situação crítica assim o impõe pois exige uma rápida e adequada intervenção de forma a garantir a sua estabilização e tratamento.

“Ser enfermeiro exige uma capacidade, não só de executar técnicas como também de se relacionar, em todas as dimensões do ser, com o outro a quem cuida” (Conceição, 2015.p19) e deste modo, segue-se a temática do cuidar a pessoa em situação crítica face aos contextos inerentes ao CMEMC.

1.1. Cuidar a pessoa em situação crítica

“(...) Cuidar é mobilizar em alguém tudo o que vive”. (Collière, 1989, p.306) é ainda “(...) entendido como o alívio da vulnerabilidade; a facilitação do conforto, a promoção da dignidade, a realização mútua e a preservação e extensão das possibilidades humanas da pessoa, da família e da comunidade, bem como proporcionar uma morte serena” (Queirós, 2001, p.39)

Deste modo, “o cuidar, na sua acepção mais ampla, é em si próprio um reflexo da dimensão social dos cuidados de enfermagem” (Abreu,2001, p.41).

Para Watson (2002) cuidar é a habilidade que o enfermeiro apresenta em perceber e identificar corretamente quais os sentimentos face à situação particular do outro. Este “(...) pode ser e é físico, processual, objectivo e factual, mas ao nível mais elevado, as respostas humanas da enfermagem no cuidar, as transições humanas no cuidar, a presença do enfermeiro na relação, transcende o mundo físico e material (...)” (Watson, 2002, p.112).

Aquando o cuidar uma pessoa em situação crítica Cunha (2000) refere que implica regularmente a nível clínico uma vista complexa, e que nos casos mais graves pode ser acompanhada de falência respiratória, cardíaca e ainda cerebral e na qual, a sua sobrevivência está sujeita de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Uma vez que a pessoa em situação crítica exige cuidados altamente qualificados concedidos de forma contínua à pessoa em risco imediato de vida e com uma ou mais funções vitais ameaçadas. Requer assim, como resposta às necessidades sentidas, assegurar as funções básicas de vida, antecipar complicações e limitar incapacidades. Exigindo do enfermeiro uma observação, colheita e pesquisa contínua, realizada de forma sistêmica e sistematizada e ainda prever e detetar as complicações precocemente com o propósito de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 124/2011).

As competências especializadas para esta situação crítica inclui, a constante avaliação diagnóstica e monitorização, pois identifica-se a máxima importância face ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento, n.º 124/2011).

Em relação à pessoa em situação crítica destacou-se o cliente neurocrítico/neurocirúrgico, pois dada a sua natureza e gravidade adscrever ainda a disfunção neurológica podendo ter a sua vida também ameaçada e cujo impacto dessa disfunção no futuro poderá significar morte ou níveis elevados de dependência, trazendo grandes repercussões quer pessoais quer familiares e ainda socioeconómicos. Também a identificação, reconhecimento e tratamento precoce da disfunção neurológica, aliada à articulação indispensável entre os diferentes intervenientes, vão ser fundamentais para a melhoria dos resultados (Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), 2009)

Dada a relevância da disfunção do sistema nervoso, o reconhecimento e avaliação bem como tratamento precoces também da disfunção neurológica, aliada à articulação indispensável entre os diferentes intervenientes, vão ser fundamentais para a melhoria dos resultados.

E foi nesta circunstância que desenvolveu-se o projeto de autoformação, no âmbito da UC: Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem do CMEMC e cujo propósito foi essencialmente desenvolver-se competências teórico-práticas e relacionais especializadas na enfermagem perioperatória, desenvolvendo-se competências especializadas face ao contexto perioperatório no cuidar da pessoa em situação crítica neurocirúrgica face à complexificação de conhecimentos teóricos e práticos que lhe é imposta.

A seleção tanto do contexto como da temática foi essencialmente pelo interesse pessoal bem como complexificar os conhecimentos teóricos e práticos, uma vez que os clientes com estas características são aqueles que fruto da experiência profissional e pessoal em enfermagem perioperatória, traz ao enfermeiro um grande desafio em termos de monitorização, vigilância e

capacidade de, em função de várias variáveis estabilizar o cliente com vista à prevenção de lesões secundárias, bem como à promoção do seu *outcome*, sendo esta inerente ao enfermeiro e fundamental em todo o seu itinerário

Por outro lado, teve-se em conta todo um percurso já iniciado anteriormente e com a necessidade de concretização do curso de pós-graduação em cuidados intensivos neurocríticos (CPGCIN, 2012) e a carência de certas técnicas cirúrgicas, equipamentos e protocolos terapêuticos na região autónoma da Madeira.

Através do desenvolvimento das competências especializadas à pessoa em situação crítica e neurocrítica, pretendeu-se melhorar a conduta como enf.^a de perioperatório com funções na área de anestesia perante a temática que inquietava que era cuidar e promover a estabilidade hemodinâmica da pessoa em situação neurocrítica no perioperatório com ênfase na fase do intra-operatório, com qualidade e segurança acompanhando o avanço científico e tecnológico face ao cuidar face à sua complexidade e aos riscos que daí advêm. Deste modo justifica-se a ligação direta com o contexto de opção.

Em relação à pessoa em situação crítica, Ponce e Mendes (2015, p.555) na sua obra referem que os cuidados de saúde prestados à pessoa em situação crítica ultrapassam barreiras arquitetónicas, pois estas pessoas podem encontrar-se em vários contextos desde o pré-hospitalar às enfermarias, cruzando no seu percurso serviços como a urgência, cuidados intensivos e o bloco operatório.

E, é nesta circunstância de cuidar a pessoa em situação crítica em vários contextos que determinou-se conforme o plano de estudos do CMEM abordar-se para o desenvolvimento de competências especializadas o contexto da urgência, de cuidados intensivos e perioperatório (inserindo o perioperatório num serviço de referência), indo de encontro com a opinião de Bártolo (2007) que refere que o âmbito hospitalar é um contexto potencialmente formativo, pois remete-nos à prestação de cuidados de saúde diferenciados e com inclusão de vários atores, percursos e processos.

Deste modo, e em relação ao cuidar em contexto de urgência, a enfermagem de urgência diz então respeito a cuidados de enfermagem a pessoas que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, previamente diagnosticadas ou não. O serviço de urgência caracteriza-se pela diversidade de patologias cuidadas e conhecimentos, bem como pelo elevado número de doentes atendidos, sendo cada vez mais complexa e exigente (Patrick, 2011).

A crescente complexidade dos cuidados implica um aumento contínuo de conhecimentos, da parte do enfermeiro, de modo a permitir-lhe tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados ao doente” e deste modo, “os enfermeiros da urgência servem utentes cada vez mais exigentes (Patrick, 2011, p.7).

Estes, por sua vez, são aqueles elementos da equipa de saúde, que na maioria das vezes usufruem de um contato mais alargado e intenso com o cliente (Fazio, 2011).

Em suma “a prática de enfermagem de urgência habilita-nos, enquanto profissionais, a ter uma influência significativa sobre as necessidades da sociedade em termos de saúde”. (Fazio, 2011, p.16).

Para a compreensão do exercício no SU, é essencial ter presente os conceitos: urgentes e emergentes. As urgências são então designadas como todas as situações clínicas de instalação súbita, e podem ser graves ou não, existindo um risco de estabelecimento de falência de funções vitais, já as situações de emergências são consideradas todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe, um prévio ou súbito compromisso de uma ou mais funções vitais. Para que se verifique um atendimento merecedor do ponto de vista técnico e científico, todas as situações clínicas que se enquadram nestas definições demandam uma referenciação hospitalar. Com o desenvolvimento que se tem verificado nos últimos anos face ao atendimento pré-hospitalar: VMER, Vias Verdes e CODU e ainda face ao INEM, a população portuguesa está abrangida por vários tipos de socorro e de transporte que possibilitam uma apropriada referenciação a nível hospitalar (Despacho n.º 10319/2014).

Por sua vez, o cuidar cuidados intensivos (CI) evoluiu “ (...) a partir do reconhecimento de que as necessidades dos doentes com patologias ou lesões agudas e com risco de vida seriam mais bem satisfeitas se eles estivessem organizados em áreas distintas do hospital” Urden, Stacy e Lough (2008). Estes cuidados são então prestados em serviços ou divisões especializadas e que por sua vez dão ênfase á continuidades dos cuidados.

Estes serviços são denominados como uma unidade de tratamento e vigilância permanente onde se prestam tratamentos a pessoas em situação clínica grave que têm necessidade de vigilância permanente por pessoal especializado e em número adequado, o que vai de encontro com a opinião de (Urden, Stacy e Lough, 2008) ao referirem que as pessoas internadas em cuidados intensivos são as “(...) que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais” e que por se apresentarem em situação crítica exigem cuidados de enfermagem mais intensos e vigilantes (Urden, Stacy e Lough, 2008, p.4).

Os autores supracitados mencionam ainda que, os enfermeiros neste contexto “(...) prestam e contribuem para os cuidados dos doentes em estado crítico numa variedade de papéis” sendo o que se prevalece é o dos cuidados diretos, interagindo com estes, com a sua família a ainda com toda uma equipa multidisciplinar. (Urden, Stacy e Lough, 2008, p.4).

O que vai de encontro com a opinião de Smith-Blair (2010) ao mencionar que:

a enfermagem de cuidados críticos preocupa-se com problemas mas que ameaçam a vida, como a grande cirurgia, o traumatismo, a infecção e o choque, e também com a prevenção de doenças potencialmente mortais. O enfermeiro de cuidados críticos é um advogado do doente, responsável por assegurar que todos os doentes em estado crítico e respetivas famílias recebam cuidados óptimos (...) (Smith-Blair, 2010, p.196)

O mesmo autor refere ainda que “ as aptidões destes enfermeiros incluem ter juízo clínico e capacidades lógicas ligadas e qualidades de reflexão crítica e de tomada de decisões. O enfermeiro de cuidados críticos depende de técnicas especializadas e de conhecimento para monitorizar e dar suporte à estabilidade fisiológica dos doentes, e a interface entre o doente e a tecnologia. Além de disso, adapta práticas clínicas à medida de cada pessoa doente e família através da colaboração com os elementos da equipa de saúde para atingir os resultados pretendidos no doente. (Smith-Blair, 2010, p.196)

Por sua vez:

o bloco operatório é uma unidade funcional, em constante evolução técnica, com características e especificidades muito próprias. Nele executam-se procedimentos e técnicas anestésico-cirúrgicas que obrigam o enfermeiro da sala de operações a ser altamente qualificado e a estar bem preparado de modo a responder com eficiência às exigências que estes atos requerem. A par de tudo isto, compete-lhe também assegurar o bem – fazer, a humanização dos cuidados e a segurança das pessoas que são, sem dúvida, a prioridade (Duarte & Martins, 2014, p.209).

A European Operating Room Nurses Association (EORNA) refere que os cuidados de enfermagem perioperatória são prestados em três âmbitos estabelecidas como pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (EORNA,2012). Perante o qual, o profissional que presta estes cuidados é designado inicialmente pela Association of Operating Room Nurses (AORN) como enfermeiro de sala de operações, sendo identificado como o enfermeiro que identifica os vários tipos de necessidades (fisiológicas, psicológicas e sociais) e estabelece e implementa um plano de cuidados de enfermagem individualizado, tendo por base conhecimentos das ciências naturais, do comportamento, tendo como propósito manter nas três áreas acima mencionadas a saúde e o bem-estar do doente (AORN, 1969)

Ferrito (2014) reforça ainda esta ideia ao referir que este profissional “(...) é responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o cuidado do doente (...) e aplica “o conhecimento científico e as suas competências específicas em todas a fases do perioperatório (...)” (p.4).

A EORNA constatando que a enfermagem perioperatória é muito complexa e distinta, e que exigia basear a sua ação em princípios científicos e técnicos, o que por sua vez provoca um enorme desafio a estes enfermeiros face ao desenvolvimento de competências na área de perioperatório. A mesma elaborou um quadro de referência que alude às principais competências que o enf.º deverá desenvolver face às suas diferentes áreas de atuação.

Deste modo, salienta-se a relevância de enumerar os cinco principais domínios de competência para o enf.º perioperatório segundo a EORNA (2009): o domínio da prática profissional, ética e legal; o domínio de cuidados de enfermagem e prática perioperatória; o

domínio das relações interpessoais e comunicação; o domínio das capacidades organizativas, de gestão e de liderança e o domínio da educação e desenvolvimento profissional.

No entanto, face a estes domínios o que a EORNA pretende é que o enf.º perioperatório obtenha um nível de competência para o qual preste cuidados de enfermagem humanizados, seguros, com qualidade no desempenho das funções como enf.º: anestesia, circulante, instrumentista. Que revele experiência na gestão da dor e do ambiente, que organize um bloco operatório (BO) e ainda integre toda uma equipe multidisciplinar, participando em programas de melhoria de qualidade e em estratégias da gestão do risco.

Em suma a enfermagem perioperatória é um sector no qual o enfermeiro de concede um cuidar individualizado no período perioperatório:

(...) para além da prestação direta de cuidados no âmbito da instrumentação, circulação e anestesia, desenvolve-se também nas áreas de gestão, liderança, educação, investigação e advocacia ao proteger os direitos do doente. Os cuidados são orientados para a proteção de um ambiente seguro e a promoção dos melhores resultados de saúde dos doentes (Ferrito, 2014, p.8).

Dado que “os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano, Costa e Costa, 2011, p.16) seguidamente é apresentada a prática clínica inerente aos três contextos urgência, cuidados intensivos, perioperatório.

No entanto, atestando-se a inexistência de uma especialidade para cada uma destes contextos, algumas áreas de intervenção como a abordagem à pessoa em situação crítica tem sido integradas nos cursos de pós-licenciatura e mestrado em médico-cirúrgica que foram aprovadas através do já mencionado Regulamento n.º 124/2011 e autorizado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Por sua vez e reconhecendo que a doença oncológica continua nos dias de hoje, apesar de todos os avanços tecnológicos, a ser uma das doenças mais temidas. A enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa toma também por alvo de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo da vida. E passa a ser também regulamentada pelo regulamento n.º 188/2015 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e também permitida pelo colégio supracitado.

A pertinência de focar o cuidar em situação paliativa vai ao encontro dos contextos acima citados, dado que em qualquer destes defronta-se com ambas estas situações.

Os cuidados paliativos surgem como resposta à necessidade crescente de promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento dos indivíduos e seus familiares face às

Competências especializadas: Cuidar a pessoa em situação crítica da urgência ao perioperatório
doenças que os ameaçam e para as quais não há cura (Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012).

A World Health Organization (2002) estima que atualmente 20 milhões de pessoas vivem com uma doença oncológica e que na Europa, uma em cada quatro pessoas, tem ou terá de enfrentar o cancro (Amaral, 2012). Perante esta realidade, surge a necessidade de procurar novos avanços no tratamento, mas também de procurar o conforto, nomeadamente através do controlo sintomatológico, destes clientes perante a doença sem cura.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos emergem nos anos noventa, e têm mais evidência com a criação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP).

O cuidar em situação paliativa abrange uma assistência para a promoção da qualidade de vida dos clientes e suas famílias. Estes, por sua vez defrontam-se com situações de doenças que ameaçam continuamente a vida, sendo essencial a atuar-se através da prevenção e alívio do sofrimento, o que exige uma identificação precoce, com avaliação e tratamento da dor bem como de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, (2002).

A filosofia dos Cuidados Paliativos tem vindo a desenvolver-se e hoje o acesso aos Cuidados Paliativos é considerado como um direito (OMS, 2012). No Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009), mais propriamente com o Artigo 87º, constam os alicerces éticos nos cuidados ao doente terminal, em que o profissional assume o dever de: “Defender e Promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Lei n.º 111/2009).

Nos subcapítulos que se seguem, é exposto o desenvolvimento de competências especializadas face ao cuidar à pessoa em situação crítica e algum relevo para o cliente neurocrítico/neurocirúrgico incluindo os domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Iniciando-se este percurso através do contexto de urgência.

1.1.1. Cuidar em contexto urgência

Os serviços de urgência (SU) são dotados de características próprias que permitem uma grande visibilidade e pertinência aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica, gerando um complemento muito importante na formação de especialização nesta área. Pois, são nestes serviços que ocorrem situações clínicas de instalação súbita, graves, sendo a porta de entrada para muitas pessoas em situação crítica.

Este contexto inseriu-se na UC: de ensino clínico (EC), estágio I - urgência, do CMEMC da ESESJC e contemplou um conjunto de competências a desenvolver-se bem demonstrar-se os resultados de aprendizagem que obteve-se na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica.

O referido decorreu no ano letivo 2015-2016 entre 27 de junho e 28 de julho de 2016 no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HDNM) e contemplou assim um total de 250 horas, correspondendo a 10 ECTS.

Face a este contexto a referida escola preconizou para este estágio desenvolver-se as competências abaixo citadas:

- Participar nos cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência e /ou catástrofe;
- Revelar conhecimentos aprofundados no atendimento ao doente vítima de trauma e paragem cardiorrespiratória;
- Aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, em contexto de urgência;
- Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da Enfermagem de urgência.

Atendendo às mesmas e com o propósito de desenvolver as competências especializadas em EEEMC, traçou-se objetivos gerais e específicos para o estágio como forma de dar resposta aos mesmos. Em seguida, apresenta-se os mesmos, expondo uma análise crítico-reflexiva das aprendizagens realizadas. Estas permitiram-me a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, abordagem à pessoa em situação crítica, face a este contexto.

Neste âmbito propôs-se como objetivos gerais:

- Prestar Cuidados de Enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e em contexto de serviço de urgência;
- Conhecer os planos de catástrofe ou emergência do SU do HDNM.

E como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional e estrutural do serviço e do responsável de equipa;
- Desenvolver competências especializadas técnicas, científicas e relacionais na abordagem à pessoa em situação de doença crítica em contexto de urgência;
- Conhecer o circuito do cliente; desenvolver competências na admissão do cliente; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade em situação de urgência e emergência (com um olhar particular para o cliente neurocrítico e cirúrgico);
- Gerir a administração de terapêutica e específica do serviço;

- Fortalecer competências relacionais e de comunicação com o doente em situação crítica e a sua família no SU;

- Colaborar na prevenção e controle da infeção especialmente as infeções associadas; à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica no SU;

- Conhecer aplicabilidade dos protocolos de atuação perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas.

O estágio I -U, realizou-se no SU do HDRNM local promovedor de desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas no domínio da intervenção do enfermeiro especialista em contexto urgência/emergência.

Localiza-se estrategicamente no edifício central do hospital, no andar técnico e tem como missão o de assistir a todas as pessoas que a ele recorram, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito a dignidade e a segurança pela pessoa e pela sua situação de saúde. Tem uma articulação com os centros de saúde da região autónoma da Madeira (RAM), assim como com o serviço de emergência pré-hospitalar, alicerçada numa via de comunicação fixa e digital que envolve a proteção civil e possibilita uma resposta organizada e planificada na abordagem do socorro permitindo a continuidade da resposta ao mesmo com segurança e qualidade. A maioria dos cuidados prestados requerem uma equipa multidisciplinar coesa, que atue de forma rápida, eficaz e eficiente, face a situações imprevisíveis urgentes/emergentes.

Segundo a direção regional de estatísticas da Madeira (DREM) e tendo por base a população residente (2011) de 267785 habitantes o SU do HDNM em 2015 teve por atendimento por Doença:109 039; lesão provocada por acidente: 15743, por acidente de viação:1148, acidente de trabalho:1646, acidentes domésticos e de lazer:3 630, outros: 9319; lesão auto provocada intencionalmente: 344, lesão provocada por agressão:1308 e outras causas:1012 cliente. De acordo com estes dados foram atendidos na urgência - 127 446 (em 2015) dando uma média de clientes 349 por dia e de intervenções de grande e média cirurgia por dia nos hospitais 31,5 %..

Este é um SU médico-cirúrgico de primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência, cumprindo os requisitos da DGS e integrando a rede nacional de urgência/emergência e presta cuidados a toda a população da RAM e a toda a população a que ele se desloca. Estes é um serviço de urgência polivalente (SUP), sendo o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e oferece resposta à população. Com base no Despacho n.º 10319/2014 verifica-se que os SU são classificados segundo a sua diferenciação técnica e capacidade de resposta tipificada em: serviço de urgência polivalentes

(SUP); serviço de urgência médico-cirúrgicos (SUMC); serviço de urgência básicos (SUB) que podem ser localizados no hospital ou nos cuidados de saúde primários. Por sua vez, o que os diferencia é a sua resposta específica nas valências de: neurocirurgia; imagiologia, com angiografia digital e RMN; patologia clínica com toxicologia; cirurgia vascular; pneumologia; via verde da sépsis; AVC; trauma; coronária (cardiologia de intervenção); cirurgia cardio-torácica; cirurgia maxilo-facial; cirurgia plástica e reconstrutiva; gastroenterologia (com endoscopia). Sendo este um SUP, intervêm as diferentes especialidades citadas com atendimento durante 24 horas diárias.

Constatou-se que, a sua estrutura física está de acordo com o despacho supracitado, no artigo 20º referente à estrutura física e recursos materiais no qual o SU deve necessariamente incluir as seguintes áreas: área de admissão e registo; área de triagem de prioridades; área de espera; área de avaliação clínica; sala de emergência para doentes críticos com condições para SAV; área de ortotraumatologia; área de curta permanência e observação e área de informação e comunicação com familiares.

A estrutura física de um SU deve ser facilitadora do acompanhamento do cliente por familiar, nos termos do artigo 1º disposto na Lei n.º 33/2009, de 14 de julho em que o (direito de acompanhamento) é reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa. Este direito é concedido a todos os doentes e seus familiares que recorrem a este SU e que vai de encontro ao Artigo 86º do código deontológico que se refere ao respeito pela intimidade o qual atende aos sentimentos de pudor e de interioridade à pessoa e para o qual o enfermeiro assume o dever de :

- a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (OE, 2015, p83).

O ministério da saúde busca uma integração crescente dos sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência, num sistema de urgência único e integrado, com o objetivo de garantir às vítimas de doença súbita, de acidente ou de catástrofe a correta prestação de cuidados de saúde e transporte até à unidade adequada, SU.

A nível intra-hospitalar encontra-se articulado com vários serviços tais como: o serviço de sangue e medicina transfusional, o serviço de patologia clínica, o bloco operatório, medicina intensiva, medicina interna, serviço de imagiologia, farmácia, unidade de AVC, serviço de psiquiatria, o serviço social e com o serviço de obstetrícia e ginecologia, assim como com a urgência pediátrica mas no entanto são serviços independentes.

A equipa de enfermagem é constituída por 71 enfermeiros, no qual o enf.º chefe é EEMC e dos quais sete partilham do mesmo título, sete EE em saúde mental, cinco em saúde comunitária e dois em reabilitação. Está dividida por cinco as equipas de enfermagem constituídas por treze enfermeiros por equipa sendo estes distribuídos diariamente por posto de trabalho e outras atividades inerentes.

Cada equipa tem um enf.º responsável de equipa sendo habitualmente um EE ou um enfermeiro perito na área, os quais detém um grande elevado grau de perícia neste contexto.

Neste serviço todas as semanas as 5 equipas reúnem com o enf.º chefe para permuta de informações e debater o quotidiano do serviço

Santos e Bernardes (2010) salientam a importância de frequentes reuniões com a equipa de enfermagem, por esta ser uma boa maneira de garantir um bom funcionamento no serviço prestado. E referem ainda que, é importante que nas reuniões, seja discutido o processo de trabalho que, conseqüentemente irá colaborar com a qualidade da assistência prestada.

A elaboração do plano de trabalho dos enf.ºs é efetuada acordo com os postos de trabalho, atribuição de responsabilidades a ele inerentes e perante o qual cada enf.º é responsável pelos clientes que se encontram no referido posto. Nos postos de trabalho com dois enf.ºs como na sala de tratamento, sala de recuperação e SO, nem sempre é usado o método de enf.º responsável. No entanto independentemente da metodologia de trabalho é aplicado o plano individualizado de cuidados dos clientes.

Segundo Marquis e Huston (2010) o enf.º ao fazer opção por um determinado método de trabalho, deverá considerar a habilidade e disponibilidade das pessoas envolvidas, recursos físicos e materiais disponíveis, assim como as condições do cliente, bem como a natureza dos cuidados a serem prestados.

No entanto, a prestação de cuidados de enfermagem por enf.º responsável respeita o conceito de cuidados de enfermagem individualizados, garantindo uma elevada humanização de cuidados, originando ao cliente uma maior satisfação perante os cuidados prestados.

Esta temática promoveu debate e reflexão com elementos da equipa, tendo como intuito a aplicação da metodologia por enf.º responsável nos postos de trabalho com dois enf.ºs.

Integrou-se no espírito de equipa e de relação de interajuda entre os vários enf.ºs que a compunha e com a qual foi o enorme prazer partilhar conhecimentos e experiências desenvolvendo competências especializadas.

Por vezes a presença de elementos estranhos aos serviço como nos estágios pode conduzir “(...) a sentimentos paradoxais por parte dos enfermeiros. De desgosto, porque ‘desestabilizam’ (...)”. Provocam algum acréscimo de trabalho(...) há necessidade de os

acompanhar, ensinar e estar atento (...)” não se verificou tal situação e a presença conduziu “(...) a “interferências, críticas e discussões (...) servirão nalguns casos de estímulo- à procura de informação e à reflexão (...)” (Marques, 2004, p. 63)

Num SU é abrangente como este, os cuidados cada vez mais complexos e exigentes, aumentando a necessidade de competências especializadas que se refletirá na melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas. Exige um aumento contínuo de conhecimentos da parte do enf.º, assim como tomadas decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados aos clientes, para além as inovações a nível de tecnologia e metodologia dos cuidados.

Assim sendo, menciona-se o despacho nº 47/SEAS/2006 que alude aos recursos humanos, formação, e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas dos SUB, no SUMC e no SUP (médicos e enf.ºs) devem ter de formação em suporte avançado de vida (SAV) em trauma; formação em ventilação e controle hemodinâmico; formação em transporte de doentes críticos; formação em vias verdes (VV); formação em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stresse e de conflitos, comunicação do risco e “transmissão de más notícias” e ainda aos enf.ºs possuírem competências específicas do enfermeiro especialista (EE) em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela OE.

Esta exigência num SU vai de encontro com a OE (2015) ao referir que estes profissionais são reconhecidos como recursos fundamentais face à necessidade de cuidados seguros e com qualidade às pessoas em situação crítica.

Foi essencial a passagem pelas diferentes áreas e postos de trabalho no SU perante os quais pôde-se acompanhar os EE e tutores e observando concomitantemente o percurso da pessoa em situação crítica com algum destaque à pessoa em situação crítica com patologia neurológica e cirúrgica. No entanto, acompanhou-se o enf.º chefe de equipa, também EE analisando e colaborando nas suas responsabilidades, atividades, competências e complementando com a leitura do manual do serviço, aplicou-se as normas e procedimentos existentes no decorrer do estágio. Conhecendo ainda o plano de integração/formação do serviço e constatou-se o mesmo perante a integração no SU de EE.

Nos SU especificamente, tanto os estilos de liderança situacional como transformacional são essenciais para uma liderança eficaz neste mundo, muitas vezes caótico e carregado de elevado stresse (Grimm, 2010) porque nos SU, a atuação das equipas diferem muito entre si além de que as situações são muito díspares.

Vários autores partilham a opinião que é difícil definir um tipo de liderança efetivo num serviço com tão grandes dimensões, pois não existe nenhum estilo de liderança único e válido para todas as situações que nele se sucedem (Fachada, 2010).

Silva e Camelo (2013) referem ainda que a liderança promove o encontro de diferentes pessoas e profissionais que trabalham em equipa, desafiando o enfermeiro a mostrar suas capacidades de ouvir e de se relacionar bem com os seus colaboradores.

A visita guiada ao SU com a devida apresentação à equipa pluridisciplinar foi promotora de conhecimento dos circuitos da equipa multidisciplinar, dos clientes e de materiais e equipamentos. Usufruiu-se de momentos dedicados à gestão de materiais e reflexão acerca da organização e disposição das salas e de alguns materiais. O *checklist* do carro de urgência e de outros materiais e equipamentos contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

O acompanhamento com os enf.ºs tutores nas áreas de intervenção do SU à pessoa em situação crítica promoveu o conhecimento da orgânica funcional e a articulação com outros serviços e deste modo conheceu-se a metodologia de gestão dos recursos humanos e materiais do SU. Colaborando com a equipa de enfermagem pluridisciplinar.

Deste modo atingiu-se o objetivo específico conhecer a dinâmica funcional e estrutural do serviço e do responsável de equipa, desenvolvendo competências de enfermeiro especialista no domínio comum: da responsabilidade profissional, ética e legais são enunciadas no Artigo 5.º do Regulamento n.º 122/2011 alude que o EE desenvolve uma prática profissional e ética promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Dado ser uma competência comum ao EE desenvolveu-se uma prática profissional e ética em contexto de urgência e demonstrou-se que praticou-se um exercício seguro, profissional e ético, aplicou-se de tomada de decisão ética e deontológica conforme descrito ao longo do desenvolvimento o objetivo em narração.

O enfermeiro especialista encabeça de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética, pois a pessoa em situação crítica muitas vezes não se encontra em condição de decidir por si e é que salvaguardar os direitos do cliente, é cuidar e preservar a sua vida e promover a sua dignidade e promover a presença da família.

O respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais forma cumpridas, pois sendo a RAM uma ilha movida pelo turismo, cada vez mais se observam uma variabilidade de raças e etnias com as quais diariamente tem-se que coabitar, respeitar e fazer respeitar. Demonstrou-se assim o reconhecimento e aceitação dos direitos das pessoas como um ser holístico.

No domínio da melhoria contínua da qualidade descrita no Artigo 6.º do mesmo regulamento colaborou-se na verificação das várias *ckeklist* existentes no serviço de urgência nos vários postos de trabalho. Participou-se na realização de intervenções definidas quanto à

gestão do risco clínico (tipo de evento clínico adverso e respetivo grau de gravidade e gerir o sistema de notificação de evento clínico adverso) e risco não clínico (implementação da política de prevenção e/ou redução de risco como por exemplo risco de incêndio), cumprindo e fazendo-se cumprir com os protocolos da qualidade. Geriu-se o ambiente seguro dado ser uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica tal como para a prevenção de incidentes.

Dadas as características do SU promoveu-se sempre que possível um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual promovedor de segurança, demonstrando assim conhecimento e compreensão do fornecimento de um ambiente seguro de acordo com a sua situação clínica., envolveu-se a família no sentido de assegurar que as suas necessidades fossem satisfeitas.

A supervisão da aplicação dos princípios inerentes à prestação de cuidados, bem como a aplicação de princípios ergonómicos a fim de prevenir evitar malefícios aos profissionais e aos seus clientes (como por exemplo nas mobilizações, transferências e posicionamentos) foram tida em consideração.

Ainda no domínio comum da gestão dos cuidados descritos no Artigo 6.º o EE gere os cuidados, com o intuito de otimizar as respostas de toda uma a equipa multiprofissional, neste contexto de desenvolvimento de competências colaborou-se com o enf.º chefe de equipa de enfermagem, e como tal cooperou-se nas competências delegadas pelo enf.º chefe, e gere os cuidados de enfermagem tendo em conta os recursos disponíveis. Para além do constante no ponto 3 do artigo 7 do Dec. Lei 437191 compete, nas situações de normal funcionamento do serviço e ainda segundo o procedimento do SU designado como: Atribuições Enfermeiros Chefes de Equipa, conhecer a situação do serviço e, estabelecer prioridades; solicitar apoio a outros os serviços, alteração pontual da organização de trabalho para a melhoria da qualidade de cuidados e satisfação dos cliente e prestadores de cuidados, tendo em conta os recursos disponíveis.

Reconheceu-se a importância de referenciar para outros prestadores de cuidados de tanto a nível da equipa de enfermagem como para outras equipas de saúde e ainda outras instituições, como foi o caso de casas de saúde mental e centro de toxicodependência.

Deste modo, otimizou-se face à tomada de decisão, e colaborou-se com os enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar, e nas decisões pontuais com se deparou ao longo deste percurso.

Em relação aos Incidentes relacionados com a violência que se verificou contra profissionais de saúde no local de trabalho, alertou-se para o sistema de notificação *online* dos episódios de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho e que integra o sítio da Direção-Geral da Saúde dedicado ao Observatório da Violência Contra os Profissionais de

Saúde no Local de Trabalho (Circular Informativa N° 15/DSPCS de 07/04/2006). O formulário de notificação assegura confidencialidade e o anonimato da informação.

O NOTIFICA é assim uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde e no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes e que estejam relacionados com: a prestação de cuidados de saúde; a violência contra profissionais de saúde sucedida no local de trabalho; a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

A violência no local de trabalho provoca ameaça à prestação de serviços eficazes aos seus clientes, pois, para que sejam prestados cuidados com qualidade, os enf.ºs e a restante equipa multidisciplinar deve ter como garantia um ambiente de trabalho seguro e de um tratamento respeitoso.

Por último face ao domínio comum do desenvolvimento das aprendizagens profissionais–desenvolveu-se autoconhecimento e facilitou-se a promoção de condições para um excelente relacionamento com a equipa multidisciplinar reconhecendo neste contexto os seus recursos face à pessoa em situação crítica.

Em relação à orgânica organizacional e perante as situações de violência geriu-se sentimentos e emoções fornecendo uma resposta eficiente, atuando eficazmente sob pressão, com identificação e antecipação face a situações de eventual conflitualidade, adequando eficazmente técnicas de resolução de conflitos.

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 mas face às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica citadas no Artigo 4.º alude que o EE cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Nesta dinâmica com função acrescida de chefe de equipa contribui na prestação dos cuidados auxiliando e orientando a sua equipa em situações emergentes antecipando focos de de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, evidenciando conhecimentos e habilidades técnicas em SAV. Em situações de transporte hospitalar (intra e inter) desempenha também um papel fundamental ao coadjuvar a sua equipa em todos os passos recomendados pela SPCI.

Face aos dois objetivos específicos desenvolver de competências técnicas, científicas e relacionais na bordagem à pessoa em situação de doença crítica em contexto de urgência e conhecer o circuito do cliente; desenvolver competências na admissão do cliente; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade em situação de urgência e emergência (com um olhar particular para o cliente neurocrítico e cirúrgico) ambos são relatados simultaneamente

Competências especializadas: Cuidar a pessoa em situação crítica da urgência ao perioperatório para uma melhor percepção dos relatos do desenvolvimento de competências especializadas.

A abordagem aos clientes no SU inicia-se pelo acolhimento e triagem e que segundo o despacho n.º 10319/2014, todos os SU, qualquer que seja o seu nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir os clientes por gravidade clínica, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios pré-estabelecidos de observação, A triagem é fundamental, permite uma metodologia de trabalho coerente, reconhecida como a boa prática em situações urgentes. É fiável, uniforme e objetiva, sendo monitorizável, o que permite auditorias, tanto internas como externas (Grupo Português de Triagem (GTP) 2002).

Este foi criado em 1994, na Inglaterra, tendo como objetivo criar um consenso entre médicos e enfermeiros dos SU, com vista a criação de normas de triagem. Em Portugal começou a ser utilizado em finais de 2000 (GPT, 2002). A triagem nos SU surge na década de 1960, onde a procura dos serviços era em número muito superior aos recursos disponíveis e (Iserson e Moskop, 2007).

O método consiste em identificar a queixa inicial do cliente e seguir o respetivo fluxograma de decisão, existindo 52 fluxogramas. O mesmo fluxograma pode ter mais que uma possibilidade de encaminhamento de acordo com os fatores associados à história clínica e queixa inicial do utente (GPT, 2002)

A principal função do en.º da triagem é a atribuição da prioridade precisa e justa a cada cliente. Este deve tornar-se perito na avaliação do cliente e na tomada de decisão rápida pois tal como Cooke e Jinks (1999) refere a maioria dos erros na atribuição do nível de gravidade deveram-se se à má aplicação do sistema de triagem.

É recolhida toda a informação pertinente, avaliação de sinais, sintomas recentes e insere no sistema informático de triagem, através da seleção de fluxograma, tendo por base algumas das escalas de apoio como a escala de avaliação da dor, a escala de coma de Glasgow (ECG) e a tabela de fluxo expiratório máximo os clientes são conduzidos para as diferentes áreas de atendimento.

A seleção de fluxograma e a seleção dos discriminadores é atribuído uma prioridade que varia entre um a cinco categorias: emergente; muito urgente; urgente; pouco urgente e não urgente (GTP, 2002).

A aplicação do sistema de triagem de Manchester despertou para a importância de escutar o cliente e de avaliar-se com rapidez as suas necessidades. Embora tivesse conhecimento empírico acerca do mesmo a sua prática é característica do SU. Constatou-se ainda que é um processo exigente com constante necessidade de recorrer a diversos

conhecimentos e experiências. É perante estas situações que a experiência profissional e a perspicácia, na realização da triagem fazem toda a diferença e permite deste modo responder de forma adequada perante cada situação.

Constatou-se que os fluxogramas mais utilizados são: a indisposição do adulto; dor abdominal e problemas nos membros. Como futura enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica verificou-se que a triagem nos SU é de extrema importância pois é a “porta de entrada” dos doentes críticos em ambiente hospitalar.

O EE aquando a realização da triagem deve ter em conta a satisfação do cliente, pois segundo a OE (2011) é um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica, na procura do exercício profissional o EE deve prestar cuidados de excelência e satisfazer o cliente, são componentes tão importantes como a intervenção precisa, eficiente. (OE, 2011)

Na assistência à pessoa em situação crítica quando as equipas são bem treinadas, motivadas e com competências específicas é praticado um atendimento muito mais rápido e eficiente, podendo muitas vezes fazer toda a diferença entre o viver, o morrer ou ficar com sequelas. Nas suas intervenções os enf.ºs têm como desígnio assistir o cliente da melhor forma, com qualidade e segurança características estas essenciais no seu desempenho. Sendo que uma particularidade fundamental do desenvolvimento profissional aperfeiçoar saberes.

A triagem deste SU segundo a Direção-Geral da Instalações e Equipamentos da Saúde (2007) está de acordo com as recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Embora permita avaliar dois clientes em simultâneo, o espaço facultava pouca privacidade para acolher o cliente. A colocação de cortinados ou biombo é essencial.

A técnica de colheita de dados, a identificação e estabelecimento de prioridades, o desenvolvimento de capacidades de comunicação bem como uma tomada de decisão assertiva, foi aperfeiçoada. O desenvolvimento de competências à metodologia de trabalho diferenciado foi mobilizado bem como conhecimentos de várias áreas e intervir-se de forma adequada perante situações inesperadas e que exigem dos enfermeiros de grande ponderação-

É na triagem que são acionados os mecanismos que permitem um tratamento mais acelerado de determinadas situações, tais como a ativação das vias verdes (VV); a VV do AVC (Acidente Vascular Cerebral), a VV Coronária, a VV da sepsis e VV do trauma e que são divulgadas pela DGS. “A tomada de decisão nas atividades de resolução de problemas tem se tornado cada vez mais multifacetada exige pensamento crítico” este por sua vez é um “(...) processo de pensamento perspicaz que utiliza múltiplas dimensões da cognição do indivíduo para

desenvolver conclusões, soluções e alternativas apropriadas a uma situação específica” (Jhinkle & Cheever, 2016, p25).

Em relação à ativação destas, consultou-se além do manual algumas normas recomendações, fazendo uma reflexão acerca da temática e das situações que experienciou-se e o seu contributo no desenvolvimento das competências:-

As VV consistem em algoritmos clínicos de avaliação e de tratamento de patologias frequentes em que o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico. Estas permitem reduzir a morbi-mortalidade e estimulam o processo formativo, colaborativo e integrativo do sistema de saúde sendo fundamental que se iniciem no local do evento / apresentação dos sintomas, ou seja, que os sistemas hospitalar e extra-hospitalar garantam a continuação e a integração dos cuidados (Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/urgência, 2012).

A necessidade de implementação das VV decorreu da inadequação dos sistemas de triagem normalmente utilizados e da sua relevância para a saúde pública.

Em relação as vias verdes faz-se uma breve alusão:

VV do AVC – Fluxogramas: Indisposição no Adulto (Circular Normativa 03/DSPCS 2016).

Anualmente cerca de 795 000 pessoas sofrem um AVC de novo ou de repetição AVC sendo a segunda causa de morte no mundo e a terceira em países industrializados. O AVC isquémico é o mais frequente (84% dos casos), sendo os principais fatores de risco a hipertensão arterial, diabetes mellitus, deslipidémia e a fibrilação auricular (Almeida, Falcão, & Madeira, 2013). O objetivo no tratamento do AVC é minimizar a lesão cerebral aguda e maximizar a recuperação neurológica. A natureza tempo-dependente do atendimento ao AVC são o aspeto central no estabelecimento de sistemas de resposta rápida (via verde).

VV da Sepsis – Fluxograma: Indisposição no Adulto / Dor abdominal / Dispneia (mais frequentes) (DGS, Norma nº 010/2006 de 30/09/2006). A mortalidade das formas mais graves de sépsis, nomeadamente do choque séptico, atinge 51%. (DGS, 2010). A implementação de um protocolo terapêutico permite, não só diminuir a mortalidade, mas também uma redução substancial dos custos para as instituições.

VV do Trauma – Fluxograma: Grande Traumatismo (DGS, Circular Normativa 07/2010).

A OMS recentemente determinou as *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado. E foram publicadas as “*Normas de Boa Prática em Trauma*” e a Circular

Normativa n.º 7 (DQS/DQCO, 2010) da DGS acerca da Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, no sentido de nortear e organizar a abordagem, atendimento e referência destes doentes.

A Ordem dos Médicos (2009) recomenda que as equipas de trauma (médico e enfermeiro) tenham formação ao nível de suporte básico de vida (SBV), Suporte Imediato de Vida, SAV, ATLS, FCCS e o SAV Pediátrico.

VV Coronária – Fluxograma: Dor Torácica – (Circular Normativa 03/DSPCS, 2006);

A VV Coronária é uma estratégia implementada por todo o país, coordenado pelo instituto nacional de emergência médica (INEM) e com outras entidades nacionais.

Na ativação das várias vias verdes e integrou-se a equipa da sala de emergência sempre que ativada foi importante para a aquisição de competências práticas especializadas e prestou-se cuidados à pessoa em situação emergente e antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica em qualquer uma das VV acionadas.

A sala de emergência de um hospital é uma zona vital do SU, obriga à existência de equipas de médicos e enfermeiros bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam traduzir em vidas recuperadas (Ferreira et al, 2008).

Conforme a Orientação n.º 008/2011 da DGS, para o sucesso da abordagem de um cliente grave, para além dos recursos humanos, a existência do carro de emergência, com todo o material organizado é essencial. A mesma orientação indica que os carros de emergência devem existir em todas as salas de emergência de todos os serviços de urgência da Rede (Despacho n.º 5414/2008)

A verificação desta sala é da responsabilidade do enfermeiro responsável de equipa /turno sendo que o seu *cheklist* é efetuado no início de cada turno e preenchidos os referidos documentos e com o qual pode colaborar nesta atividade.

Segundo Bastos, Machado & Souza (2008), além da manutenção da sala de reanimação, esta tem que se encontra pronta a utilizar, parte das atividades executadas, são da competência dos enfermeiros, e, mesmo aquelas ações exclusivas dos médicos, requerem a colaboração dos enfermeiros, para as quais têm que estar preparados.

Na sala de emergência desenvolveu-se competências na área do cuidar da pessoa em contexto de emergência e situação de risco de vida, adaptando-se a novas situações, utilizando a abordagem conforme a metodologia específica para esta sala. Com todas estas experiências

colocou-se em prática os conhecimentos adquiridos na especialidade, UC: enfermagem em urgência e emergência), o curso de SAV (2011).

A metodologia de trabalho é a nível de três funções de enfermagem e tem como desígnio garantir a uniformização e sistematização de condutas de enfermagem nas situações de urgências e emergências nesta sala. Os elementos são denominados pelas letras: A, B e C e ressalva-se que a função do elemento A deverá ser em primeiro lugar da competência do chefe de equipa ou o enfermeiro especialista, na prestação de cuidados em equipa multidisciplinar, foram diversas as situações.

A fase de reanimação é a chave para o prognóstico clínico do cliente. Durante este período, são identificadas e tratadas as lesões que colocam o cliente em risco de vida, o sistema respiratório e cardiovascular é estabilizado e é efetuado uma anotação concisa das lesões sofridas. O sucesso da fase de reanimação e do resultado do tratamento está dependente de uma avaliação clínica sistematizada e bem estruturada, bem como do nível de perícia técnica e científica exercida. A avaliação e a reanimação necessitam de ser iniciadas o mais precocemente possível.

A assistência aos clientes obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons, adaptada da sequência “ABC” da American Heart Association: A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e oxigenação; C – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição, evitando a hipotermia. Este período de cuidados clínicos exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem estabelecidos nessa sequência de intervenção, possibilitando uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas. É necessário: equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, em termos de suporte científico e experiência; uma liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão; uma sala de emergência com os recursos necessários, preparados e organizados para a reanimação e comunicação eficaz.

Segundo a circular normativa Nº: 07/DQS/DQCO/2010 esta sala existe para o atendimento ao cliente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte. Aehlert (2007) refere que a prestação de cuidados nesta sala consiste numa restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação, preservando os órgãos vitais durante a reanimação. O saber agir e a rápida atuação são fundamentais para se atingir a excelência na prestação de cuidados, onde o enfermeiro tem um papel muito importante, principalmente na sala de emergência (Fernandes, 2007).

Nesta sala um dos focos de atenção foi a dor, pois a maior parte destes clientes apresenta um nível de dor acentuada. Monitorizou-se e providenciou-se alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, individualizando o seu cuidado e atendendo as suas necessidades e prevenindo com estas medidas a dor perante os procedimentos necessário a realizar numa abordagem segura.

A passagem nesta sala foi extremamente abonada em aprendizagens e desenvolvimento de competências que são essenciais no cuidar especializado em enfermagem face à pessoa em situação crítica. Sobretudo na abordagem e na assistência a clientes que necessitam de uma prestação de cuidados de enfermagem complexos, como a manutenção da via aérea e a ventilação, as intervenções para manter e restaurar o equilíbrio hemodinâmico, controlo hemorrágico ao nível avançado, controlo da dor, do medo e ansiedade, não descurando os princípios ético-legais.

Destaca-se neste âmbito uma situação de um cliente politraumatizado que após ter sido inicialmente assistido na sala zero e observado pela equipa de cirurgia na sala de emergência e após realização de TAC no SU necessitava da observação ortopédica. Devido à sua situação clínica exigir uma vigilância e monitorização apertada e por apresentar dor não controlada e na passagem do cliente ao enfermeiro que se encontrava destacado na área ortopédica, como profissionais de enfermagem cientes das necessidades para um cuidar com qualidade e segurança promovendo ao cliente cuidados individualizados. Discutiu-se a situação e informou-se o ortopedista da situação, que prontamente observou o cliente prescrevendo exames e após as informações fornecidas foi de acordo que o mesmo fosse transferido para o SO do SU para manter vigilância e monitorização apropriada. Deste modo salienta-se o Artigo 88º da excelência do exercício que o enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do cliente em tempo útil, não atrasando o diagnóstico e assegura a continuidade dos cuidados conforme o Artigo 83º do código deontológico.

Noutros postos de trabalho usufruiu-se de imensas oportunidades de prestar cuidados de enfermagem a clientes críticos e com uma elevada diversidade de patologias, tendo em conta que o foco de enfermagem é o cliente pretende-se que este receba cuidados individualizados e de alta qualidade e com segurança, tendo como principal intuito promover a humanização dos cuidados, contribuir para uma melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados.

“(…) Humanizar é uma preocupação que diz respeito a todos os profissionais da área da saúde, pois, possuem o dever ético de praticar a sua profissão na segurança de que trabalham com pessoas.” Nunes e Brandão (2007, p.12).

Face ao plano de cuidados verificou-se que os diagnósticos de enfermagem identificados e de caráter obrigatório e que são o risco de queda e o risco de úlcera por pressão promovendo indicadores de qualidade. Confirmou-se que os EE detêm o conhecimento científico e competência para os identificar mentalmente e atuar de consonância com os mesmos o mais rapidamente possível.

A necessidade VM ou VNI neste contexto é uma situação característica e comum, a monitorização, a vigilância e a adaptação do mesmo tanto à prótese ventilatória como ao interface e à adaptação do cliente aos parâmetros só assim se constitui atitude terapêutica. Tem ainda a particularidade da vigilância da prevenção por úlcera por pressão, quer do TOT quer do interface. A correta realização de cuidados técnicos e de alta complexidade por parte do enfermeiro especialista é fundamental. Tais como por em práticas as normas da DGS face aos feixes de intervenções da pneumonia associada à intubação (PAI.).

Verificou-se a importância dos pares nos seus campos de ação do EE em reabilitação, e sua assistência aos clientes e a interação com a equipa multidisciplinar algumas vezes no decorrer do estágio. Mais concretamente numa situação de um cliente com patologia neurológica e que no domicílio se encontra sob VNI permanente e uso de *cough assist*.

Pereira (2014) cita no seu trabalho que as competências do enfermeiro de reabilitação permitem-lhe colaborar na definição, implementação, monitorização e avaliação de estratégias com vista a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades do cliente.

Ciente que estes detêm competências técnicas e académicas para prestar cuidados de enfermagem especializados a clientes com incapacidades decorrentes de AVC, TCE, doenças crónicas e degenerativas entre outras (Faro, 2006), dá-nos uma visão de que, a enfermagem de reabilitação, por um lado, possui uma casuística de patologias específicas, mas também por uma prática baseada na evidência.

Leite e Faro (2005) ressaltam que este atua como líder da equipa, cuida das diversas patologias que requer conhecimento e habilidades técnicas e atitudes profissionais por parte do enfermeiro, compondo e implementando um “saber cuidar” com métodos e terapêuticas próprias de um especialista.

Na presença de clientes com necessidades cirúrgicas procedeu-se à informação e à necessidade do seu consentimento verbal e esclarecido para todo o seu procedimento que lhe é inerente. A preparação pré-operatória foi realizada preencheu-se o *checklist* da verificação pré-operatória do cliente para o bloco operatório quer eletronicamente quer em formato de papel.

Face à informatização dos registos clínicos hospitalares Nunes e Brandão (2007) referem que é “ (...) uma importante medida de modernização (...), mas que deve ser

acompanhada pelas necessárias precauções, para que o direito à privacidade não seja violado” (...) nem por em causa “o direito à privacidade individual e à reserva da intimidade da vida privada (...)” (p.22)

Verificou-se que os clientes aquando da transferência para o bloco operatório não lhes é realizada a preparação cirúrgica, preconizada pelas atuais *guidelines* e pelos órgãos de referência (AESOP). Muitas dúvidas surgiam na equipa em relação à realização da tricotomia e do não preenchimento do *checklist* da verificação pré-operatória informaticamente mas sim em formato de papel. A realização da verificação pré-operatória é muito importante e está descrita e referenciada pela OMS (2009) e visa a qualidade e segurança da cirurgia segura. Esta de entre muitos itens contém a hora do jejum, alergias, exames realizados e o consentimento informado para a cirurgia.

Quando abordado este assunto com os colegas o *feedback* foi de para além da falta de recursos humanos a falta de um espaço apropriado para prepararem estes doentes.

A preparação pré-operatória do cliente cirúrgico, é fundamental para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico. No período pré-operatório, deverão ser planeados os cuidados de enfermagem dado que possuem um elevado grau de importância tanto no êxito do procedimento cirúrgico como na recuperação da cirurgia.

Salienta-se que é essencial mais formação e a elaboração de um procedimento para preparação do cliente cirúrgico, que auxilie a orientação dos enfermeiros nesta atividade, e que vá de encontro às necessidades do cliente e com o que este devidamente decretado, no entanto há que salvaguardar as cirurgias de caráter emergente.

O SO, a sala de cuidados especiais e o isolamento são locais aonde permanecem os clientes críticos de grande complexidade e das várias especialidades médicas, nestes locais os clientes necessitam de cuidados de enfermagem especializados, o que permitiu-me a prestação de uma assistência segura, integrando conhecimentos e gerindo os cuidados na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente na gestão de protocolos terapêuticos complexos e na gestão e resolução de problemas complexos em contexto de urgência/ emergência.

A exigência dos cuidados de enfermagem nestes locais solicitam um cuidar exigente e em equipa multidisciplinar, com a participação ativa de todos os elementos que a compõem. Por sua vez, a partilha de saberes, de técnicas e de práticas têm sempre como finalidade da excelência dos cuidados.

O desenvolvimento de competências aperfeiçoa a capacidade interventiva do enfermeiro e propaga a qualidade bem como a segurança dos cuidados prestados, facultando a resposta consoante as necessidades do cliente, da sua família e ou de pessoas significativas.

Opina-se que nos locais que encontram alocadas os clientes críticos e com a necessidade de cuidados especializados os enfermeiros que deveriam ser destacados para este posto de trabalho deveriam ser sempre que presentes nas equipas os enfermeiros especialistas à pessoa em situação crítica.

A mobilização de conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil neste campo de atuação, foi mais uma vez de encontro às unidades de competência específicas desta especialidade (OE, 2010).

Assistiu-se à pessoa e à sua família nas perturbações emocionais decorrentes destas situações críticas de doença, demonstrando conhecimentos em relação de ajuda e em técnicas de comunicação perante a pessoa e sua família no decorrer destas situações.

Neste âmbito observou-se por parte de clientes e alguns familiares atitudes, gestos e palavras impróprias a vários elementos que compõem a equipa multidisciplinar.

Correia (2016) que a dor, o desconforto, a tensão, a impaciência e a longa espera, são potencializados pela falta de privacidade e espaço reduzido do SU, o que provoca irritabilidade e pode estimular à violência.

O prestar cuidados de enfermagem perante estas situações permitiu-me adquirir, rever e aprofundar conhecimentos obtidos no decorrer das aulas teóricas, assim como consolidar conhecimentos alcançados no quotidiano prático profissional, possibilitando relacionar a teoria com a prática de uma forma mais ciente.

A constante postura interventiva na aprendizagem e a procura pela formação proporcionou a presença e participação em situações pontuais bem como na formação ministrada pelo serviço.

No desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legais desenvolveu-se uma prática profissional e ética em contexto de urgência e demonstrou-se que praticou-se um exercício seguro, profissional e ético, aplicou-se de tomada de decisão ética e deontológica tendo por base os direitos humanos, os direitos do doente, promoveu-se o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico.

Cumpriu-se e promoveu-se o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas das pessoas e grupos, pois sendo esta região uma ilha movida pelo turismo, cada vez mais se observam uma variabilidade de raças e etnias com as quais

diariamente tem-se que coabitar, respeitar e fazer respeitar. Demonstrou-se assim o reconhecimento e aceitação dos direitos das pessoas envolvendo-as no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade assim como crenças e valores. Na prestação de cuidados envolveu-se a família demonstrando conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os clientes.

No domínio comum da melhoria contínua da qualidade colaborou-se a nível organizacional e nos registos eletrónicos, na realização de diagnósticos de enfermagem, nas atividades planeadas, na atualização de planos de cuidados.

Ao analisar e refletir acerca da importância pelo método de trabalho por enfermeiro responsável. Estimulou-se assim de uma forma informal a criação de estratégias, face à gestão do risco. Colaborou-se com o enfermeiro responsável de turno na verificação e na manutenção preventiva de certos materiais e equipamentos.

Incentivou-se a aplicação dos “feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, Norma nº 022/2015), e “feixes de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação (DGS, Norma nº 022/2015) e proceder à sua monitorização como uma meta a para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Revelando conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e divulgando as experiências aquando a colaboração com os enf.ºs auditores nos CI e comprovando com a evidência científica bem como às normas necessárias para realizar auditorias clínicas, através da aplicação dos instrumentos inerentes à norma.

No domínio da gestão dos cuidados colaborou-se na supervisão da integração de novos enfermeiros. Reconheceu-se a importância de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde e ou de outras instituições, como por exemplo casas de saúde mental e toxicodependência.

No do domínio das aprendizagens profissionais, o último no domínio comum das competências do enfermeiro especialista aludem que o enfermeiro desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Demonstrou-se deter de uma praxis clínica especializada com processo de tomada de decisão e intervindo com conhecimento científico, ético e um agente ativo no campo da permuta de conhecimento. Detetou-se necessidades formativas a nível dos feixes de intervenção acima mencionados, e ainda do “feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico”, orientando para a leituras das referidas normas e sua implementação.

Contribuindo para o novo conhecimento o desenvolvimento da prática clínica especializada fundamentada.

Em relação a esta Competência específica Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e tendo em conta a complexidade das situações de saúde e as atitudes essenciais à pessoa em situação de doença crítica e ou falência-orgânica revelou-se conhecimentos e capacidades técnicas para responder em tempo útil e de forma humanizada e holística.

Neste domínio específico cuidou-se da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em situações de urgência e/ou emergência nos vários postos do SU aonde se alocam os clientes com tais características interagindo com a equipa multidisciplinar.

Através do relato das atividades efetivadas para este objetivo demonstrou-se capacidade de resposta rápida na abordagem à pessoa em situação crítica e eficiente prevenindo assim complicações. Prestou-se cuidados antecipando focos de instabilidade, e com elevada diferenciação técnica e ao nível do SAV. Revelou-se interesse pela pessoa em situação crítica neurocirúrgica/neurocrítico, dada também a sua elevada capacidade e requerer uma atenção aumentada dada a importância da prevenção da lesão secundária que exige um doente neurocrítico face ao seu *outcome*.

Perante clientes com TCE, TVM ou com aneurisma cerebral na prestação de cuidados e preveniu-se focos antecipatórios de instabilidade tais como: coma, hemorragia cerebral, déficits neurológicos, o choque medular. O despiste e a identificação de problemas potenciais, por um profissional é deveras importante para agir face à prevenção de possíveis complicações sendo estes também já mencionados e incluídos nos padrões de qualidades.

A ativação da via ver dos AVC foi também de relevo dado que observou-se e compreendeu-se toda a dinâmica e percurso do cliente neurocrítico muitas vezes com necessidades terapêutica e/ou cirúrgicas muito características e comprovando-se a importância das unidades de AVC. Estas permitem uma monitorização e vigilância com evidência para a avaliação neurológica, bem como a aplicação da escala de AVC do NIH (NIHSS) é um instrumento de uso sistemático que permite uma avaliação quantitativa dos déficits neurológicos a escala serve para monitorizar o estado do cliente, e é útil no planeamento dos cuidados facultando uma linguagem comum para troca de informações entre os profissionais de saúde. Encontra-se em suporte eletrónico nos dados de monitorização dos registos eletrónicos do HDNM.

Face ao objetivo específico: gerir a administração de terapêutica e específica do serviço: a consulta de protocolos complexos existentes no serviço foi importante para a gestão

dos mesmos. Efetuou-se pesquisa bibliográfica específica acerca dos mesmos e identificou-se particularidades da farmacocinética dos fármacos utilizados no SU dada a sua complexidade desenvolvendo competências especializadas com fundamentação prática baseada na evidência científica.

Procurou-se conhecer a sua indicação a indicação do ticagrelor na VV coronária. Este é um antiagregante da nova geração e inibe com maior eficácia e adicionalmente ao AAS, a agregação plaquetar, ao contrário do clopidogrel, o ticagrelor tem um efeito independente do metabolismo, o mesmo exerce o seu efeito de forma independente, levando a uma ação mais rápida e eficiente que outros antiagregantes (Nikolaus, Arntz, Bellou, Beygui, Bossaert. & Cariou, 2015). Está contraindicada a sua administração em caso, história de hemorragia intracraniana e compromisso hepático moderado a grave. É de extrema importância a vigilância dos efeitos secundários, bem como aquando a transferência para outro serviço e/ou unidade.

Em relação à VV do AVC o alteplase (rt-PA) é um medicamento da classe dos trombolíticos, Quando administrado por via endovenosa, permanece relativamente inativo no sistema circulatório. Uma vez ligada à fibrina, a substância é ativada, induzindo a conversão de plasminogênio em plasmina, que por sua vez, promove a dissolução da fibrina do coágulo.

A maioria dos clientes apresenta um nível de dor moderada. Procurou-se monitorizar e providenciar alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (o posicionamento, ambiente, relação de ajuda e comunicação). Além de ser um direito da pessoa que sofre, o controlo da dor, é uma função obrigatória dos profissionais de saúde Por essa razão, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor e a primeira etapa para o eficaz controlo da dor passa por uma avaliação da intensidade da dor de forma sistemática e cientificamente válida.

A auto-avaliação é o “padrão ouro” na avaliação da dor segundo Franck et al (2000) citado por Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens (2009). Teve-se em conta estas considerações na minha prestação de cuidados. O controlo da dor, é uma responsabilidade dos profissionais de saúde e a excelência desse controlo, depende de uma avaliação sistemática da dor através de instrumentos válidos para a sua medição (Batalha et al, 2009). Não descurando que a dor integra um dos estímulos adversos mais frequentes, e que pode ser resultado de traumatismos, doenças e procedimentos médicos, de enfermagem ou de outros técnicos.

Perante uma das situações de intoxicação voluntária o produto ingerido voluntariamente, o desempenho foi efetuado em equipa multidisciplinar, através da articulação com o CIAV.

Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes (2005), referem que no trabalho em equipa, deverá haver uma gestão no sentido de integrar habilidades e talentos individuais, numa habilidade coletiva para produzir resultados mais efetivos e eficientes.

Uma substância é tóxica quando é capaz de causar danos, alguns de tal ordem intensos que a vida do intoxicado é posta em risco, podendo ficar com sequelas persistentes ou mesmo morrer (Guimarães, Moura, Silva, 2006) referem que na intoxicação aguda as perturbações que ocorrem surgem abruptamente, sendo geralmente proporcionais à quantidade do tóxico.

No desenvolvimento do objetivo específico: Fortalecer competências relacionais e de comunicação com o doente em situação crítica e a sua família no SU, procedeu-se ao acolhimento e à assistência às pessoas em situação crítica e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, adotando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A frequência no Curso de Comunicação Clínica na Prática de Enfermagem (CCCPE) foi uma mais-valia face à comunicação com os clientes e seus familiares, o que promoveu o estabelecimento de relação terapêutica e de ajuda facultando o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação com a pessoa em situação crítica e a sua família no SU. A aplicação da abordagem de *Spikes* segundo o protocolo de *Buckman* aquando a transmissão das más notícias foi uma estratégia facilitadora perante a comunicação em situações complexas face a este contexto, assistindo às famílias nas perturbações emocionais com maior segurança e qualidade.

Os enfermeiros são os profissionais que estão mais próximos do cliente e da sua família, e posto isso vivenciam toda a sua situação saúde/doença com estes, estabelecendo com eles uma relação empática, desempenhando assim um papel fundamental no seu acompanhamento. Tal é exigido ao enfermeiro especialista na sua atuação, como regulamentado no perfil das suas competências (OE, 2011).

Relembra-se uma situação de um cliente em fase terminal enviado ao SU pelo Centro de Saúde, acompanhado pela esposa e filhas, cientes da condição de saúde do seu familiar e perante esta situação complexa e tendo em conta a complexidade da situação o enfermeiro especialista recruta conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística estabelecendo uma relação terapêutica e adaptando a comunicação face a uma situação complexa.

O cuidar em situação paliativa abrange uma assistência para a promoção da qualidade de vida dos clientes e suas famílias. As prioridades de intervenção vão-se alterando com o tempo, à medida que o clientes e aproxima claramente do fim da vida, sendo primordial o controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho em equipa. Estas áreas de atuação devem assumir o mesmo grau de importância de forma a serem prestados cuidados de individualizados e de excelência.

De acordo com APCP (2012) os cuidados paliativos vêm dar resposta aos problemas que advêm de uma doença prolongada, sem cura e com deterioração progressiva. Tendo como premissa a prevenção/minimização do sofrimento que a doença acarreta, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos doentes e suas famílias. São cuidados rigorosos e ativos que combinam a evidência científica com o humanismo.

O Artigo 87.º do código deontológico alude ao respeito pelo doente terminal, o qual menciona “o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha e local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da via; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente (...) pela família (...)”(OE, 2015).

Deste modo respeitou-se a pessoa exigindo que a sua dignidade e integridade fossem considerados como problemas, a exigência assume assim uma maior importância face à pessoa vulnerável porque está diminuída na sua autonomia. A decisão faz-se com base no respeito pela dignidade e desejos da pessoa doente prestando cuidados de qualidade e com segurança.

Segundo a perspectiva de Silva (2012, p.9) é importante repensar a intervenção de enfermagem junto da família da pessoa em situação crítica no sentido de um melhor acompanhamento e envolvimento.

Num serviço de urgência frequentemente são transmitidas más notícias aos clientes e familiares. A aquisição de habilidades nesta área, não se faz por acumulação da experiência, mas pelo treino e aquisição de conhecimento, bem como pela constante reflexão do profissional de saúde sobre seus próprios recursos emocionais para lidar com situações de perdas e frustrações.

No desenvolvimento de competências para atingir o objetivo específico: colaborar na prevenção e controle da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica no SU

Devido ao elevado fluxo de clientes no SU por vezes as áreas de trabalho tornavam-se em dimensões pequenas para cuidar com qualidade condicionado os circuitos.As cortinas

existentes não cumpriam com parâmetros protocolados da comissão de infeção, devendo ser substituídos por biombos fixos.

Algumas mesas de apoio para a realização de procedimentos com o uso de material estéril, e embora se procedesse à limpeza e desinfeção, a presença de fissuras é um meio de acumulação e de proliferação de microorganismos, promoveu-s mais um momento de reflexão acerca do controlo e prevenção de infeção, e a necessidade de aquisição novos equipamentos, no entanto a falta de verbas é sempre a dificuldade para tal resolução.

Na execução de alguns procedimentos foram descurados alguns elementos de proteção individual como luvas. Alertou-se que a exposição pode ocorrer por picada de agulha e lesões cortantes, assim como por salpicos contaminados com sangue ou líquidos corporais mencionando que nem todos os clientes informam ou têm conhecimento acerca do seu estado de saúde. O alerta teve como intuito de reduzir a exposição a riscos ocupacionais e sugerir mudança de comportamento para a aquisição de boas práticas com segurança, pois prevenir a exposição ocupacional e a infeção por agentes patogênicos transmitidos pelo sangue é um elemento-chave da segurança (DGS, Norma: 013/2014)

Em relação às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), e que são compostas por 10 itens, estas são práticas básicas de prestação de cuidados, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, e que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS.

As PBCI são práticas básicas de prestação de cuidados, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS. Estas são medidas que destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, aplicando-se independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso.

Estas medidas têm de ser adotadas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde aos clientes e tendo em conta o princípio subjacente a estas precauções de que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” (DGS, Norma N°: 029/2012).

O incumprimento de alguns itens, como por exemplo no item controlo ambiental, perante esta situação e ao analisá-la com a Enf.^a tutora constatou-se que a mesma deve-se ao do número de assistentes operacionais ser escasso, e à degradação de alguns materiais no entanto, já foram propostas algumas soluções à chefia para a resolução deste problema.

Esta sala é antecedida por uma zona de desinfeção cirúrgica das mãos e de colocação de equipamento (barrete/gorro cirúrgico, máscara), verificou-se que esta não apresenta local de armazenamento destes utensílios e expos-se a situação refletiu-se acerca do assunto e da sua

importância e sugeri a aquisição de um local para acondicionar estas ferramentas na zona de desinfecção das mãos.

As condições como o ambiente do bloco operatório (adequada ventilação e limpeza de superfícies), esterilização de instrumentos, material de consumo clínico (incluindo máscaras, botas e calçado), batas e campos cirúrgicos (incluindo luvas estéreis e aventais) aumentam a probabilidade de redução da contaminação da ferida cirúrgica (Orientações da OMS para a Cirurgia Segura, 2009) e deste modo devem ser incutidas.

De acordo com Gabriel, Carvalho, Espada, & Bacala, (2004) a probabilidade de uma infeção ocorrer é diretamente proporcional ao grau de contaminação bacteriana e à virulência do microrganismo, e inversamente proporcional à resistência do hospedeiro.

Segundo as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura (2009) em relação ao vestuário cirúrgico refere que uso de máscaras, a proteção do cabelo com barretes, roupas cirúrgicas estéreis e impermeáveis e luvas esterilizadas, são um padrão para as equipas cirúrgicas e alguns correspondem aos princípios básicos da técnica asséptica.

A higiene das mãos deve ser realizada de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” e proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica: antes do contacto com o doente; antes de contactos limpos ou assépticos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o cliente e após contacto com o ambiente do cliente.

A existência de solução SABA em todas as camas do SO e nos corredores e postos de trabalho foi um aspeto positivo neste serviço bem como a orientação fornecida aos clientes e seus familiares na qual colaborou-se é um marca de qualidade nos cuidados.

Aquando a permanência de clientes no isolamento as orientações foram proporcionadas tanto os próprios clientes como aos seus familiares acerca das medidas de proteção, sendo o uso de máscara de proteção e de bata e luvas utilizados maioritariamente e monitorizou-se os profissionais de saúde no seu cumprimento.

Deparou-se com casos de necessidade de isolamento e das quais a leucopenia e neutropenia grave, um cliente com transplante cardíaco e outro com suspeita de infeção por zica. Cumriu-se e fez-se cumprir com as medidas de proteção individual e as de proteção para o cliente e ainda tomar conhecimento acerca da orientação da DGS.

Assim, nos termos do Decreto Regulamentar nº 14/2012, a DGS emite a seguinte orientação, no quadro da Lei nº4/2016: tendo em consideração a gravidade das complicações associadas ao vírus Zika e tendo por base a evidência científica atual, foram abordadas as orientações para os profissionais de saúde a. Sendo uma situação pouco comum gerou alguns

momentos de stresse. A consulta das normas para uma boa atuação e prevenção de desiminação foi fundamental.

Em relação as medidas de isolamento, para além do cumprimento das precauções básicas, existem as recomendações complementares ou adicionais - precauções dependentes das vias de transmissão via aérea, gotículas e contacto (direto e indireto). Estas Precauções têm por objetivo, orientar os profissionais na prestação segura dos cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, as vias de transmissão e as patologias. As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão complementam as Precauções Básicas mas não as substituem (DGS, 2007).

O isolamento é “o estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos: de um doente para o outro, dos doentes para os prestadores de cuidados e dos prestadores dos cuidados para os doentes (Alves e Alves, 2003)

Henriques e Almeida (2005) referem que o isolamento é o “estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão dos agentes infecciosos” (p.97). Consideram-se dois tipos de isolamento: o isolamento protetor que consiste em prevenir as infeções em clientes imuno-comprometidos, quer pela natureza da sua doença, quer por terapêuticas imunossupressoras a que estão sujeitos; um cliente para os outros e/ou para os profissionais. Sendo que estes dois processos podem ser postos em prática separadamente ou em combinação (Alves e Alves, 2003).

Em relação às visitas forneceu-se orientação e supervisão acerca das medidas de isolamento e prevenção de infração colaborando na educação das visitas, na sensibilização para a correta utilização das medidas de proteção (utilização de respirador de partículas e modo correto de o colocar, importância da lavagem das mãos aos entrar e sair do isolamento, abrir a porta o mínimo possível, restrição de visitas e alertar para não visitar outros doentes/serviços após este contato mesmo usando as medidas de proteção).

Na referência ao papel do enfermeiro nas comissões de infeção, Cardoso e Silva (2004), evidenciam “a participação do enfermeiro como educador em potencial, gerador e multiplicador de conhecimento, atualizando, supervisionando, corrigindo e orientando a equipe” (Cardoso e Silva, 2004, p.56),

Tudo isto vem de encontro ao que está inerente ao exercício profissional do enfermeiro: adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos dos cidadãos. O exercício da atividade profissional tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde a prevenção da doença, o tratamento. (OE, 2003).

Através da articulação com o serviço de esterilização para roteiro de materiais e da verificação do *checklist* da sala de emergência e pequena cirurgia colaborou-se na gestão do serviço e promoção da qualidade dos cuidados prestados intervindo na prevenção e controlo da infeção.

As atividades delineadas para o alcance deste objetivo facultou o desenvolvimento das competências comuns no: domínio da responsabilidade profissional, ética e legais são enunciadas no Artigo 5.º do Regulamento n.º 122/2011 que refere que o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como de cuidados com o intuito de não comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade de qualquer pessoa, participando com o responsável de equipa desenvolvendo assim competências especializadas na gestão e organização da equipa.

No domínio comum da melhoria contínua das qualidades descritas no Artigo 6.º do regulamento supracitado o desenvolvimento de competências decorreu da colaboração na verificação das várias *ckeklist* existentes na sala de pequena cirurgia e na sala de emergência.

Na realização de intervenções definidas quanto à gestão do risco clínico e risco não clínico, cumprindo e fazendo-se cumprir com as normas e os protocolos da qualidade. Para esta melhoria da qualidade dos cuidados quer a nível do SU quer a nível organizacional os registos eletrónicos foram essenciais.

A gestão do ambiente é uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica tal como para a prevenção de incidentes, facultou-se dentro do possível um adequado bem-estar, prevenindo possíveis riscos, deste modo assegurar um ambiente terapêutico e seguro no atendimento à pessoa em situação crítica e à sua família, não descuidando a exposição dos profissionais.

Deste modo, é primordial que se estipulem instrumentos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa, mas sim com o intuito de melhorar a qualidade e garantir a segurança, alertar é contribuir para a implementação e manutenção de medidas *standard* de prevenção e controlo da infeção.

No domínio comum da gestão dos cuidados a competência a colaboração como enf.º responsável de equipa ao tomar conhecimento da situação global do serviço e estabelecer prioridades; supervisionar os cuidados de enfermagem prestados; solicitar serviços de apoio para o normal funcionamento como no caso da situação do Zyca. Reconheceu-se a de importância referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde e ou de outras instituições, como por exemplo o serviço de infetocontagiosas.

Deste modo, otimizou-se à tomada de decisão, colaborando com os enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar, e nas decisões pontuais com se deparou.

A orientação e supervisão de tarefas delegadas a outros profissionais, com o propósito de garantir tanto a segurança como a qualidade especialmente aquando as medias de isolamento e medidas de PIB foram medidas tomadas para garantir uma boa gestão de cuidados.

-no domínio das aprendizagens profissionais, o último no domínio comum das competências do enfermeiro especialista aludem que o enfermeiro desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Face a este contexto demonstrou-se, capacidade de auto-conhecimento, e que é inerente à prática de enfermagem. Ser detentora de consciência de si enquanto pessoa e profissional, além de promover o auto-conhecimento facilita a promoção de condições para um excelente relacionamento com o cliente e com a equipa multidisciplinar.

A aprendizagem da equipa de enfermagem foi promovida, ministrou-se a formação com o tema: “ O acesso venoso periférico da urgência ao BO”, embora a punção venosa seja um procedimento habitual, é um procedimento técnico-científico complexo, o que exige do enfermeiro competência e habilidade. A pesquisa acerca desta temática fez reconhecer algumas complexidades inerentes a temática e esta abordagem ainda foi promotora de reflexão acerca da infeção relacionada ao cateter periférico o que provoca ao cliente e à instituição. Os cinco momentos para a higiene das mãos perante os cuidados com o cateter venoso periférico.

O recurso à inserção de cateteres venosos periféricos é uma necessidade constante na prática hospitalar, com milhões de punções realizadas anualmente (CDC, 2011).

É necessário empenho por parte dos profissionais face à importância da inserção e manutenção de um CVP perante um doente cirúrgico de carácter urgente e em estado crítico.

Na pesquisa para a realização da formação a atenção focalizou-se nos aspetos que relacionam os acessos venosos, *as guidelines*, o SU e o BO para que não se tornasse extensa. A pesquisa e a evidência científica constituíram oportunidade de aprendizagem, a fim de garantir uma melhoria na qualidade do desempenho, traduzindo-se em ganhos em saúde para todos. A elaboração de um trabalho escrito com evidência científica e *guidelines* complementaram a formação e presenteou-se o serviço com o mesmo.

“Construir-se formando-se, formando-se construindo-se, produzir conhecimento para criar sentido, produzir sentido para criar conhecimento.” (Josso, 2002, p.).

A formação neste serviço é da responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde mental. Promove e realiza periodicamente ações de formação destinadas a toda a equipa de

enfermagem, este, para além de identificar as necessidades formativas da equipa, planeia e organiza o plano anual integrando EE de outras áreas neste planeamento.

No âmbito dos cuidados de saúde, a qualidade e a segurança são questões indissociáveis e devem ser promovidas pelos processos de melhoria os enfermeiros ser capazes de desenvolver projetos na área da melhoria contínua da qualidade, mantendo um ambiente seguro nomeadamente na área do controlo da infeção, sendo estes inerentes às competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Ainda em relação da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

À semelhança de protocolos existentes em outras unidades verificou-se a inexistência de protocolo de despiste de MRSA, esta situação foi tema de reflexão e a sua implementação no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção no SU seria uma mais-valia. O alerta beneficiou ou serviço na medida em que elementos da equipa demonstraram interesse e leram o protocolo valida-se assim um interesse na melhoria e qualidade dos cuidados a prestar.

Concretizou-se o objetivo conhecer os protocolos de atuação perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas

Com a leitura do manual do serviço tomou-se conhecimento acerca da comunicação do serviço de urgência com o serviço de proteção civil e do plano de catástrofes do serviço da urgência, o que permitiu conhecer os protocolos de atuação através da consulta do referido plano de acordo com o nível de alerta decretado e investigou-se relatos de experiências dos enfermeiros do serviço em situações experienciadas, pois a frequência no *workshop* – Intervenções psicológicas em situações de catástrofe (2010) alertou para tal.

Informalmente questionou-se alguns dos profissionais principalmente os enfermeiros especialistas acerca das vivências dos últimos anos em relação as catástrofes que assolaram a ilha e quais as medidas e procedimentos que na altura tiveram que instituir. Devido ao fator falta tempo não se concretizou um pequeno trabalho de campo mais relacionado com a tomada de decisão dos enfermeiros responsáveis de equipa sendo estes na sua maioria EE.

O enf.º intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Antevê a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

A OMS define catástrofe como sendo um fenómeno súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa, pois as necessidades de atendimento excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, havendo necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.

Santos (2008) refere que a atuação na medicina de catástrofe deverá ser treinada para ser conseguida uma otimização dos recursos e dos elementos da resposta imediata (triagem, cuidados imediatos, evacuação das vítimas graves, comunicações, apoio psicológico, etc.), assim como, em aspetos da medicina preventiva, através da avaliação dos factores de risco, prevenção da catástrofe e planeamento da resposta.

Pode-se constatar a pertinência da presença do EEMC dado que o plano de catástrofe foi elaborado por uma EEMC, também ela enf.^a responsável de uma equipa pondo em prática o protocolo conforme o nível de catástrofe decretado e em substituição do Enf^o Chefe na sua ausência. Esta, além de ter elaborado o protocolo de atuação, organizou os Kit de catástrofe.

O curso de pós-graduação em major response to major incidents - MRMI e revelou-se uma formação muito relevante na aprendizagem da resposta à catástrofe de uma forma integrada por todas as células da proteção civil, médicos, enfermeiros, psicólogos, bombeiros, polícia, militares, seguranças, gestores, administrativos da área da Saúde, todos eles são importantes quando temos de lidar com uma situação de imprevisto e quando atinge tamanha dimensão. O curso teve origem na Suécia em 2009, sob a responsabilidade do Prof. *Sten Lennquist* e desde então vários países o têm adotado dada à facilidade com que a resposta à catástrofe se encaixa no modelo MACSIM que suporta a formação. Este é baseado num modelo de simulação avançada treinando assim toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multivítimas, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade que possa utilizar na resposta a um incidente multivítimas, ou seja, numa catástrofe.

“A preparação de cada um de nós permite-nos estar preparados para dar assistência a nós mesmos e às nossas famílias, quando afectadas, e a dar resposta enquanto profissionais de saúde, quando necessário” (Robinson, 2011, p.214).

Para intervir na conceção dos planos da instituição e comandar uma resposta perante situações de catástrofe e multi – vítima decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica é necessário saber gerir as equipas, de uma forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

As atividades delineadas para o alcance deste objetivo facultou o desenvolvimento das competências comuns no: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, para uma

tomada de decisão baseada em conhecimento científico desempenhando um papel de consultoria, conduzindo a uma tomada de decisão em equipa promovendo o exercício da profissão pelo CD e a proteção pelos direitos humanos; no domínio da melhoria da qualidade a gestão do risco a nível institucional fica assegurada pelos conhecimentos adquiridos; no domínio da gestão dos cuidados a assessoria aos enfermeiros e à equipa é facultada, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional, intervindo no processo de cuidar.

Face a esta situação reconhece-se os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, com o intuito de promover um ambiente positivo e favorável à prática.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que é central na prática de enfermagem, o curso MRMI revelou-se uma mais- pois participou-se ativamente e interagiu-se em exercícios de simulação adquirindo deste modo novas competências bem como aprimorando o pensamento crítico e a tomada de decisão na atuação em major *incidents*. Contribuiu para um conhecimento novo, para o desenvolvimento da prática clínica especializada facultando a atuação eficaz sob pressão.

E o desenvolvimento da competência específica perante a qual o EE dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação vai de encontro com objetivo geral: conhecer os planos de catástrofe ou emergência do SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HDNM); e o objetivo específico conhecer aplicabilidade dos protocolos de atuação perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas

A narração do objetivos geral e específico revela o desenvolvimento desta competência.

A narração deste contexto além de exibir as atividades efetivadas para alcançar os objetivos enquadrrou-se e refletiu-se também acerca as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica refere-se algumas unidades de competências desenvolvidas as quais no futuro há que dar continuidade às mesmas na prática profissional.

1.1.2. Cuidar em contexto cuidados intensivos

O internamento em é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si. Esse processo inicia-se no local e no momento em que se encontrava o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. Nalguns casos, esse processo inclui o internamento em

Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, mas o que se passa antes desse internamento pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico. Pelas mesmas razões, o processo tem de continuar depois da alta do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, em conformidade com as características e exigências de cada caso particular” (DGC, 2003, p.6)

Este contexto inseriu-se na unidade curricular de ensino clínico, estágio II - CI, do CMEMC da ESESJC e contemplou um conjunto de competências a desenvolver bem a demonstrar os resultados de aprendizagem que se obteve na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica.

O estágio II - CI decorreu no ano letivo 2015-2016 mais precisamente no serviço de cuidados intensivos polivalente I e II (UCIP) – Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HDNM e decorreu entre 14 de abril e 9 de maio de 2016. Contemplou também um total de 250 horas correspondendo aos já referidos 10 ECTS.

Deste modo, e face a este contexto a ESESJC preconizou desenvolver as competências abaixo citadas:

- Revelar conhecimento aprofundado no cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos;
- Avaliar e adequa metodologias de análise de situações complexas de doentes com falência multiorgânica, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Realizar gestão de cuidados aos doentes com falência multiorgânica;
- Assistir a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Tendo em conta as competências acima referidas e com o propósito de desenvolver as competências de EEEMC, traçou-se objetivos gerais e específicos para o estágio e atividades como forma de dar resposta aos mesmos. Em seguida, apresentou-se os mesmos, e uma análise critico-reflexiva das aprendizagens realizadas. Estas aprendizagens permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências, importantes na correta abordagem à pessoa em situação crítica face a este contexto.

Desta forma, para este contexto definiu-se como objetivo geral: Cuidar da pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, em contexto de cuidados intensivos

Objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional e estrutural do responsável de equipa e/ou de turno;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na bordagem da pessoa em situação de doença crítica em contexto da CI (apreciação ao aparelho neurológico)
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos e específicos do serviço;
- Fortalecer competências relacionais e de comunicação com o doente em situação crítica e a sua família no SMI
- Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos procedimentos (prevenção e controle) da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
- Desenvolver competências relacionado com o processo de abordagem ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos face: Sedação; analgesia; ventilação invasiva e desmame ventilatório

A metodologia de desenvolvimento de competências para este estágio já foi referenciada no capítulo I sendo comum aos estágios, no entanto este teve como particularidade a elaboração, a apresentação e a discussão em sala de aula de um processo de enfermagem fundamentado a um cliente em situação crítica neurocirúrgica de cariz avaliativo e que ao longo desta narração irá ser mencionado.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI/UCIP) do HDNM, é o único serviço na RAM, habilitado para adotar a responsabilidade integral dos doentes críticos, antecipando, suportando e revertendo falências com implicações a nível das funções vitais.

A proveniência destes clientes que estão em estado crítico pode ser do exterior, ou do interior do hospital através do SU ou de outros serviços do referido hospital.

Este serviço possui uma lotação de 11 camas, e localiza-se no andar técnico (UCIP 1) e no 1º andar poente (Sala 10 - UCIP 2) do referido hospital. É a equipa de enfermagem com 54 enfermeiros que assegura cuidados nas 24 horas e dos quais 23 são enfermeiros especialistas maioritariamente em enfermagem médico-cirúrgica.

A missão desta equipa multidisciplinar é a de melhorar a condição de saúde e o bem-estar dos clientes em estado crítico prestando os melhores cuidados de saúde, de promover a

participação na investigação da ciência clínica aplicada e na formação de médicos e enfermeiros na área dos cuidados intensivos.

Aplica os “princípios da ética: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça e ainda o compromisso da melhoria contínua; transparência e responsabilidade; integridade, honestidade, verdade e diálogo; respeito pela confidencialidade e privacidade.

Alguns dos quadros sindrômicos prevalentes na assistência de enfermagem ao cliente crítico são: a sepsis e choque de diferentes etiologias, paragem cardiorrespiratória, politraumatismo, grandes queimados, TCE e TVM, doença cérebro vascular hemorrágico e isquêmica, estados pós operatórios, disfunção metabólica e neuro-endócrina, intoxicações, manutenção e referenciação de doadores multiorgânicos, cuidados de fim de vida, , monitorização neurológica complexa (PIC/PPC/BIS), ventilação mecânica não invasiva e invasiva, terapia por ECMO, técnicas de substituição da função renal.

Sendo então considerada uma UCI de nível 3, de alto nível, dado que recebe doentes com falência múltipla de órgãos (dois ou mais) com risco iminente de vida com dependência para suporte hemodinâmico, assistência respiratória e ainda técnicas de substituição da função renal (Ponce, 2015)

A equipa do SMI assegura ainda a assistência a todos os clientes quando admitidos para a sala zero e também quando é pedido apoio para os clientes internados na sala de cuidados especiais do SO do SU do referido hospital. A emergência intra-hospitalar é então assegurada pelo SMI e garante cuidados urgentes e emergentes, a todos os adultos internados no HNM, 24 horas por dia. A triagem de situações urgentes/emergentes e a resposta integrada ao doente urgente/emergente: abordagem do doente urgente/emergente, reversão ou estabilização de funções vitais, encaminhamento do doente para as unidades de tratamento mais adequadas.

Ponce (2015) refere que o rácio enfermeiros por doentes varia desde 1:1 a 1:4 em distintas unidades,

(...) deve ser regido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas para o efeito. Está cabalmente demonstrado que um número superior ao recomendado de doentes por enfermeiro aumenta o número de complicações e a incidência de infeções cruzadas (Ponce, 2015, p.537).

Teve-se acesso a alguns dados estatísticos do SMI do HDNM e verificou-se relativamente ao ano de 2016 um total de 553 clientes admitidos com prevalência do sexo masculino (349 clientes) em relação ao sexo feminino (204 clientes), com uma média de idade de 64 anos. Face ao tipo de admissão constatou-se ainda que do total de clientes 393 desses o tipo de admissão era de origem médica, com carácter de cirurgia urgente 119 e cirurgia eletiva apenas 41 clientes. Por outro lado, em relação à falência de órgãos verificou-se a prevalência

do aparelho cardiovascular (188 clientes), seguindo-se o aparelho respiratório (141 clientes) e com apenas uma diferença de 20 clientes o aparelho neurológico e por último o aparelho gastrointestinal (58 clientes) e o renal com 45 clientes.

Este relato de certa forma complementa um dos objetivos específicos que foi conhecer a dinâmica funcional e estrutural e função do responsável de equipa e/ou de turno

No início do Estágio foi feita uma reunião com o enf.º chefe e o enf.º responsável pela formação no serviço e realizada uma visita guiada ao serviço e à UCIP 2, que permitiu conhecer a dinâmica funcional e estrutural e os circuitos limpos e sujos, assim como, o plano de integração de profissionais e alunos.

O enfermeiro responsável de equipa/turno é habitualmente um enfermeiro especialista ou um perito em CI respondendo ao recomendado por Benner (2005) que “em situações graves, é necessário uma certa habilidade para repartir o trabalho no seio da equipa (...)” e que em fases críticas, existe uma sobrecarga de trabalho, os enfermeiros com experiência possuem a prática e antecipam-se aos eventos (Benner, 2005, p.182).

O enfermeiro especialista, desempenha um papel primordial numa equipa multidisciplinar, pois é um profissional que possui um aprofundamento de conhecimentos e competências, num domínio específico da enfermagem e refletiu-se sobre a sua importância, dado que este assegura uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Uma das suas outras funções é ainda a do registo de entrada e alta dos clientes do sistema do serviço; registo das infeções nosocomiais associadas aos cuidados de saúde (INCS) e classificação dos clientes (formato eletrónico e em papel) e executou-se as mesmas.

O preenchimento da escala TISS 28 é de extrema importância para a elaboração da distribuição dos clientes nos próximos turnos, constatou-se que a metodologia de trabalho é por enfermeiro responsável e enfermeiro associado São estes profissionais que operacionalizam o processo de enfermagem. Sendo este um processo sistemático, dinâmico e complexo, suportado por interações diádicas pelos diferentes elementos da equipa (Serrano, Costa e Costa, 2011). Tendo-se executado estes no decorrer do estágio.

A adoção do TISS-28 permite a obtenção diária de um score que é proporcional ao número de tarefas necessárias aos cuidados do cliente. Auxiliando o líder do serviço ou da equipa na distribuição dos clientes por enfermeiro responsável, através de um critério explícito e uniforme. É composto por sete grandes categorias, nomeadamente: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, o *score* total varia de um mínimo de zero a um máximo de 78 pontos uma maior pontuação significa maior número de intervenções terapêuticas empregadas, maior

gravidade do paciente e maior necessidade de trabalho de enfermagem. O escore final permite não só estimar quantas intervenções foram realizadas no cliente, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem

O TISS-28, apesar de ser bastante utilizado verificou-se que apresentava várias lacunas, uma vez que não contemplava o conjunto das atividades desenvolvidas pela enfermagem, não só aquelas de caráter assistencial ao cliente, como também a de suporte à família, e as administrativas.

Inicialmente idealizado por Cullen, Civetta e Briggs (1974) com o duplo objetivo de avaliar a gravidade dos clientes e calcular a correspondente carga de trabalho de enfermagem em UCI.

Colaborou-se em algumas atividades nas diferentes vertentes da gestão, nomeadamente na gestão de cuidados, de recursos materiais e de recursos humanos (plano diário de distribuição de trabalho e de outras atividades adicionais, gestão de folgas, serviço extra). Esta é uma função essencial, face às dotações seguras, na resolução de pequenos conflitos, na resolução de situações pontuais e que requerem resolução por vezes imediata.

Por sua vez “ a decisão clínica de enfermagem reclama, portanto, no seu nível mais complexo e difícil, o raciocínio intuitivo e a pessoal total do profissional (...), e inclui o estabelecimento da relação em si mesma, independente da existência ou da inexistência de problemas a resolver (...) evidencia o carácter eminente relacional (...) e a dinâmica dos saberes de enfermagem” (Jesus, 2006, p.11).

A passagem de turno também constitui um momento de reflexão sobre e para a ação, engloba ainda o conhecimento do cliente como pessoa única face ao seu processo de doença, bem como das necessidades e problemas tendo como propósito a continuidade do plano de cuidados. É descrita ainda como um processo de análise, reconstrução e reformulação da prática, através do confronto dos problemas dos clientes partilhados pela equipa, validando com esta a tomada de decisão no que diz respeito ao planeamento e à continuidade do plano de cuidados.

O que vai ao encontro da opinião de Bártolo (2007) e de Costa, (1998) que referem a passagem de turno e a visita médica como momentos formativos, pois através da partilha de informação e de outras práticas promovem a aprendizagem

Os registos eletrónicos são um instrumento crucial na comunicação entre os profissionais da equipa multidisciplinar, contudo, os registos eletrónicos reduzem os erros de prescrição, influenciam o cumprimento das *guidelines*, e ou a aplicação das *bundles*.

O tratamento destes clientes é complexo e exigente, o que promove a necessidade de um conhecimento diversificado, bem como de uma boa comunicação quer entre as equipas pluridisciplinares como multidisciplinares (Ponce, 2015).

Face ao objetivo específico: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na abordagem da pessoa em situação de doença crítica em contexto da CI (atenção à patologia neurológica): foram inúmeras as atividades, no entanto salientam-se os procedimentos, protocolos inerentes ao serviço tais como: monitorização de PICCO, PIC, PVC, intra-abdominal, *pacings* cardíaco, procedimento drenagem intra-ventricular, ventilação *prone position*, procedimento hipotermia terapêutica pós-PCR, protocolo de abordagem do TCE, testes de morte cerebral, entre outros que foram consultados e aplicados na sua maioria.

A monitorização e vigilância destes parâmetros, é essencial para o despiste e deteção de alterações hemodinâmica, informando e atuando atempadamente com intuito de prevenir complicações.

A formação acerca do cateter de PICCO e avaliação de PIA foram “(...) momentos informais de formação facilitam a legitimação do acesso aos alunos às culturas locais, às realidades simbólicas e a uma identidade sustentada em ambas.” (Abreu, 2001, P.304). E permite desenvolver capacidades como o, auto-conceito e a capacidade de integração.

O transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, foi posto em execução colaborou-se na preparação e na verificação do *checklist* evidenciando o transporte aéreo. A manutenção da estabilidade hemodinâmica do cliente e ainda de outras medidas como a fonte de oxigénio, dos fármacos a acompanhar face à previsão da durabilidade do transporte e ainda da confirmação dos meios de transporte e das condições atmosféricas são aspetos inerentes a todo este processo.

Em relação ao transporte intra-hospitalar de pessoa em situação crítica é fundamental a importância da monitorização rigorosa e contínua durante este bem, como o reconhecimento de possíveis complicações, as recomendações do transporte do doente crítico emanadas pela SPCI devem ser tidas em conta para qualquer tipo de transporte de cliente crítico.

Ponce (2015) refere que “a assistência prestada e as decisões tomadas antes da admissão e após a transferência de uma UCI têm potencialmente um grande impacto no prognóstico do doente crítico” (p.537)

A informação, o esclarecimento à família, é dever da equipa multidisciplinar. A orientação aos mesmos face à obtenção de futura informação clínica acerca do seu familiar é-lhe inerente.

E deste modo salienta-se o dever de informar referido no Artigo 84º do CD, ao informar a família, ao promover o direito ao consentimento, à informação, à explicação e ainda orientar acerca da obtenção de outros recursos. (OE, 2005, p.111)

A criação da equipa de emergência interna está de acordo com a circular normativa Nº 15/DQS/IDQCO que determina a criação e plano de funcionamento das Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, com o intuito de prover os hospitais de meios para a avaliação, tratamento e se necessário – transferência de clientes internados, perante situações de PCR eminente ou estabelecida bem como de deterioração dos parâmetros vitais.

A verificação do *checklist* do referido material bem como a documentação para registo é em formato de papel foi realizada, esta não se encontra informatizada, no entanto a sua informatização daria um indicador de qualidade e por sua vez um alerta para a relevância da sua existência e ativação. Por sua vez, Ponce (2015) refere que “o líder de uma equipa de resposta rápida não tem necessariamente de ser um médico, no entanto deve ser alguém com experiência na abordagem inicial do doente crítico, proficiência em *airway management* e na implantação de acesso venoso central” (Ponce, 2015, p.537).

Neste aspeto ressalva-se a importância do trabalho em equipa, o respeito, a confiança e a ligação que se estabelece entre elementos tanto da equipa pluridisciplinar como da equipa multidisciplinar. Menciona-se deste modo dois artigos face ao REPE quanto ao exercício e intervenção dos enfermeiros. No artigo 9º referencia-se o ponto 1 ao mencionar que as intervenções podem ser autónomas e interdependentes e relativamente ao ponto 4 que os enfermeiros atuam conforme as suas qualificações profissionais e conforme os diagnósticos de enfermagem (OE, 2015, p.102).

O procedimento da ativação da equipa de emergência interna está inserido no manual da gestão do risco clínico o qual elucida bem a definição de papéis para cada elemento da equipa. As várias situações clínicas que decorreram da sua ativação foram motivo de reflexão e debate correlacionando as intervenções efetuadas, o encaminhamento e acompanhamento aos mesmos, divulgando-se a importância de tomada de decisão face a situações de urgência e/ou emergência.

Com o propósito de adquirir conhecimentos científicos assistiu-se à formação de serviço no acerca do (ECMO) (oxigenação por membrana extracorpórea), segundo Colafranceschi (2008) É um circuito fechado de circulação extracorpórea em que o sangue desoxigenado e rico em CO₂ é drenado do sistema venoso e impulsionado por uma bomba centrífuga através de uma membrana de oxigenação artificial, regressando oxigenado à circulação sistémica. O fluxo gerado é contínuo. O objetivo é manter a perfusão dos tecidos

com sangue oxigenado enquanto se aguarda a recuperação do órgão primariamente acometido, coração, pulmões ou ambos.

Mullally (2003) refere que: “a prática deve ser continuamente revista, continuamente questionada e, quando apropriado, há que tomar decisões baseadas na evidência disponível” (prólogo de Craig e Smyth, 2003),

Em situações de urgência colaborou-se com a equipa multidisciplinar, e deste modo cooperou-se com o intuito de adiantar o respetivo tratamento, como citado na alínea a) do Artigo 83º do direito ao cuidado do CD (p.69).

A realização de um estudo de caso fundamentado fazendo uso da nomenclatura CIPE foi de carácter avaliativo, a seleção da cliente foi de critério pessoal e com o propósito de adquirir conhecimento e desenvolver competências especializadas na abordagem de um cliente neurocrítico e neurocirúrgica com a particularidade de analisar a interligação entre os serviços como unidade de AVV, BO e CI e ainda de abordar a vertente do cuidar transcultural, dado a cliente ser de outra nacionalidade e inicialmente recusar a cirurgia mesmo após ter sido elucidada dos riscos inerentes ao seu caso clínico.

Deste modo a seleção para o estudo de caso incidiu sobre uma cliente submetida a clipagem de aneurisma cerebral. A metodologia usada foi a do processo de enfermagem sendo este “(...) uma abordagem deliberada de resolução de problemas para atender às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem das pessoas” (Hinkle & Cheever, 2016, p.33)

Por sua vez o uso de uma linguagem padronizada e comum (...) garante a continuidade apropriada dos cuidados de enfermagem de alta qualidade para o doente (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2010).

“ As pessoas podem ter pontos de referência diferentes e preferências variadas a respeito de sua saúde e de suas necessidades de cuidado com a saúde, apesar das variações culturais.” (B&S, 2016, p.95) O seu reconhecimento, o respeito e a adaptação componentes importantes do cuidado de enfermagem.

“A compreensão do papel da enfermeira profissional na tomada de decisão ética não só ajuda a enfermeira a articular suas posições éticas e desenvolver as habilidades necessárias para essa tomada de decisão ética, como também ajuda a utilizar o processo de enfermagem para desenvolver planos de cuidados a partir de uma perspectiva ética.” (Hinkle & Cheever, 2016, p.28)

Face a outro dos objetivos específico gerir a administração de protocolos terapêuticos e específicos do serviço.

Os procedimentos terapêuticos existentes no serviço foram consultados e interpretados para posteriormente uma aplicação correta dos protocolos terapêuticos específicos do serviço.

Santos, Hegele, Hoffmann, Chiarani e Hennigen (2013) efetuaram um estudo e este resultou no desenvolvimento de uma tabela de rápida consulta e referência sobre incompatibilidades em Y entre os medicamentos que são mais utilizados em UCI. Como muitos destes medicamentos administrados são incompatíveis entre si ou possuem respostas variáveis, mencionam a importância de farmacêutico clínico integrar a equipe multidisciplinar, com o intuito de prevenir eventos adversos relacionados com a administração de fármacos. A aplicação desta tabela na prática diária foi uma mais-valia, dado que os clientes em situação crítica encontram-se com a aplicação de vários procedimentos terapêuticos em simultâneo.

No entanto, os mesmos autores salientam a necessidade de efetuar-se novos estudos que comprovem a utilidade deste instrumento e de encontrarem outros dados.

Face à implementação ou suspensão dos procedimentos terapêuticos é essencial a manutenção de uma monitorização e avaliação constante das alterações fisiológicas dos clientes e geri os mesmos com o fim terapêutico para cada cliente individualmente.

A pesquisa bibliografia a nível das particularidades farmacocinéticas de fármacos específicos e suas interações fornecem um suporte aquando a gestão destes mesmos protocolos terapêuticos.

Face ao objetivo específico fortalecer competências relacionais e de comunicação com a pessoa em situação crítica e a sua família no SMI ciente que a admissão de uma pessoa no SMI pode ser um episódio difícil tanto para o cliente como para a sua família e amigos e ser gerador de stresse e angústia. Aquando o acolhimento da família, o guia de acolhimento foi fornecido para informar acerca do funcionamento e esclarecer algumas dúvidas que podem surgir e de algumas questões que podem sempre colocar à equipa do SMI.

Na primeira visita; informou-se do funcionamento, do horário das visitas, oportunidade de fornecer sugestões, alertou-se para o uso da bata de proteção, a higiene das mãos antes e após da visita ao seu familiar ou amigo, como forma de proteção contra as infeções e orientou-se para a utilização do desinfetante existente à entrada da unidade, para a utilização de máscara facial quando preconizado, para durante o período de visita manter-se apenas no espaço onde se encontra a cama do seu familiar/amigo, que por vezes pode ser-lhe solicitada a saída momentânea da unidade e ainda que é importante que coloque o telemóvel em silêncio e evite atendê-lo enquanto ali permanece.

“O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para conhecer os familiares, identificar as suas necessidades e estabelecer com eles uma verdadeira relação de ajuda. É da

sua responsabilidade minimizar o impacto da ruptura desencadeada pela doença e internamento, quer no doente quer na família” (Oliveira, 2011, p.140)

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família demonstrou-se disponibilidade para escutar e esclarecer dúvidas/ medos e anseios, promoveu-se o toque terapêutico e a expressão de emoções, a privacidade e o respeito dos seus valores.

Através da “(...) relação de ajuda, o enfermeiro poderá auxiliar a família do doente internado a encontrar novos equilíbrios e a dar resposta às necessidades entretanto surgidas, ajudando-a a identificar estratégias de resolução dos problemas. Um dos princípios da relação de ajuda ao doente e familiares é desenvolver a capacidade de escuta e de compreensão da sua situação” (Oliveira, 2011, p.140).

A comunicação clínica tem sido considerada uma questão de vocação ou de arte, no entanto estudos recentes demonstram a importância do desenvolvimento de competências de comunicação. O saber observar, ouvir, informar e agir adequadamente e lidar com desafios comunicacionais particulares são competências essenciais à boa prática clínica.

Santos, Grilo, Andrade Guimarães e Gomes (2010) referem que quando os profissionais de saúde fornecem informação, “(...) fazem-no de uma forma intuitiva e/ou inflexível, ignorando o tipo de informação que o paciente realmente espera ou necessita. Não raras vezes, os pacientes queixam-se que a informação foi transmitida de forma insuficiente (...)” (p.49).

O enfermeiro deve ter em conta na comunicação não pode descurar as expressões faciais, o tom de voz, a audição, o tato e a escrita são também formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não.

“O profissional, ao adotar uma comunicação mais adequada, identifica as necessidades de seu paciente para que, juntos, discutam formas de promover a saúde, reduzindo ansiedade e angústia de todos os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento” (Araújo & Leitão, 2012, p.61). A comunicação numa UCI é fulcral, na medida em que os clientes apresentam um estado de doença crítica que leva à existência de barreiras para o estabelecimento de uma comunicação efetiva com toda a equipa multidisciplinar e sua família. No entanto, há que possibilitar a estes clientes um meio alternativo para comunicarem coisas tão simples como as suas necessidades humanas básicas.

Deste modo, faz todo o sentido a criação de momentos de discussão e reflexão que promovam a oportunidade para preparação, num contexto de diálogo, abrindo espaço de oportunidade ao desenvolvimento de competências na área da comunicação clínica.

Num cliente com comunicação verbal afetada, a tomada de decisões face às estratégias de comunicação e às formas de comunicação aumentativa e alternativa mais eficaz para poder comunicar é importante. Avaliar e delinear quais as estratégias e meios de comunicação mais eficazes para comunicar com cada cliente e em cada situação específica.

A interpretação de sinais não-verbais deve ser ajustada ao contexto em que as perturbações da linguagem e da fala surgem.

Segundo Tetzchner (2001) a comunicação alternativa é qualquer forma de comunicação, diferente da fala, utilizada por uma pessoa em contexto de comunicação frente a frente. Já a comunicação aumentativa é descrita como uma forma de comunicação complementar ou de ajuda, com o duplo objetivo de promover e apoiar a fala e ainda promover uma forma de comunicação, caso a pessoa não consiga falar, ajudando deste modo a comunicar e a interagir com o meio envolvente.

Este tipo de comunicação destina-se a qualquer pessoa independentemente da idade, do tipo e do grau de incapacidade que apresenta, pode e deve usada. Os sistemas aumentativos de comunicação podem servir como um meio temporário, como um meio aumentativo ou como um meio de comunicação a longo prazo dependendo da situação. Os seus potenciais utilizadores pessoas afetadas por paralisia cerebral, autismo, deficiência mental, acidentes vasculares cerebrais, TCE, doenças neurológicas progressivas, cliente com entubação endotraqueal, traqueotomia, etc., e é através destes meios, as pessoas podem expressar os seus desejos e os seus sentimentos e tomar decisões sobre a sua própria vida.

Patak et al (2006), desenvolveram as designadas placas Vidatak, as quais se encontram disponíveis em sete línguas, e que foram desenvolvidas atendendo às necessidades mais expressadas pelas pessoas em situação crítica. Para isso, estes autores realizaram um estudo com 29 clientes numa UCI submetidos a ventilação mecânica, dos quais 70 % sentiram menos frustração quando existia acesso a um quadro de apoio à comunicação.

E foi com base nestas placas que em conjunto com aluna do MEMC e com o intuito de prover referências para melhorar a performance necessária para o estabelecimento de uma comunicação eficaz bem como a construção de uma relação terapêutica mais sólida, em algumas das situações específicas que constam no dia-dia em contexto de cuidados intensivos e da capacidade para lidar com os doentes em situação crítica que se elaborou os seguintes utensílios: tabela comunicação adaptada a partir do EZ Board da Vidatak em acrílico (usada para clientes que conseguem apontar as suas necessidades mediante os descritores presentes na tabela), tabela sob o formato de janela em acrílico (usada para seleção direta a partir do olhar do cliente, a seleção de um elemento no quadro de acrílico pode ser feita com o olhar

direcionado para a palavra) e quadro de acrílico (usar no doente com capacidade para escrever utilizando um marcador) e procedeu-se à elaboração de um instrumento de utilização face aos utensílios que se sugeriu para a CAA. Posteriormente através da metodologia expositiva oral apresentou-se o trabalho em grupo.

A falta de comunicação entre os clientes podem causar eventos adversos tais como a dor não controlada, a confusão, medos, questões não respondidas e até violações dos direitos humanos (Wilson- Stronks & Blackstone, 2013 citados por Sizemore, 2014).

Deste modo, o conhecimento e a aprendizagem de alguns mecanismos explicativos e de linhas orientadoras na forma de intervir para uma comunicação eficaz torna-se de elevada primazia, dada a importância que este tema assume na área da saúde.

É necessário algum conhecimento para a utilização de técnicas de comunicação e assim obter o ponto de referência no tratamento dos doentes. O saber observar, saber comunicar, informar, identificar os sentimentos, bem como interpretar são competências inerentes ao desempenho da Enfermagem.

Desenvolveu-se o objetivo específico adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos procedimentos (prevenção e controle) da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

São muitos os procedimentos invasivos inerentes ao internamento em UCI a prevenção e o controlo da infeção face às vias de transmissão à pessoa em situação crítica, devem ser seguidos minuciosamente.

O protocolo de prevenção da transmissão cruzada da colonização/infeção por MRSA, foi aplicado bem como as *bundles*: de prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI) que facultam a implementação de boas práticas e que favoreceram a prevenção da infeção nosocomial e uma diminuição da taxa da pneumonia nosocomial; associadas ao cateter venoso central (CVC) e infeção associada ao cateter urinário (CU) permitiram a implementação de boas práticas e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. (IACS).

A realização de auditorias e monitorização dos feixes de intervenções preconizados pela DGS e para prevenção das PAI, ITU e infeções relacionadas ao CVC é uma constante neste serviço até porque é um serviço que está incluído no projeto *stop* infeção colaborando deste modo para indicadores de qualidade ao efetuar tais procedimentos. O instrumento de auditoria clínica utilizado é o definido pelas normas da DGS os procedimentos foram validados e refletidas estas temáticas.

As precauções de isolamento quer para os profissionais quer para os visitantes é uma realidade, sendo necessário monitorizar os assistentes operacionais e familiares face à higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis.

No decorrer do estágio recorreu-se a formação assistindo a palestras inseridas na Semana do Programa de Prevenção e controlo de infeção e de resistência aos microbianos “Medias Simples, salvam vidas”. As temáticas abordadas acerca da prevenção das IACS/oportunidade de melhoria foram: prevenção da: infeção do local cirúrgico, pneumonia associada à intubação, infeção associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central; ao envolvimento da família no seu projeto de saúde e aos sistemas de informação e comunicação.

São temas adequados e pertinentes e pretendem favorecer uma crescente aquisição de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Opina-se que a formação requer compreensão das necessidades dos profissionais, assim como uma perceção clara de como o conhecimento, as competências, as atitudes e o comportamento das pessoas podem ser potenciados em benefício da instituição e dos clientes.

Por último atingiu-se o objetivo referente ao desenvolvimento de competências relacionados com o processo de abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos face: sedação; analgesia; ventilação invasiva e desmame ventilatório.

Em relação aos procedimentos supracitados e efetuou-se pesquisa bibliografia acerca: tubo orotraqueal (TOT) com cuff supraglótico, escala de sedação (Ramsay e Richmond), manobras de recrutamento alveolar, procedimento aspiração de secreções em circuito fechado Ty-care; escalas de dor em UCI (BPS) e usufruiu-se ainda em assistir a ação de formação de serviço acerca da BPS no CSM.

A escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP) foi a primeira a ser criada e a mais utilizada para avaliar a dor nos clientes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliar (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).

As autoras supracitadas elaboraram um estudo de carácter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica da escala acima citada efetuada simultaneamente e independente a 60 doentes selecionados de forma ocasional. Por sua vez, o sistema de validação semântica e cultural originou uma versão consensual.

Deste modo, os autores supracitados referem que:

O processo de validação semântica e cultural da BPS-IP/PT foi fácil de obter e revelou equivalência com a escala original quando retrovertida (...) uso da escala requer formação em avaliação de dor e treino na sua aplicação, particularmente no que se refere ao indicador “adaptação ao ventilador” (Batalha et al, 2013, p15).

A identidade da dor como 5º sinal vital expressa, concretamente, uma boa prática clínica, Por sua vez, Estilita (2015), refere que neste contexto os doentes “(...) o grau de dor parece ser desproporcionalmente superior, já que muitos se encontram no limite da sua lesão ou doença” (p.61). Não descurando todas as técnicas ou cuidados prestados diariamente e que podem ser indutores de tal sofrimento. A avaliação da dor é imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados e desenvolvimento de pesquisas futuras. O controlo efetivo da dor exige que esta seja orientada por uma avaliação e reavaliação feita com recurso a escalas válidas e precisas.

Utilizou-se medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor e aquando a sua ineficácia era reportado à equipa multidisciplinar. Preveniu-se a dor gerindo os protocolos terapêuticos de acordo como plano de cuidados dos clientes e a sua clínica.

“A sedação consiste no alívio da ansiedade/agitação (...) não é dissociável dos objetivos de analgesia e de abolição do *delirium*, (...) é um processo dinâmico determinado pela condição do doente em cada momento (...) e reavaliado diariamente (...)” (Estilita, 2015, p.64-65).

A mesma autora refere ainda que “a escala mais válida e mais fiável para avaliação da sedação em doentes críticos é a de *Richmond agitation-sedation scale* (RASS).

Nesta escala a pontuação zero refere-se ao cliente em estado de alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero (-1 a -5) significam algum grau de sedação considerando-se o nível - 5 não despertável, níveis superiores (+1 a +4) significam que o doente apresenta algum grau de agitação.

Nos CI utilizam-se muitos fármacos e por sua vez existem muitas particularidades farmacocinéticas, através da escala de RASS e procedeu-se à monitorização e otimizando os fármacos para os valores terapêuticos para cada cliente.

“O *delirium* é definido como uma alteração aguda da consciência e da função cognitiva, podendo ocorrer em até 80% dos doentes ventilados (...) é uma síndrome induzida pela patologia do doente e potenciado por iatrogenia (exposição a sedativos e opióides) e por questões ambientais (...) e quando não tratado está associado a um aumento da mortalidade, tempo de internamento e incidência de infeção (...)” (Estilita, 2015, p.66).

Esta é uma situação clínica diária e de difícil diagnóstico, tendo como causa multifatores e deve ser acompanhada e evitada precocemente. Para tal deve ser monitorizada diariamente.

“A escala validada para este efeito é a confusion assessment method for UCI (CAM-UCI), que se encontra validada para a população portuguesa (...) deve ser conjugada com o protocolo de suspensão diária da sedação.” (Estilita, 2015, p.68).

Aplicou-se novamente a metodologia do processo de enfermagem e o prestou-se cuidados, identificou-se diagnósticos, elaborou-se planos de cuidados e avaliou-se resultados a clientes com VI, VNI e em desmame ventilatório e com sedoanalgesia e analgesia conforme os protocolos. Os modos ventilatórios no desmame ventilatório são específicos e individualizados e a respetiva monitorização de parâmetros a adaptação ou não do doente à PV. Analisou-se e interpretou-se valores gasométrico e discutiu-se refletindo os mesmos com o enf.º tutor e informando a equipa medica sempre que necessário.

A função do enfermeiro especialista em reabilitação face à VM, VNI e desmame ventilatório e ainda à prevenção dos riscos da imobilização é essencial. As técnicas de cinesioterapia e de reabilitação nestes procedimentos prestadas são essenciais para prevenção de várias complicações são elementos de relevo neste serviço.

A ação de formação com temática VNI, ministrada por um enf.º especialista em reabilitação dos CI teve a colaboração de um enfermeiro de referência na área de VNI de

Espanha, estes por sua vez revelou alguns resultados de investigação da sua tese de doutouramento, tendo sido uma mais valia a permuta de saberes e os resultados do seu trabalho.

A titulação diária das necessidades individuais de cada cliente na sua permanência em UCI possibilita reduzir a demasia da sedação e por sua vez o aparecimento de efeitos secundários associados aos fármacos e deste modo contribui para a diminuição do tempo de ventilação mecânica e de internamento em UCI. (Estilita, 2015, p.68).

O percurso acima relatado permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e que são essenciais para uma correta abordagem e assistência à pessoa em situação crítica, e face a este contexto focalizou-se o doente neurocirúrgico/neurocrítico, não descurando a sua família.

Como já mencionado no subcapítulo anterior o domínio das competências comuns dizem respeito à: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados. E deste modo, em relação às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolveu-se uma prática profissional e ética na intervenção e

promoveu-se práticas de cuidados respeitando os direitos humanos e atuando com base no REPE e no CD.

O cliente foi atendido a sua dignidade, teve-se em atenção a sua fragilidade face à situação de doença, sendo também um direito fundamental. Aquando a prestação de cuidados e dada o seu contexto informou-se a situação espaço temporal, identificou-se o nome e a categoria profissional, embora o pessoal deva se encontrar devidamente identificado, com um cartão, segundo legislação em vigor, a maioria destes clientes não possui capacidade para tal reconhecimento. Informou-se previamente os cuidados ou atividades a executar

Neste contexto os clientes muitas vezes encontram-se legalmente "incapazes" de tomar decisões e os seus representantes devem beneficiar de uma informação apropriada. Deste modo, proporcionou-se períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis.

Assegurou-se a privacidade e a intimidade do cliente utilizando-se biombo aquando a prestação de cuidados diretos, respeitando o sigilo profissional.

Promoveu-se um ambiente tranquilo, ajustando os sons dos alarmes, e diminuindo os ruídos e a luminosidade no período noturno, de forma a promover-se o ciclo circadiano.

Teve-se em atenção a cultura, a educação, a idade, a orientação sexual e a escolaridade aquando a prestação de cuidados e o fornecimento de informações e orientações. Sempre que foi solicitado facultou-se apoio espiritual/religioso.

Colaborou-se na promoção da qualidade dos cuidados acompanhando a equipa multidisciplinar no processo de transferência de um cliente para uma unidade específica a nível nacional com intuito de promover cuidados de qualidade superior e específicos. Providenciou-se a informação sobre as razões da transferência e disponibilizou-se para esclarecer possíveis dúvidas.

Aos clientes no final da vida promoveu-se um acompanhamento individual e particular assim como proporcionou-se condições ambientais propícias, referenciando à equipa multidisciplinar quando necessário outro tipo de acompanhamento (psicológico, social).

Em suma basear-se na carta dos direitos e deveres dos doentes é um facto concreto para a dignidade dos clientes, pelo respeito da sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde.

Já face as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e ciente que a qualidade em saúde implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cliente e o bom desempenho profissional.

A monitorização e as auditorias, incluídos na avaliação e na identificação de boas práticas quer a nível da equipa pluridisciplinar como da multidisciplinar do serviço e da instituição a nível no programa Stop infeção. Este foi um dos 12 hospitais selecionados, mediante concurso público, para integrar um programa nacional destinado a reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em três anos.

Discutiu-se objetivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação, que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas, e padrões de estrutura, processo e de resultados a obter face ao projeto stop infeção. A redução da infeção hospitalar em Portugal foi um dos três Desafios Gulbenkian, por sua vez, o SESARAM, EPE será representado pela coordenadora do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência foi fundado em conformidade com o Despacho n.º 15423/2013, tendo em vista a implementação dos objetivos do Programa de Prevenção e Controlo da infeção e Resistência aos Antimicrobianos) e as recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

Os sistemas de informação são uma ferramenta de melhoria da qualidade e redução de custos, facilitam a partilha de conhecimento clínico e a utilização de sistemas de alerta, assim como a monitorização de indicadores e consequente avaliação e ainda promovem a comparabilidade entre práticas e serviços e a investigação.

No entanto identificou-se algumas atividades como duplicação de registos e questionou-se com o propósito de aperfeiçoar à realidade e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar.

Estas situações são processos que devem ser multidisciplinares, não de caráter punitivo, mas associarem-se a planos de desenvolvimento profissional e das instituições.

A realização de auditoria inserida na Campanha Nacional de Higiene das Mãos foi atendida.

Aplicou-se as diretrizes do Projeto “Cirurgia segura salva vidas” (Circular Normativa 16/2010).

Colaborou-se ainda para a taxa de indicadores da monitorização da qualidade: em relação às taxas de úlceras de pressão, riscos de queda através da aplicação diária das escalas de *Morse* e de *Braden*.

Salienta-se ainda que o SMI foi certificado pelo departamento da qualidade na saúde da DGS (2017) com acreditação da qualidade de nível bom no que se respeita à gestão clínica, tendo sido uma mais-valia ter-se integrado este serviço aquando o desenvolvimento de competências especializadas.

Nas competências do domínio da gestão dos cuidados colaborou-se na gestão dos cuidados com o propósito de otimizar a resposta da equipa de enfermagem e da equipa multiprofissional e garantir a segurança e qualidade dos cuidados, adequando-se os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Atestou-se que a complexidade dos tratamentos e das tecnologias, bem como a interdependência de alguns cuidados, torna a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e reconheceu-se a relevância de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde aquando assim cada situação o exigia.

No domínio das competências do domínio das aprendizagens profissionais, como enfermeiro o auto-conhecimento e a assertividade estiveram sempre presentes no entanto foi fortalecido como basear a sua praxis clínica especializada e conhecimento sólidos.

A formação é um meio pertinente que permite aos enfermeiros desenvolverem capacidades de ação e de adaptação, por forma a atingirem um nível de competência que lhes possibilite uma melhor compreensão. Esta tem um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem, promove o desenvolvimento profissional permitindo-lhes a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de qualidade tendo em conta os novos desafios que se impõem.

De acordo com Código Deontológico do Enfermeiro, alínea c) artigo 88º (2005), os profissionais de enfermagem, com vista a excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas.

Observou-se o funcionamento da equipa e identificou-se alguns fatores que interferiam no relacionamento com alguns elementos da equipa multidisciplinar, reconheceu-se preveniu-se situações de eventual conflitualidade.

Detetou-se falta de auxílios de comunicação com a pessoa em situação crítica neste contexto e deste modo como já descrito anteriormente facilitou-se a aprendizagem, em contexto de prática clínica, face à comunicação e elaborou-se uma formação com metodologia expositiva e demonstrativa com recurso a dispositivos formativos e formais promovendo-se o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Esta mesma formação foi precedida de uma instrução de trabalho que foi introduzida no manual da qualidade, contribuindo também para a melhoria contínua da qualidade do serviço e da instituição.

Face à competência específica: dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; esta foi desenvolvida e adquirida na sua totalidade no contexto do estágio I- U, no entanto questionou-se alguns profissionais, nomeadamente o responsável de equipa acerca das suas vivências e experiências neste serviço aquando estas situações, dado que muitas vezes estas situações interferem com a gestão de recursos humanos, materiais e de equipamentos. Conclui-se que são situações geradoras de stresse, ansiedade por vezes de descontentamento, quando existe a necessidade de efetuar mobilidade de recursos humanos, a fim de dar resposta a outros.

Na competência face à intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica dada a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas o risco de infeção é elevado face às múltiplas situações decorrentes da pessoa em situação crítica bem como à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas neste contexto.

A participação e monitorização/auditorias com os enf.ºs auditores do serviço para revisão dos procedimentos dos técnicos de radiologia aquando a realização dos exames imagiológicos, no cumprimento das *bundles* aquando a colocação do CVC, CU. Verificou-se a importância destes enf.os na unidade perante a sensibilização dos profissionais de uma equipa multidisciplinar para os problemas de infeção hospitalar. Colaborando na implementação de uma melhoria na execução das normas e recomendações e nas medidas de prevenção e controlo de infeção emitidas pela PPCIRA.

De acordo com o Instituto da Qualidade em Saúde, auditoria é uma metodologia que compreende uma análise crítica e sistémica da qualidade dos cuidados, por sua vez o intuito é identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios de qualidade dos cuidados; encontrar deficiências e/ou problemas no campo de ação e que requeiram ações de melhoria.

No decorrer deste estágio pode-se compreender a importância da PPCIRA e dos elementos dinamizadores na unidade para aplicação das orientações relativas ao controlo de infeção.

Testemunha-se que é transversal às diversas áreas da prestação dos cuidados, e que é imprescindível na formação contínua dos vários elementos que compõem a equipa multidisciplinar.

Atingindo-se assim na totalidade o objetivo específico desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos procedimentos (prevenção e controle) da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.1.3. Cuidar em contexto perioperatório

Cuidar “(...) em bloco operatório requer o empenho destemido de cada profissional. O bem-fazer e a segurança das pessoas são, sem dúvida, as grandes prioridades” (...) para além “ (...) das competências técnicas, a humanização dos cuidados à pessoa no bloco operatório é outra das componentes do processo de integração nesta área (Duarte, Martins, 2014,p.XIII).

Este contexto inseriu-se na UC: EC - estágio III - perioperatório, do referido curso e como tal também contemplou um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter de modo a contribuir, para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

De acordo com o plano de estudos do CMEMC da ESESJC, este último estágio decorreu no ano letivo 2016-2017, mais precisamente entre 10 de outubro e 09 de novembro de 2016, no serviço supramencionado, contemplando então um total de 375 horas. Estas correspondem a 15 ECTS e perante o qual a referida escola determinou para o desenvolvimento das competências:

- Prestar Cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e em contexto de unidades diferenciadas;

- Desenvolve habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade.

No desenvolvimento das competências especializadas neste contexto utilizou-se o projeto de autoformação e a partir do objetivo geral predefinido: Desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica no perioperatório neurocirúrgico na área da anestesia.

E como objetivos específicos:

Conhecer a estrutura física e a dinâmica do BO neurocirúrgico e do Hospital São João do Porto.

Adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos e técnicos especializados à pessoa em situação crítica submetida a neurocirurgia na área da anestesia

Cuidar na área da anestesia à pessoa submetida a neurocirurgia com Neuromonitorização no intraoperatória

Gerir e administrar protocolos específicos complexos no intra- operatório da neurocirurgia na área da anestesia

Fortalecer competências relacionais e de comunicação com o cliente e a sua família em contexto de perioperatório

Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos procedimentos (prevenção e controle) da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde no intraoperatório

Conhecer o papel do enfermeiro EEMC na prestação, gestão e monitorização de cuidados à pessoa no perioperatório

Com o intuito de intersectar com os serviços de neurorradiologia (neurocirurgia minimamente invasiva) e UCINC e unidade de cuidados intermédios, o suplemento de outros objetivos foi pertinente devido à especificidade do cliente neurocrítico/neurocirúrgico. Um período de observação nos serviços acima citados foi relevante para alcançar o objetivo geral determinado anteriormente.

Deste modo determinou-se como objetivos específicos para o período de observação:

Observar o pós-operatório imediato do cliente neurocrítico UCI NC e UC intermédios NC

Conhecer a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos específicos no cliente neurocrítico na UCI NC, e na UC intermédios NC

Conhecer os diferentes tipos monitorização neurológica no cliente neurocrítico

Observar a gestão da dor do cliente neurocrítico no pós-operatório imediato

Observar a gestão dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a tratamento endovascular no serviço de neurorradiologia

Face ao contexto de desenvolvimento das competências descritas em serviço de cuidados diferenciados selecionou-se então como já anteriormente referido a opção em perioperatório que efetivou-se mais concretamente no BO de NC do Hospital de São João (HSJ) no Porto. Um aspeto dos aspetos em conta foi ter acoplado uma unidade de cuidados intensivos neurocríticos (UCINC) (unidade de referência) e unidade de cuidados intermédios. Concluindo-se de facto, que o BO do (HSJ) reunia estes critérios promovendo o contacto com uma prática clínica de cuidados diferenciados constituindo o palco ideal para a implementação de estratégias de aprendizagem e com estas a alcançar os objetivos planeados e assim desenvolver competências especializadas.

Menciona-se o estudo de Layon, Gabrielli, & Friedman (2014) que realizaram uma meta-análise, de 12 estudos abrangendo 24.520 clientes e apresentaram dados originais comparando modelos de cuidados para clientes neurológicos graves e revelou uma clara redução na mortalidade e melhoria dos resultados neurológicos para clientes atendidos em UCI

especializada até então, vários estudos têm vindo a afirmar a importância que os clientes internados em UCI sejam cuidados por médicos e enfermeiros especialistas em medicina intensiva e cuidados Críticos.

O Centro Hospitalar de São João (CHSJ) localiza-se na cidade do Porto e presta assistência direta a população das freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. E encontra-se ainda designado como centro de referência para os distritos do Porto Braga e Viana do Castelo.

Atua ainda para áreas geográficas mais alargadas, no contexto das redes de referência hospitalar, ou mesmo para áreas mais alargadas em áreas específicas de ponta, em que atua como referência de excelência para clientes de diversas outras áreas geográficas.

A missão Centro Hospitalar de São João (CHSJ) é conceder os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, estimulando a formação pré e pós-graduada e a investigação, honrando o princípio da humanização e propagando sentimento de pertença de todos os profissionais.

Como propósito ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma ótica de desenvolvimento sustentável e diferenciação, ambicionando tornar-se a marca referência no setor da saúde, o que se comprovou na edição de 2015 do guia “Marcas que marcam” que voltou a distinguir a marca São João na categoria de Hospitais e Clínicas de Saúde no nosso país, como sendo aquela que detém o maior índice de notoriedade espontânea, de entre as marcas de saúde mais conceituadas do país.

Ser reconhecido como Centro de Referência, autentica-o como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, bem como de conhecimento e prática, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas (Portaria 194/2014, artigo 2º).

De acordo com a Diretiva nº 2011/24/UE, o CHSJ foi reconhecido como centro de referência em: cardiologia, doenças hereditárias do metabolismo, epilepsia refratária, oncologia de adultos - cancro do esófago, oncologia de adultos - cancro do reto, oncologia de adultos - cancro do testículo, oncologia de adultos - cancro hepatobilio-pancreático, oncologia pediátrica , transplante de coração e transplante rim nos adultos.

A organização é por áreas de produção clínica e das quais apenas menciono a UAG de Cirurgia inclui que anestesiologia, o BO central, a neurocirurgia e o BONC. Por sua vez a UAG da Urgência e Medicina Intensiva inclui os serviços medicina intensiva. Face ao centro de

imagiologia menciona-se a neurorradiologia e a radiologia por serem os serviços em destaque neste trabalho.

Como áreas de apoio e suporte está organizado por serviço de assistência espiritual e religiosa, serviço de certificação, serviço de gestão de recursos humanos, serviço de humanização, serviço de operações hoteleiras, serviço de organização administrativa

O CHSJ dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços.

O serviço de neurocirurgia no qual se inclui o BONC tem como missão prestar uma assistência neurocirúrgica com qualidade às populações; colaborar na formação, nomeadamente no âmbito da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e participar na formação pré e pós-graduada de profissionais de outras áreas como enfermeiros e neurofisiologistas.

Como objetivos definiu: ser um serviço distinto e sub-especializado apto de prestar todas as formas de tratamento neurocirúrgico, ser uma referência nacional em algumas patologias específicas e diferenciar-se em unidades específicas (unidades funcionais de doenças do movimento e de neurocirurgia pediátrica; desenvolver investigação básica e clínica em ambiente multidisciplinar, investir na formação de médicos e enfermeiros e prestação de cuidados domiciliários em doentes em fase paliativa aquando alta.

O acesso a alguns dados estatísticos revela alguns procedimentos realizados de janeiro a outubro de 2016 no BONC e o número total cirurgias realizadas, especificamente no BONC foram de 892 cirurgias tendo-se então realizado no BO do SU 323 cirurgia de caráter urgente/emergente, deste modo, número total de cirurgias realizadas pelo serviço de neurocirurgia um total de 1215 cirurgias.

O serviço de neurocirurgia do CHSJ implementou uma inovação no tratamento de Parkinson: os elétrodos direcionais. Esta técnica pode representar uma esperança para os clientes em que a primeira cirurgia não conseguiu o resultado pretendido e quando a anatomia da pessoa torna mais difícil atingir o objetivo. Trata-se de um novo equipamento que permite maior precisão e eficácia na estimulação dos núcleos do cérebro que controlam os efeitos da doença.

Reunidas condições para o desenvolvimento de competências especializadas para cuidar da pessoa em situação crítica com a particularidade do cliente neurocrítico/neurocirúrgico, com o intuito de num futuro próximo ser um elemento de referência na equipa de enfermagem do BO HDNM aonde se exerce funções.

Num futuro próximo e tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados é um objetivo a elaboração de um procedimento específico para a assistência ao cliente neurocirúrgico/neurocrítico, colaborando deste modo com a instituição para o seu desenvolvimento, humanização e melhoria de qualidade de cuidados prestados.

E com o relato que se segue em consonância com o acima descrito o objetivo 2 conhecer a estrutura física e a dinâmica do BO neurocirúrgico e do serviço de Hospital São João do Porto foi atingido.

O BONC é um dos sectores do serviço de neurocirurgia fica situado no oitavo piso do referido hospital, em área acessível aos diversos serviços de apoio e internamento, foi estrategicamente criado para o atendimento ao cliente neurológico com necessidades de tratamento cirúrgico.

Deste modo quanto à estrutura física é constituído apenas por duas salas operatórias.

Em relação aos recursos humanos fazem parte várias equipas multidisciplinares e rotativas como: cirurgião, anestesiológista, técnicos de imagiologia, entre outros. A única equipa que permanente do BONC é a equipa de enfermagem e assistentes operacionais constituindo assim uma equipa multidisciplinar em articulação com outros serviços, como por exemplo, UCI NC, UC intermédios NC, UPA, UC SU, UC pediátricos, SU, serviço de internamento de pediatria e serviço de internamento de neurocirurgia, laboratório, farmácia, aprovisionamento, entre outros, orgânica esta como definido nas redes de referênciação.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de treze enfermeiros dos quais quatro são EEMC dois dos quais com CMEMC, um em enfermagem avançada e outro em gestão, os restantes dez enfermeiros são generalistas (apenas um com pós-graduação em enfermagem perioperatória).

É uma equipa jovem, no entanto três desses elementos da equipa são elementos peritos na área pois são enfermeiros de perioperatório há mais de 20 anos. Salienta-se ainda que alguns destes elementos possuem um *background* em perioperatório, cuidados intensivos e UPA.

Todos os enf.ºs desempenham as suas funções nas diferentes áreas de intervenção: anestesia, circulação, instrumentação, o que permitir a rotatividade e distribuição adequada dos profissionais, sem prejuízo para o cliente e possibilitando ainda um bom funcionamento para o serviço.

A integração no serviço iniciou-se com uma breve reunião no departamento de formação, com e com uma breve visita guiada entre o departamento de formação, BO central e BONC e com enf.^a responsável pelo serviço em substituição da enf.^a chefe e juntamente com a

enf.^a tutora, posteriormente efetivou-se uma entrevista com as mesmas e reformulou-se o plano de estágio.

Posteriormente fui conduzida a uma visita guiada pelo BONC e posteriormente à UPA, UCINC, UC intermédios, serviço de neurorradiologia.

No BONC integrou-se a equipa multidisciplinar com facilidade o que facultou a aquisição conhecimento técnico científico e o desenvolvimento das competências especializadas.

A filosofia e organização dos cuidados, as normas utilizadas, os padrões de qualidade e documentação foi conhecida e consultada sendo os primeiros dias de estágio relevantes na integração na equipa multidisciplinar e consulta de procedimentos.

As características e funcionamento a nível de materiais e equipamentos é característico do hospital e ainda correlacionou-se com os outros serviço que passei apenas em observação.

A consulta do plano de integração/formação do serviço e no decorrer estágio é semelhante para os BO com base no que é preconizado pela AESOP. A constatação da integração de alguns enf.^{os} no serviço comprovou tal procedimento. Alguns conhecimentos forma revistos e outros consolidados.

A interligação do BONC com os outros serviços (internamento, UCI NC, UPA, UC Intermédios; UCI do SU, serviço de imagiologia), facultando-me uma visão global do serviço no que se refere à dinâmica e organização bem como na área da gestão.

Apesar do método de trabalho ser por posto de trabalho conforme a função perioperatória verificou-se interajuda entre os pares e estas atitudes profissionais criam bom ambiente profissional e constituem fatores motivadores ao êxito dos cuidados.

A distribuição dos enfermeiros é efetuado diariamente por turnos de Manhã, Tarde e M/T ; são duas equipas de enfermagem uma para cada salas cirúrgicas e um elemento extra para o arsenal e para receber o material proveniente do aprovisionamento, da esterilização e ainda de gerir situações específicas do serviço e que surgem diariamente como alterações de programa, etc., e com as quais cooperou-se.

Por sua vez a colaboração com a enf.^a responsável do serviço na elaboração dos planos diários de trabalho, na gestão dos recursos humanos (a experiência de uma situação de greve foi benéfica) e na gestão de materiais e equipamentos. Identificou-se as várias características e funcionamento a nível de materiais e equipamentos, entre os vários serviços e refletiu-se acerca várias temáticas.

As cirurgias são programadas semanalmente. No entanto o programa pode sofrer alterações de acordo com a prioridade dos clientes e com a entrada em situação de

urgência/emergência. A equipa de enfermagem toma conhecimento do plano cirúrgico no dia anterior às cirurgias através do *Sclínico* (programa informático).

Os clientes podem ser provenientes de vários serviços (internamento de neurocirurgia; unidades (UCI, UCINC, UCISU, AVS, intermédios, UCI pediátrica); neurocirurgia pediátrica, ou outros em situações esporádicas.) e ter como serviços de destino: UCINC; UC intermédias, restantes unidades em cirurgias major; UPA (recobro normal; recobro prolongado) ou ainda em cirurgia *minor* ou de carácter ambulatorio o domicílio.

Todo o percurso do cliente é realizado como recomendado, na zona de transfere o cliente entra em maca ou cama e após é transferido para o transfere (que é constituído por colchão de poliuretano), é colocado um lençol aquecido e um édredon térmico e posteriormente quando o cliente é então transferido para a sala operatória, aquando a sua saída o cliente sai em maca do serviço ou em cama previamente desinfectada antes de entrar na sala cirúrgica.

As áreas designadas como áreas restritas/ semi-restritas atualmente definidas neste BONC como áreas restritas temos: a sala 1 e 2, a área de acesso a cada uma das salas e a sala de tratamento de materiais (zona de limpos e sujós)

Já as áreas semi-restritas estão designadas por: corredor de entrada/ receção de doentes, instalações sanitárias; vestiário, área de repouso (copa).

O armazém avançado de material de consumo, *stock* de medicação, material terapêutico, clinico e não clinico de apoio á anestesia. A circulação nesta área está limitada aos profissionais devidamente fardados com farda específica de bloco.

É obrigatório o uso de máscara cirúrgica, desde que se esteja em presença de material esterilizado aberto ou profissionais com indumentária estéril vestida (por exemplo dentro das salas de operações), sendo estas práticas recomendadas para BO (AESOP, 2010).

Em relação à preparação do cliente para a cirurgia existem aspetos relevantes a ter em conta e que é protocolo do serviço tais como:

Consentimentos exigidos: consentimento cirúrgico, consentimento anestésico e de transfusão, *checklist* pré-operatória: *checklist* utilizada no Serviço de Neurocirurgia e a *checklist* específico para cirurgia de estimulação cerebral profunda.

No que concerne à limpeza / desinfeção e esterilização dos circuitos: circuito de limpos / sujós: saída de material cirúrgico contaminado pelo corredor anexo às salas (corredor de sujós) direto à sala de sujós.

O registo em papel de acordo com o serviço de esterilização evidencia a descrição de material por lavagem e anexados integradores de registo químico e de temperatura com relatório impresso pela máquina.

No tratamento mecânico: o material é devidamente acondicionado em cestos que entram diretamente na máquina de descontaminação; se não entrar diretamente na máquina permanece a aguardar pulverizado com pre-klenz. O tratamento manual é efetuado na sala de sujos de acordo com as recomendações do fornecedor, com detergente enzimático

O instrumental cirúrgico após ser usado é colocado em prateleiras e cestos na sala situada junto às duas salas cirúrgicas. Outro aspeto relevante foi o de no final da cirurgia, a saída do material sujo é separado em tabuleiro pela enfermeira instrumentista e colocado separadamente em carro próprio de colheita de material infetado por matéria orgânica e depois sai por uma porta e circula na zona de sujos até a sala de lavagem e desinfecção de material, seguindo o percurso de todo o material sujo, para posterior descontaminação e lavagem e etc.

Uma das práticas recomendadas para BO faz alusão é à desinfecção de materiais e ao uso de desinfetantes no BO e a recomendação I menciona que “todos os artigos ou equipamentos a desinfetar devem previamente sofrer um rigoroso processo de limpeza” (AESOP, 2010,p.69) e que o material a processar deve ter em conta a classificação de acordo com o risco que apresenta, nas categorias de material crítico, material semi-crítico ou material não crítico como recomendação II (AESOP, 2010,p.70). O serviço apresenta procedimentos e protocolos para as diversas áreas de atuação e que deste modo é atingível o cumprimento das recomendações emanadas nas práticas recomendadas para bloco operatório pela AESOP (2010).

É de relevo salientar o plano e o tipo de registos de limpeza deste BO e deste face à: limpeza diária, no início de jornada no qual é realizada a limpeza de superfícies horizontais e chão e entre as cirurgias ao realizar-se a limpeza de superfícies horizontais, aparelhos, carros e chão de acordo com a norma hospitalar.

Esta limpeza só deve ser iniciada após ter sido retirado todo o material contaminado (lixos, roupas, instrumentos cirúrgicos, etc.), mantendo as portas fechadas, devem ser higienizadas todas as superfícies horizontais (mesas de instrumentos, carros de apoio, sistemas de iluminação, mesas operatórias, etc.), portas e todas as superfícies não horizontais que tenham sido expostas a matéria orgânica (aparelhos de anestesia, etc.), todos os equipamentos que estiveram em contacto com o doente (células de oximetria, aparelhos de medição de tensão arterial, estetoscópios, etc.) devem ser higienizados.

Em relação as áreas adjacentes às salas operatórias estas são limpas várias vezes ao dia. A bancada de lavagem de mãos é limpa no início da jornada e várias vezes ao dia, no final da jornada é limpa e seca. É de mencionar que a higienização do serviço é da responsabilidade dos assistentes operacionais e dos enfermeiros. Comprovou-se que a apreciação dos resultados

quanto ao serviço de qualidade operativa | higiene e segurança no trabalho no âmbito do controlo da qualidade da água de abastecimento, a colheita de amostras de água de abastecimento na zona de lavagem das mãos – BONC, para análises bacteriológicas e físico-químicas, os resultados das análises bacteriológicas indicaram que todos os parâmetros se encontram dentro das especificações, considerando a água própria para consumo, o que demonstrou um índice de qualidade positivo e de trabalho de toda uma equipa.

A limpeza mensal é previamente programada e inclui a limpeza de todas as áreas desde o teto até ao chão (é executada com o auxílio da máquina rotativa no chão) e a utilização de peróxido de hidrogénio em todas as áreas do bloco.

Uma boa higienização das salas e do ambiente em redor é fundamental para o controle da infeção e estes procedimentos supramencionados vão de encontro com a prática recomendada higienização ambiental das salas de operações (AESOP, 2010).

Face à prática recomenda fatores ambientais no BO a justificação da recomendação I diz que “ o sistema de ventilação das salas de operações deve estar ligado 24 horas/dia, dado que é uma importante medida de prevenção de infeção intra-operatória e refere ainda que a existência de um protocolo, favorece um bom funcionamento e a correta manutenção das unidades de tratamento de ar, prevenindo a proliferação bacteriana” (AESOP, 2010, p.105)

Quanto ao acondicionamento de material, todo o material esterilizado (instrumentos cirúrgicos e dispositivos médicos) são acondicionados logo à chegada do serviço de esterilização em armários fechados como refere a recomendação III das práticas recomendadas para BO que diz que os dispositivos médicos esterilizados devem ser armazenados em local apropriado para o efeito, imediatamente após terem chegado ao BO (AESOP, 2010, p.44).

Comprovou-se que as caixas com instrumental cirúrgico são transportadas para e do serviço de esterilização em carro próprio e fechado devidamente acompanhadas com os documentos de identificação e registo em papel da máquina para certificação da mesma. O que vai de acordo com a recomendação I da prática recomendada: manipulação e armazenamento de material estéril no BO que diz que “todos os dispositivos médicos estéreis, provenientes de centrais de esterilização, devem ser transportados em recipientes fechados e carros próprios, específicos apenas para esse fim” e assim o comprovou-se (AESOP, 2010, p.42).

Este tipo de material é verificado periodicamente para certificação da sua integridade e validade das respetivas embalagens.

As características físicas e organizacionais do BONC foram conhecidas como também do serviço do BO, da UPA e comprovou-se a sua prática com base nas dotações seguras em ambiente perioperatório (AESOP, 2010, p.131).

Existem critérios de complexidade que podem determinar a alteração do número de enfermeiros como por exemplo: procedimentos cirúrgicos com anestesia local, procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, mais que um procedimentos cirúrgico em simultâneo, procedimentos anestésicos/ cirúrgicos de alta complexidade como é o caso da pediatria, neonatologia, e como se pode constatar que o enfermeiro chefe da UPA tem em atenção esta recomendação pelo pelos no que concerne à pediatria.

Da UCI NC, a lotação é de 13 doentes, sendo 10 unidades normais e 3 isolamentos. É um serviço amplo e que cumpre com as normas em relação às áreas preconizadas pelo menos quanto aos isolamentos. Cada unidade está composta e organizada a receber clientes com monitorização *standard* e específica. O rácio de enfermeiros habitualmente é de 1:1.

A unidade de cuidados intermédios não é um serviço independente, está ligado à UCINC, possui 6 camas e rege-se pelos protocolos da UCI.

As visitas aos serviços de neurorradiologia, UCINC, UC Intermédio NC e UPA foram incluídas aquando a minha passagem quer em situação de observação quer em situação de efetivação do transporte intra-hospitalar. Descreve-se pormenorizadamente apenas o BO NC por ser o contexto de opção.

Adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos e técnicos especializados à pessoa em situação crítica submetida a neurocirurgia na área da anestesia e Cuidar na área da anestesia à pessoa submetida a neurocirurgia com Neuromonitorização no intraoperatória e gerir e administrar protocolos específicos complexos no intra- operatório da neurocirurgia na área da anestesia foram tês objetivos específicos definidos e para uma melhor compreensão e descrição decidiu-se relatar ambos em simultâneo.

Como enfermeira de perioperatório a integração na equipa multidisciplinar decorreu facilmente, estabelecendo um bom relacionamento interpessoal, criando assim condições de proximidade, empatia e espírito de equipa. A aplicação de uma comunicação eficaz e de atitude uma proactiva favoreceu este percurso e por sua vez a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas.

A realização de revisão bibliográfica sobre a fisiopatologia neurocirúrgica quais os tratamentos cirúrgicos e tipos de cirurgia (aneurismas, tumores cerebrais, Parkinson, distonia, tumores medulares, o tratamento cirúrgico e qual o percurso perioperatório.

Concomitantemente, com uma revisão bibliográfica sobre os tipos de anestesia em neurocirurgia e a relação com a Neuromonitorização. A aplicação de conhecimentos adquiridos tanto a nível profissional, como em suporte científico e a pesquisa em evidência científica

baseando nos anteriormente já mencionados fortaleceu um conjunto de conhecimentos para o desenvolvimento de competências especializadas.

Como focos de instabilidade no perioperatório identificou-se: capacidade adaptativa intracraniana, choque neurogênico, coma, pressão intracraniana, processo do sistema circulatório, perfusão dos tecidos, processo vascular e processo neurovascular, processo do sistema nervoso: processo do sistema neurológico, processo do sistema regulador efetivo: balanço de líquidos, processo do sistema regulador: equilíbrio ácido-base, equilíbrio de eletrólitos, termorregulação, segurança, *status* neurológico, entre outros.

E deste modo identificando como diagnósticos de enfermagem: risco de hemorragia, risco de úlcera por pressão, risco de hipotermia, processo neurovascular comprometido, capacidade adaptativa intracraniana comprometida, equilíbrio de eletrólitos comprometido, *status* neurológico comprometido, Risco de híper/hipoglicemia, ferida cirúrgica atual, etc)

Além dos equipamentos elementares a um BO neste BO específico a presença de equipamentos específicos é-lhe intrínseco o doppler pré-cordial, o cateter multiporos, o *doppler* intracerebral, Invos (oximetria cerebral), Bis e cateter de Saturação O₂ e temperatura intracerebral com PIC Licox) e a consulta dos seus manuais foi pertinente. Alguns destes métodos de monitorização apenas eram conhecidos através da literatura.

O fato deste BO dispor um nível de monitorização específico e avançado é uma mais-valia pois, indica em tempo real a resposta do cliente às intervenções terapêuticas sendo que refletiu-se pontualmente acerca das respostas dos clientes às intervenções de enfermagem e à gestão de protocolos terapêuticos. Foi estimulante poder usufruir-se de todos estes métodos de monitorização e refletir-se com os enfermeiros peritos em perioperatório e ainda assim desenvolver competências especializadas na área.

A consulta dos procedimentos e protocolos inerentes Neuromonitorização como cirurgia da hipófise, neurinoma do acústico, tumores da base, entre outros protocolos e a colaboração na sua colocação e prestação de cuidados de enfermagem a eles inerentes com a máxima assepsia e segurança foram atividades desenvolvidas e refletidas ponderadamente em cada uma das situações.

Com a implementação dos vários tipos de monitorização invasiva e não invasiva nas diversas situações, a monitorização e vigilância destes bem como o despiste e/ou agravamento de complicações provindas dos dispositivos invasivos ou da situação clínica é essencial ser detentor de um conhecimento científico e de experiência com o intuito de atuar rapidamente.

Pontualmente os dados mensurados pelos vários tipos de monitorização e valores gasométricos, foram analisados e interpretados, correlacionando-os entre si de acordo com a

clínica do cliente e claro que uma reflexão e discussão fundamentada na evidência científica com a equipa multidisciplinar, foi promotores de pensamento crítico.

A monitorização visa um trabalho de equipa multidisciplinar, é uma equipa bem treinada, e com conhecimento assentes em evidência científica e detentora de conhecimentos técnico- científico para promover cuidados de qualidade e seguros.

Face a monitorização cita-se Silva, Duarte, Cerejo, Duarte, Silveira & Vaz (2011) que realizaram um estudo em 2008 onde procuraram comparar o uso da monitorização neurofisiológica em 2 subgrupos constituídos por 27 clientes cada (1 grupo foi operado com monitorização e outro grupo sem a monitorização) e concluíram que a monitorização neurofisiológica na fase intra-operatória pode significativamente melhorar o resultado da cirurgia como nos caso de *scwanoma* vestibular, como resultados apuraram ainda que esta permitiu a diminuição da morbilidade.

Tendo em conta investigações prévias em neurotrauma, (Silva, Cerejo, Vilarinho, Dias, & Vaz, 2011) realizaram um estudo cujo objeto de estudo foi a monitorização intra-operatória da oxigenação cerebral em cirurgia de aneurisma com localização anatómica diversa. A amostra constou de 37 clientes nos quais foram estudados os valores basais de pressão parcial tecidual de oxigénio no intraoperatório. Estes autores, concluíram que a referida monitorização pode oferecer dados importantes sobre o risco de isquemia cerebral nestes clientes durante as clipagens (temporárias/definitivas).

Por sua vez, Pereira, Silva, Polónia, Ferraz, Gouveia & Vaz (2011) relatam que a cirurgia de craniosinostoses é uma cirurgia que envolve uma equipa multidisciplinar, de carácter exigente e de difícil equilíbrio a nível anestésico. Estes realizaram um estudo a 13 clientes com idades compreendidas entre os 9 e 21 meses e tiveram em conta as características das crianças, dos procedimentos cirúrgicos, do manuseamento anestésico e hemodinâmico, e duração de internamento hospitalar. A anestesia usada foi a anestesia geral exceto um. Concluíram que é importante estar alerta para a necessidade de uma correta monitorização, controle e reposição de perdas hemáticas durante este tipo de neurocirurgia pediátrica.

O transporte intra-hospitalar foi uma atividade diária realizada e perante tal colaborou-seem todo o seu processo: decisão, planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação neurocrítica/neurocirúrgica do BONC para unidade pós anestésica (UPA), UCINC, UC Intermédio, Unidade de AVS, como base foram seguidas as recomendações da sociedade portuguesa de cuidados intensivos (SPCI), identificando-se o nível de monitorização ótimo a executar durante o transporte intra-hospitalar.

A reflexão das recomendações da SPC para os diferentes níveis de transporte do doente neurocrítico envolve muitos riscos, e até pela sua realização ser frequente, é fundamental medir o risco / benefício.

A associação de medicina intensiva brasileira (AMIB) refere que, apesar de ser recomendada a estabilização respiratória, hemodinâmica e neurológica do cliente, num quadro de instabilidade neurológica como é o caso de hipertensão intracraniana, este transporte tem prioridade absoluta mas deve ser muito bem coordenado e por uma equipa especializada que possa implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da HIC (AMIB, 2009). Pois o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tem de ser sempre considerada e é obrigatória. O transporte dos clientes realizou-se com a monitorização como recomendado, contudo, sem capnografia, sendo esta uma recomendação de nível 1 (obrigatória), e de extrema importância na prevenção da lesão cerebral secundária. Esta situação deve-se ao facto de o monitor de transporte que não permite acoplar os cabos da capnografia.

O enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e o transporte é um fator de risco. São elementos importantes face à prevenção de complicações na pessoa em situação crítica, entre outros: a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega e a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade.

Benner (2001) refere que “a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática em enfermagem e do desenvolvimento da ciência em enfermagem” (Benner,2001, p.33)

“Na tomada de decisão relacionada com o processo de enfermagem, a enfermeira usa habilidades intelectuais no pensamento crítico. Essas habilidades incluem a avaliação sistemática e abrangente (...)”(Hinkle & Cheever, 2016, p.26).

Neste contexto menciona-se Ferreira (2015) ao citar que as ligações que existem entre os serviços de BO e as UCI necessitam de ser de proximidade, pois os clientes no pós-operatório encontram-se muito vulneráveis e este é um período crítico assinalado por uma diminuição da observação durante a realização da transferência destes clientes. Este é um processo, também de transferência de informações relevantes, assinala a entrega de uma equipa para outra e a exata comunicação de acontecimentos intra-operatórios é fundamental na otimização da sua performance nos CI. Deste modo, o mesmo autor refere que é importante aumentar a troca de

informação durante a entrega de pós-operatório entre as duas equipas, e que a comunicação entre os prestadores e recetores muitas vezes é deficiente e isto deve-se à apresentação não estruturada de informação, entre profissionais de saúde de diferentes disciplinas em diferentes níveis de formação (Ferreira, 2015).

Os conhecimentos científicos e a prática clínica são de relevo pois o caráter de cirurgia na maioria das vezes é de caráter urgente e ou emergente), o que possibilita prever as necessidades dos clientes e planejar com antecipação os cuidados de enfermagem com ações seguras e com qualidade apropriadas a cada situação. A pesquisa em recursos de referência particularmente AESOP, OMS, SPN, SPCI além de algumas bases de dados eletrónica a fundamentação e a evidência para promover uma tomada de decisão assertiva. Incluindo temas como enfermagem perioperatória, a monitorização, pois é essencial que o enf.º com funções na área da anestesia compreenda o todo o processo da anestesia, que esta compreende várias fases e que resultam da combinação de vários agentes farmacológicos e que estes provocam alterações nos sistemas fisiológicos do cliente, conduzindo-o a um estado de consciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos e com repercussões.

Um enfermeiro que reúne evidência a partir de literatura de referência e gerida por enfermeiros e que no seu processo de tomada de decisão, teve também em conta a evidência científica proveniente de fontes como investigação, conhecimentos/ experiências pessoais, pareceres de peritos e de especialista (Lock, 2011).

Hinkle e Cheever (2016) mencionam que a prática baseada em evidências é “a melhor prática derivada de estudos de pesquisa válidos e confiáveis que também consideram a instituição de saúde, as preferências e os valores do cliente e o julgamento clínico” (Hinkle & Cheever, 2016, p.4).

Os autores supracitados na sua obra citam o *Institute of Medicine* (2003) ao referirem que “as complexidades inerentes ao atual sistema de saúde desafiam a enfermeira a demonstrar a integração de competências centrais interdisciplinares específicas. Essas competências visam garantir a prestação de cuidados de qualidade e seguros ao cliente”(Hinkle & Cheever, 2016, p.3).

Dado que o saber profissional significa adotar competências e o cuidar da pessoa em situação crítica, mediante as competências referidas no Regulamento n.º 124/2011 2011 atendendo à complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista deve possuir e mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas.

Em todo este processo de grandes alterações hemodinâmicas, como enf.^a de anestesia verificou-se as *checklist*, a preparação da sala, os monitores, equipamentos e os fármacos, colaborando também com o anestesista nos procedimentos invasivos e não invasivos e desenvolvendo atividades específicas para cada uma das fases anestésicas: pré-anestesia, indução, manutenção e reversão anestésica.

Embora não fosse um objetivo específico, nem uma competência do EEEMC no atendimento à pessoa em situação crítica, desenvolveu-se competências também ao cliente em situação crítica neurocirúrgica pediátrica, aproveitou-se estes momentos de aprendizagens para adquirir conhecimento e desenvolver perícia nesta área, dado que no quotidiano profissional a realização de neurocirurgia pediátrica é uma prática, deste modo usufruiu-se da fonte de aprendizagem.

Maia, Oliveira, Pereira, Estrada, Sagarrabay & Matos (2011) realizaram um estudo retrospectivo em clientes internados na UCIP do Hospital D. Estefânia (pediatria) com o intuito de avaliar num período de 6 anos os clientes internados com o diagnóstico de cliente neurocirúrgico com destaque para os tumores e *craniossinostoses*. Na maioria dos casos, com uma percentagem de 92,1% o internamento ocorreu no pós-operatório, sendo que os clientes com estas patologias foram os que justificaram uma maior frequência de internamento na UCIP. Em 14,7 % desses apuraram como complicações a HIC com o surgimento de sinais focais de diabetes insípida e infeção. Completaram ainda ao referir que a existência de uma equipa de neurocirurgia dedicada à pediatria e a experiência adquirida pela equipa tem permitido uma otimização da assistência a estas crianças.

O progresso nas pesquisas e na investigação direciona a análise de problemas dos clientes desde o seu diagnóstico, como no pré-operatório, intra-operatório, no pós-operatório que por vezes tem que recorrer ao apoio dos CI, contribuem para o desenvolvimento técnico-científico das profissões. Contudo, verifica-se ainda que a realização de pesquisas que comprovem a eficácia das intervenções realizadas é fundamental para que, dessa forma, contribuam para o desenvolvimento científico da saúde com a implementação de práticas baseadas em evidências, e, assim, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória principalmente nos doentes que exigem mais cuidados sejam eles adultos ou crianças.

A gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos no intraoperatório na área da anestesia tais como no neurinoma do acústico, no tumor da hipófise, das disnatrémias, clientes com aneurisma e tumores, no edema cerebral são específicos são determinados de

acordo com o tipo de cliente (adulto/pediátrico), de anestesia e de monitorização e é dada a sua continuidade no pós-operatório imediato

Os protocolos terapêuticos existentes na intranet do CHJS dos quais alguns são comuns para todos os do serviços outros são comuns apenas para para o perioperatorio (alguns deles já mencionados) entre outros como: suporte vassopressor (aminas, sedação, analgesia, antibioterapia, terapia da dor aguda e crónica (bombas de baclofeno).

A colaboração no procedimento anestésico-cirúrgico com a equipa da terapia da dor crónica foi uma experiência catalisadora face à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa perante a qual identificou-se algumas das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrou-se conhecimentos e destreza na gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate e alívio da dor.

No pós-operatório do cliente neurocirúrgico quer em CI, quer em quer em intermédios a manutenção dos protocolos acima referenciados como também de corticoterapia, desmame ventilatorio e a realização exames complementares de diagnóstico, entre outros a manutenção destes protocolos terapêuticos no doente neurocirúrgico/neurocrítico visa a sua estabilidade hemodinâmica e a continuação do plano de cuidados

Com o intuito de responder aos protocolos terapêuticos sentiu-se necessidade de realizar alguma revisão a nível da farmacocinética e por outro lado aprofundar-se alguns conhecimentos acerca dos principais fármacos utilizados no intraoperatório neurocirúrgico. Diariamente e pontualmente o *debriefing* acerca da prática clínica realizada no final de cada cirurgia/ turno de acordo com a situação específica foi muito enriquecedor e promotor de desenvolvimento de competências especializadas.

A formação proporcionada pelo serviço com tema “O aquecimento por ar assistido reinventado a partir de baixo” ministrada pela representante das mantas de terapia 3M Bair Hugger com o intuito de prevenir a hipotermia nos clientes cirúrgicos foi promotor de novos conhecimentos como forma de proporcionar cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.

A colaboração e participação no 1º curso internacional de Distonia no CHSJ que se realizou no BONC, foi uma mais-valia dado no seu decorrer prestou-se cuidados de enfermagem perioperatória em conjunto com uma equipa multidisciplinar nacional e internacional. Colaborou-se com a enf.^a responsável/coordenadora do serviço e deste modo desenvolveu-se competências especializadas na área da gestão, qualidade e formação, contruindo para enriquecimento com futura EE.

Pois, o enfermeiro especialista quando abastecido de um corpo de conhecimentos científicos e técnicos, desenvolve atividades que lhe possibilita assistir e cuidar da pessoa, quando ameaçado na sua integridade como é o caso da necessidade de cirurgia.

Na aquisição do objetivo específico: Fortalecer competências relacionais e de comunicação com o cliente e a sua família em contexto de perioperatório

O acolhimento e a assistência ao cliente e sua família em contexto perioperatório quer no BONC quer ocasionalmente na UCI NC, na UC Intermédios NC, quer na UPA segue o procedimento de cada um destes serviços, fornecendo-se a informação ao cliente e à família.

Mobilizou-se os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, quer a nível profissional quer a nível do CCCPE como no CMEMC e a aplicabilidade do protocolo de *Buckman*) de forma pertinente adaptando às situações e individualizando o cuida humanizado.

A relação de ajuda e a empatia com a família em contexto perioperatório é vasto e há que ter em consideração as crenças, valores, a cultura do cliente nem da sua família atendendo à sua cultura; A investigação tem demonstrado que os procedimentos cirúrgicos são situações indutoras de stresse e ansiedade (Guerreiro, 2012). Esta autora menciona que a neurocirurgia é em especial, é uma ciência médica com um desenvolvimento relativamente recente, o cliente confronta-se com medos enraizados em crenças acerca da incapacidade e do risco de vida associados a esta especialidade (Guerreiro, 2012). Elaborou um estudo com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de práticas que desenvolvam um acompanhamento mais personalizado, com o conhecimento das vivências indutoras de stresse do cliente no pré-operatório da neurocirurgia. Constatou que no período pré-operatório os clientes neurocirúrgicos vivenciam um conjunto de emoções e sentimentos, predominando a ansiedade. Apareceram alguns aspetos tais como o stresse, os riscos inerentes à própria cirurgia, a hospitalização, a evolução da doença, a influência das experiências cirúrgicas anteriores, o papel das estratégias de *coping* para lidar com o stresse, e a importância do esclarecimento e comunicação com os enfermeiros. Identificou ainda diversos fatores indutores de stresse no pré-operatório no cliente neurocirúrgico revela-se extremamente importante, na medida em que poderá permitir uma maior focalização do enf.º do BONC, em aspetos como a explicação de dúvidas através da comunicação adequada, ou promoção de estratégias de *coping*. Deste modo, neste campo de ação, a autora salienta ainda que, a implementação da visita pré-operatória de enfermagem por parte do enf.º do BONC poderá constituir um meio privilegiado para uma intervenção de enfermagem adequada. No entanto constatou-se que neste serviço ainda não se encontra em execução a realização da visita pré-operatória nem a visita pós-operatória.

Ciente da importância do papel da família e da disponibilidade para estabelecer uma relação terapêutica com os familiares em todo o período perioperatório, é importante o acolhimento e proporcionar a presença do familiar junto do cliente na zona de acolhimento antes da entrada para a sala cirúrgica. A informação fornecida à família no intraoperatório sempre que esta solicita foi providenciada.

Deste modo, cito Wijdicks, Menon, & Smith (2015) ao referirem que a comunicação com a família é crucial, pois o doente neurocrítico nem sempre está capaz de intervir e tomar decisões e muitas vezes a família tem de intervir na tomada de decisão quando esta é necessária. O suporte à família está nas nossas mãos e uma família cuja relação seja complicada irá permanecer na nossa memória mesmo quando o doente for para casa.

Em relação à família identificou-se como focos de atenção: a adaptação, a atitude da família, cognição, comunicação, crise familiar, e como diagnósticos de enfermagem reconhecidos: crise familiar atual, processo familiar comprometida, comunicação ineficaz.

Pois como profissionais de enfermagem devemos considerar a dinâmica familiar como um dos principais elementos do processo de conceptualização dos cuidados. Com a efetivação deste objetivo pude cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença neurocrítica, analisando a complexidade das cirurgias neurológicas, o que me permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística quer ao doente quer à sua família.

Face ao objetivo específico: desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nos procedimentos (prevenção e controle) da infeção especialmente as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde no perioperatório, algumas das atividades inerentes a este objetivo foram descritas e fundamentadas aquando o relato do objetivo específico conhecer a estrutura física e a dinâmica do BONC e do HSJP.

O plano nacional de controlo de infeção as das diretivas das comissões de controlo da infeção foram toda sempre em atenção, bem como as práticas recomendadas para bloco operatório (AESOP, 2010). A revisão destes foram relevantes aquando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

No desenvolvimento deste objetivo a intervenção para a prevenção e controlo da infeção num ambiente como o bloco operatório é vasta tendo-se em conta vários aspetos tais como: vestuário do bloco operatório, uso de antissépticos no BO, desinfeção do campo operatório, a reparação pré-cirúrgica das mãos, o uso de luvas no BO, a técnica asséptica cirúrgica, a utilização de campos cirúrgicos, a manipulação e armazenamento de material estéril

no bloco operatório, desinfecção de materiais: o uso de desinfetantes, o tratamento de instrumentos cirúrgicos e videocirurgia, a limpeza e desinfecção do equipamento anestésico, a higienização das salas de operações, os fatores ambientais, de proteções respiratórias, a segurança no reprocessamento de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, entre outros.

Os circuitos dos profissionais da equipa multidisciplinar, dos clientes, do vestuário, dos materiais, a sua gestão é fundamental para uma boa prática e garantir a qualidade e segurança dos cuidados, bem como a higienização das salas.

Por outro lado, a articulação com o serviço da esterilização, o manuseamento e o acondicionamento de material cirúrgico são características muito específicas e inerentes a qualquer BO

O vestuário do BO é também um importante fator no controlo da contaminação do ambiente cirúrgico e é usado para promover um elevado nível de higiene, bem como proteger os profissionais de parte dos diversos riscos a que estão expostos e evitar a contaminação de áreas exteriores ao BO.

Face ao projeto *stop* infeção no hospital está inserido nas UCI e comprovou-se a sua aplicação com a passagem em UCINC.

O BONC embora não inserido neste projeto contempla a aplicação de várias *bundles* face à colocação do CVC, CU bem como o rigor na administração de antibioterapia profilática embora este serviço não se insira no projeto *stop* infeção e não se efetue a monitorização das *bundles* como nas UCIs este BO aplica esta metodologia.

Atuou-se segundo os protocolos do serviço, pelas práticas recomendadas pela AESOP, recomendações, DGS, OMS.

Conhecer o papel do enfermeiro EEMC na prestação, gestão e monitorização de cuidados à pessoa no perioperatório

A reflexão e o atual conhecimento evidencia ser benéfico a existência de um EEMC numa equipa multidisciplinar e que com frequência empregam os seus conhecimentos neste serviço também específico, o que promove uma equipa coesa, com objetivo comum de prestar cuidados individualizados, fundamentados em saberes técnico científicos.

O desempenho do EEMC no BONC é essencial em qualquer um dos domínios da especialidade, evidenciando a gestão à gestão de protocolos terapêuticos, à liderança, à supervisão clínica, à comunicação e à relação terapêutica com os doentes e seus familiares. Em relação à formação e autoformação, estes elementos com competências especializados, são profissionais que com alguma frequência frequentam cursos de formação avançada, pós-graduações e mestrados, embora a oportunidade de realização de formação dentro do serviço

seja reduzida observou-se muito a passagem de formação e informação em situações pontuais. Face ao relacionamento entre os diversos profissionais da equipa multidisciplinar, verificou-se a partilha de informação e orientação fundamentada em evidência científica e à competência do pensamento crítica, tendo sempre como propósito a prestação de cuidados de excelência.

Os EEEMC e com pós-graduação em supervisão clínica são os profissionais que são destacados para acompanharem como tutores os enfermeiros que necessitam de desenvolver e adquirir as suas competências especializadas para adquirirem o mesmo título. Atestou-se que esta conduta esta como uma das recomendações da prática recomendada dotações seguram em ambiente perioperatório (AESOP, 2010, p.130). O que é de extrema importância, pois são aqueles que detêm de competência e maior conhecimento na área.

Integrou-se conhecimentos apreendidos no CMEEC e relacionei-os com as competências comuns e específicas do EEEMC, bem como com a diversa UC tais como: a de ética, deontologia e direito; investigação, gestão e liderança; Enfermagem em emergência e enfermagem em cuidados intensivos e ainda em cuidados paliativos (pois alguns destes clientes adultos e crianças têm como diagnóstico tumores malignos com prognóstico muito reservado e que tento estes doentes como as suas famílias necessitam de muito apoio, orientação, informação e sem dúvida uma comunicação assertiva e eficaz desenvolvendo uma relação terapêutica e empática) e saliento a importância de fornecer uma explicação/elucidação fundamentada e baseada em evidência científica.

Assistiu-se e colaborou-se com a EEMC na prestação e gestão dos cuidados diretos e especializados ao doente neurocrítico (adulto e criança) e à sua família ou familiar, na gestão de protocolos terapêuticos, nas gestão de protocolos anestésico-cirúrgicos, na comunicação e gestão de transferência dos doentes para serviço e do serviço para o serviço de proveniência ou para outro serviço de destino.

Observou-se e colaborou-se na integração dos novos profissionais, na supervisão dos AO e dos outros técnicos auxiliares de diagnóstico; Baseou-se numa práxis baseada e fundamentada pelo conhecimento e pela evidência científica, sendo a enf^a tutora além de especialista também mestra em enfermagem avançada.

Efetou-se *Debriefing* com os enfermeiros sempre que surgiam situações pontuais ou na realização de técnicas e procedimentos novos ou realizados com menos rigor, tendo como intuito o esclarecimento e aperfeiçoamento;

Acompanhou-se e assistiu-se a enf.^a responsável/coordenadora do serviço pela gestão dos recursos humanos e materiais adequados à prestação de cuidados de qualidade e com segurança. Na elaboração dos planos de trabalho diários em conformidade com os programas

cirúrgicos, à gestão dos diversos profissionais pelas diferentes áreas (instrumentista, circulante e anestesia) face a alterações do programa cirúrgico ou de licença por doença (e ainda pode observar a gestão de recursos humanos e matérias em situação de greve e o atender às normas e procedimentos corretamente), promover a integração dos profissionais face a estas alterações, gerir o horário de prevenção e de SIGIC de acordo com o horário de trabalho de elementos de 35h e de 40 horas, n gestão de trocas de profissionais que não prejudiquem o funcionamento das salas (devido as competências de cada profissional em determinada área); na gestão de materiais através de diversas modalidades (imputados aos doente, quer por consumo por reposição diária de consumíveis, ou ainda de reposição por nível, registo e controlo de estupefacientes ou de materiais e consumíveis de implante ao doente com documento de registo próprio quer em registo informático quer em formato de papel; nos pedidos de manutenção e de reparação de materiais e de máquina e eletrónica em formato informático; na aquisição e pedidos de validação de produtos (limpeza, quer de consumíveis de BO); na gestão de vestuário de BO quer para os doentes quer para os profissionais da equipa multidisciplinar, pois o fato de este hospital promovedor de formação e de trabalhar com uma vasta equipa multidisciplinar faz com que haja uma grande adesão ao vestuário e deste modo, existem dias e situações em que é necessário gerir muito bem a equipa quanto à utilização do vestuário, bem como recorrer a pedido extraordinário de fardamento; na supervisão da manutenção e cumprimento das recomendações e normas emanadas pela AESOP, DGS, OMS e protocolos hospitalares; na receção e devolução de instrumentais e consumíveis à consignação; na promoção da higiene e desinfeção das salas cirúrgicas e do BONC, das camas dos clientes, dos transferes, estes últimos aspetos foram deveras importante, em primeiro lugar porque como enf.^a da área de anestesia tenho pouco contato com os materiais, aparelhos e com os instrumentais cirúrgicos e deste modo pode-se aumentar e fortalecer conhecimentos nesta área, bem como, como enf.^a responsável de uma equipa no meu serviço e como futura enf.^a especialista ficarei à altura de dar resposta a estas questões e poder-se resolver assuntos inerentes a esta função;

Sendo uma responsabilidade do EE ser um elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho e atua como formador oportuno em contexto de trabalho dado ser uma unidade de competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais detetou-se carência de conhecimento acerca da identificação dos diversos sistema circuitos respiratórios anestésicos, do manuseamento do sistema de exaustão AGSS do vventilador e procedeu-se à elaboração de boletim de consulta rápida acerca dos circuitos respiratórios anestésicos (circuitos respiratórios anestésicos Mapleson gama de circuitos respiratórios, designados de circuitos semifechados) e um documento de consulta rápida adaptado do manual

de referência do utilizador do aparelho de anestesia Aisys (acerca da substituição da célula de oxigénio do circuito e respectiva calibração a 21% e a 100% e do modos AGSS ativo/passivo)

Afirmar o saber profissional significa assumir as nossas competências.

A competência é assim, uma mais-valia acrescentada aos saberes e não existe competência sem saberes, mas a competência recorre a eles (saberes) e mobiliza-os (Alarcão, 2005). Por sua vez, Queirós (1999) menciona que “afirmar o nosso saber significa promover a autonomia profissional (...) e garante uma contribuição mais pertinente no domínio da colaboração com outros profissionais de saúde”. Deste modo, não basta ser um profissional detentor de competências. É fundamental que seja capaz de as associar e de as mobilizar com pertinência, numa situação de trabalho, de saber como proceder para agir.

Os objetivos que se designaram como de caráter observacional seguem narrados em simultâneo e focam apenas as atividades mais importantes neste contexto.

Algumas das intervenções ao cliente neurocrítico no pós-operatórios são a avaliação do estado neurológico/sedação, gestão de protocolos terapêuticos, manutenção da monitorização, aplicação das bundles de prevenção da PAI, zaragatoa para despiste de MSRA, observação e prevenção de UP, manter-se as meias e os compressores como medidas antitrombóticas, , programação do desmame ventilatório, entre outros. A classificação usada é o TISS 28.

Constatou-se que os focos de atenção mais frequentes são: estado de consciência, a função motora e reflexos e como diagnósticos de enfermagem mais frequentes: ferida cirúrgica presente, risco de ventilação comprometida, risco de úlcera por pressão, risco de úlcera de córnea, risco de anquilose, risco de aspiração, auto-cuidado, arranjo pessoal, etc

A manutenção dos protocolos terapêuticos foi uma constante para dar continuidade ao plano de cuidados. Na aplicação de alguns dos protocolos terapêuticos acima descritos como por exemplo o da sedação e analgesia e o protocolo da manipulação da DVE.

A avaliação neurológica os dados da monitorização multimodal no acolhimento apoia a tomada de decisão na aplicação dos protocolos

Toda esta aprendizagem foi uma mais-valia, uma vez que a gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos também é uma das competências do Enfermeiro Especialista à pessoa em situação crítica (OE, 2011)

Alguns dos dados mensurados pelos métodos de monitorização neurológica invasivos e não invasivos aplicados na UCINC foram analisados focando os específicos, tais como: Pressão tecidual de Oxigénio (PtbO₂) e PRx (pois esta unidade é única no país neste último tipo de monitorização. Estes últimos são sistemas inovadores que possibilitam a avaliação da curva

de autorregulação do doente e a identificação da PPC ótima, o que permite individualizar o tratamento a cada cliente. Este sistema denominado de PRx, baseia-se num software de investigação e foi desenvolvido já em 1980 (Steiner et al, 2002) sendo adquirido em Portugal mais precisamente para esta UCI NC.

Este sistema demonstra uma reação dinâmica face às alterações da PPC e possibilita definir a PPC na qual o PRX atinge o seu valor ótimo para cada doente, traduzido pelo valor da PPC ótima (Miller & Torbey, Neurocritical Care Monitoring, 2015).

As escalas de avaliação da dor e sedação implementadas na UCI NC são as BPS a RASS, verificou-se que, as escalas de avaliação da dor no cliente neurocrítico utilizadas na UCINC são idênticas às escalas aplicadas numa UCIP e são as escalas preconizadas pela SPCI (BPS e VAS (NRPS)).

Identificou-se algumas das evidências fisiológicas e comportamentais de dor no cliente neurocirúrgico (a dilatação pupilar, a sudorese, a taquicardia, e sobre o índice electromiográfico disponibilizado pela análise do BIS), neste contexto cito Roux, et al. (2014) ao referir que o reconhecimento e a monitorização sistemática da dor numa UCI melhora a recuperação do doente e otimiza a intervenção terapêutica.

Refletiu-se a importância desta monitorização uma vez que a dor acarreta alterações na dinâmica cerebral e que também podem servir de indicadores de presença de dor.

O enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica na excelência do seu exercício profissional, e no âmbito das suas competências, maximiza o bem-estar dos doentes (OE, 2015).

Face ao serviço de neurodiologia o acolhimento, a verificação do checklist pré-operatório, na confirmação dos consentimentos anestésico e cirúrgico são efetuados e os protocolos e procedimentos específicos facultaram também o desenvolvimento de competências especializadas.

O estágio de observação neste serviço representou uma significativa mais-valia para o sucesso do projeto de autoformação de modo que permitiu adquirir-se e desenvolver-se conhecimentos técnico-científicos face ao perioperatório da cirurgia endovascular sendo esta utilizada como tratamento minimamente invasivo para certos aneurismas.

Deste modo, esta prática profissional facultou o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área de opção.

Neste contexto face às competências do domínio comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas da pessoa em situação crítica o seu desenvolvimento encontra-se descrito ao longo do relato dos objetivos para este estágio, muitas outras foram desenvolvidas mas é impossível a descrição de todas.

CONCLUSÃO

Perante cada situação em concreto com que nos deparamos, precisamos de agir, e esta necessidade exige a preocupação de atingir progressivamente um nível mais elevado de proficiência, respeitando as boas práticas e os nossos deveres deontológicos, em cada patamar da nossa profissão. Os enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica são assim elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica (OE, 2011).

O desenvolvimento das competências especializadas inerentes a esta especialidade são o percurso para os cuidados de excelência à pessoa em situação crítica. Para tal, no decorrer do percurso de aquisição de competências a reflexão na prática e sobre a prática é fundamental. É através da certificação dessas competências especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro)

No decorrer da prática clínica, foram proporcionados momentos de análise, reflexão, de debate, de partilha de experiências de saberes, vivências e de muita pesquisa e estudo, desenvolvidas novas competências, atitudes e saberes efetivando-se os objetivos traçados, bem como a corresponsabilização pelo próprio processo de aprendizagem.

Este relatório de estágio tem assim uma marca muito pessoal, tendo sido utilizado pela primeira vez tal metodologia, o qual relatou todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, comuns e específicas do enfermeiro especialista face às pessoas em situação crítica.

Evidenciou-se os aspetos e situações que assumiram uma maior importância para o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Integrou-se várias equipas multidisciplinares com sucesso, demonstrou-se capacidade de trabalhar em equipa e respeito pelo trabalho de toda uma equipa de saúde. Promoveu-se a partilha de experiências, vivências, saberes e colaborou-se ativamente com todos na prestação direta e indireta de cuidados de enfermagem tanto às pessoas em situação crítica, bem como às suas famílias como a todos os clientes em geral.

A prática clínica promovida pelos estágios I – U, estágio II – CI e estágio III – perioperatório bem como o envolvimento com as referidas equipas de enfermagem no serviço de urgência, UCI e BONC permitiu integração nas referidas equipas e através dos objetivos delineados, desenvolveram-se as competências de enfermeiro especialista comuns e específicas da pessoa em situação crítica para cada um destes contextos tanto a nível da prestação de cuidados diretos como indiretos.

Em cada um destes contextos deparou-se com múltiplas variedades de situações e de clientes, a vivenciar processos complexos de doença crítica e neurocrítica, com falência orgânica e necessidades cirúrgicas, o que promoveu o desenvolvimento de competências especializadas tanto na sua abordagem como assistência, não descurando sua família, possibilitando ainda do ponto de vista emocional, cognitivo e técnico a análise do melhor na “arte” de cuidar. Atuando ainda na intervenção da prevenção e no controlo da infeção e na promoção da resposta face a situações de catástrofe/emergência multi-vítima.

Com a realização dos estágios e com o propósito de garantir a prestação de cuidados mais seguros, aplicou-se procedimentos de enfermagem, adequou-se as intervenções de enfermagem às necessidades dos clientes críticos e neurocríticos assistidos no SU, CI e BO, otimizou-se as práticas de enfermagem, colaborou-se para a edificação de futuros indicadores, sendo esta uma mais-valia na gestão, na tomada de decisão, no controlo de custos e melhoria da qualidade e no atendimento ao cliente crítico e neurocrítico.

Em qualquer um dos contextos o enfermeiro deve estar atento ao cliente crítico e neurocrítico, de modo a prevenir complicações tanto a nível fisiológico, psicológico, ou social que abrange o cliente e sua família, as quais podem influenciar a estabilidade hemodinâmica e recuperação do cliente, aumentando o período de internamento e conseqüentemente os custos hospitalares.

Pretendeu-se também divulgar e despertar nos pares tanto da importância como da necessidade da aplicação de competências específicas neste contexto que é o perioperatório. Incutiu-se reflexão sobre a temática da pessoa em situação crítica, neurocrítica/neurocirúrgica neste contexto tão específico e discutiu-se as competências especializadas na prática clínica diária, o que futuramente irá conferir autonomia e consideração pela profissão de enfermagem face à enfermagem perioperatória ainda um pouco descurada tanto a nível das organizações, instituições e população em geral.

Considera-se que o desenvolvimento de competências especializadas em contexto da enfermagem perioperatória melhorará a qualidade dos cuidados prestados bem como a satisfação clientes e da sua família, o que por sua vez irá conceder à instituição de saúde a oferta de bons níveis de padrões de qualidade de cuidados prestados.

Só assim a enfermagem será considerada e valorizada pela população, pois é o enfermeiro que, ao prestar cuidados de excelência, irá promover conforto e dignidade.

Todo este percurso de aprendizagem foi de extrema importância, pois promoveu a aquisição, desenvolvimento competências especializadas, ao nível da avaliação, identificação, planificação, ação e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, contribuindo-se

deste modo para o desenvolvimento de boas práticas em enfermagem e ainda o aperfeiçoamento como enfermeira de perioperatório.

Demonstrou-se ainda um nível digno de conhecimento e capacidade de compreensão. Este decorreu do longo percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo do percurso profissional e aprofundou-se esses mesmos saberes e assimilando-os, constituindo uma base sólida de crescimento de aplicação de evidência científica na arte do cuidar.

Contudo, atestou-se a aplicação desses mesmos saberes e de outros conhecimentos advindos bem como a capacidade de percepção face à resolução de problemas quer em situações novas e não familiares, quer em contextos alargados e multidisciplinares e que se relacionaram com área em estudo à pessoa em situação crítica com destaque para a situação neurocirúrgica/neurocrítica.

Deste modo, evidenciou-se a pessoa em situação crítica no decorrer de toda prática clínica e revelou-se interesse pela pessoa neurocirúrgica/neurocrítica com a realização do estágio III em perioperatório, desenvolvendo competências características na área da enfermagem perioperatória para uma aprendizagem auto-orientada e autónoma perante o decorrer do percurso profissional.

Deste modo deparou-se com a necessidade de resoluções perante situações imprevistas e inesperadas o que por sua vez acarreta análise crítico-reflexiva, pois qualquer que seja a decisão implica responsabilidades ético-legais e sociais, as quais podem condicionar a tomada de decisão, demonstrou-se juízo crítico. Como base teve-se o código deontológico para enfermeiros, o REPE, os direitos humanos e dos clientes em cada contexto

Fomentou-se a auto-aprendizagem e aprendizagem aos pares através da partilha de conhecimentos, e raciocínios de uma forma clara, promovendo-se momentos de formação formal e informal, de permuta, vivências e experiências, pois, “tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assume uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar” (Benner, 2001, p.12). Contribui-se desta forma através da realização de formações, de elaboração de instrumentos de trabalho para os vários contextos do ensino clínico.

Ressalva-se ainda o contributo importante da pesquisa, resultados de trabalhos de investigação, a evidência científica, a consulta em bases de dados, as *guidelines* que facultam a aquisição, o aprofundamento de conhecimentos, a consolidação de outros baseando o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e do perioperatório do doente neurocrítico para a excelência do cuidar.

Todo este percurso não foi isento de obstáculos, dúvidas, incertezas tanto a nível pessoal como profissional. A conjugação entre a vida pessoal, profissional e académica revelou-se extremamente complexa e exigente e não foi tarefa fácil, porém foi com empenho que se o executou.

Como futura enfermeira especialista e ciente do mito existente perante a enfermagem perioperatória quer pelos pares quer pela população em geral, sugiro que os enfermeiros perioperatórios tomemos a investigação como um rumo, dado que esta fornece um carácter empírico, que sustenta e se rege por princípios científicos na procura constante de novos conhecimentos. Esta evolução certamente terá como consequência uma maior eficiência e eficácia na enfermagem perioperatória prestadas aos clientes e seus familiares e ser reconhecida devidamente como especialidade.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W.C. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, L.O., Munari, D.B., Queiroz, A.L.B., Fernandes, C.N.S. (2005). O trabalho de equipa em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2), 203-207. Consultado a 23 abril de 2016. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019629015.pdf>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. S.l.: Autor. Consultado a 10 de novembro de 2016. Disponível em www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2008). *Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos*. Lisboa: Autor.
- Aehlert, B. (2007). *Advanced cardiac life support* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alarcão, I. (2000). *Escola reflexiva e supervisão: uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I, & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina.
- Alves, M.A. (2004). Etapas da metodologia de projectos. *O professor*, 3, 30-37.
- Alves, M., Mendes, T., Constantino, R., Figueiredo, M., Almeida, A., Lucas, A., ... Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a Tomada de Decisão em Enfermagem*. Coimbra. Consultado a 20 de abril de 2016. Disponível em <http://contributosparaenfermeiros.blogspot.com>.

- Alves, N. (2012). Formações venosas superficiais da fossa cubital: aspetos de interesse para a prática da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (6), 1030-1033.
- Alves, A.I., & Alves, C.M. (2003). Prevenção e controlo da infeção por MRSA. *Nursing*, 174, 25-29.
- Almeida, C., Falcão, M., & Madeira, P. (2013). *Via Verde do AVC*. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central.
- Amaral, J. (2012). *O impacto da fisioterapia na qualidade de vida de doentes oncológicos internados em cuidados paliativos*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto). Consultado em Repositório Universidade do Porto.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support* (9^a ed.). Chicago: Autor.
- American Nurses Association. (2002). *Preventing workplace violence. occupational health and safety series*. Maryland: ANA. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/OccupationalResources/PreventingWorkplaceViolence.aspx>
- Araújo, J. A., & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (2), 58-62.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2009). *Curso de imersão em terapia intensiva neurológica*. São Paulo: Autor
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia á prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2010). *Práticas recomendadas para bloco operatório* (2^a ed.) Loures: Lusodidata.
- Association of perioperative Registered Nurses. (1969). Definition and objective for clinical practice of professional operating room nursing. *AORN Journal*, 10, 43-47.

- Association of perioperative Registered Nurses. (2009). Standards and recommended practices. Denver: Autor. Consultado a 20 novembro de 2016. Disponível em <http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNStandardsAndRecommendedPractices/>
- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (1999). Código Ético e Deontológico do Terapeuta da Fala. Lisboa: Autor
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barroso, F., Sabino, F., Rodrigues, M. (s.d). Sistema nacional de notificação. Manual do profissional notificador. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastos, C., Machado, M. & Souza, W. (2008). *Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência*. Lisboa: Formasau.
- 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). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (9), 7-16. Consultado a 10 de maio de 2016. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105563&code=6c5c637edab66cd93548e1fbff9fc2e529fd627b>.
- Batalha, L., Reis, G., Costa, L., Carvalho, M. & Miguens, A. (2009). Artigo de investigação: adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor face, legs, activity, cry, consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*. 2(10), 7-14.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, R.S., & Silva, M. A. (2004). A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. *Texto e Contexto Enfermagem*. 13, 50-57.

- Catroga, C., Santos, C.A., George, F., Duarte, G., Falcão, I.M., Pereira, N. ... Ferreira, S. (2016). Zika – Plano nacional de prevenção e controlo de doenças transmitidas por vetores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Craig, J. & Smyth, R. (2003). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Colafranceschi, A., Monteiro, A.J., Canale, L.S., Campos, L.A., Montera, M.W., Silva, P.R., Fernandes, M.R., ... Mesquita, E.T. et al. (2008). Adult extracorporeal life support: a failed or forgotten concept? *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 91 (1), (34-38). Consultada a 30 de Maio de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/en_a06v91n1.pdf
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conceição, A.P. (2015). *A competência para o cuidado espiritual em enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Correia, J. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tese de Mestrado. Viana do Castelo.
- Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros: percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- Costello, J.M., Patak, L., & Pritchard, J. (2010). Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3(4):289-301. Doi: 10.3233/PRM-2010-0140.
- Cooke, M. W. & Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 16, 179-181. Consultado a 30 de junho de 2016. Disponível em <http://emj.bmj.com/content/emmermed/16/3/179.full.pdf>.
- Cullen, D. J., Civetta, J. M., Briggs B. A. & Ferrara, L. C. (1974). Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*, 2(2), 57-60.

Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. *Sinais Vitais*, 33, 42-47.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. (1996). *Diário da República nº 205, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 104/1998 de 21 Abril. (1998). *Diário da República, nº93, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto. (2003). *Diário da República nº191, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº101/2006 de 06 Junho. (2006). *Diário da República, nº 109, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de setembro. (2009). *Diário da República nº 184, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro. (2009). *Diário da República nº 184, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Regulamentar nº 14/2012 de 26 Janeiro. (2012). *Diário da República, nº 19, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 123/2005 de 2 de Setembro. (2005). *Diário da República, nº 169, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 18459/2006 de 12 de setembro. (2006). *Diário da República, nº176, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro. (2008). *Diário da República, nº42, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro. (2013). *Diário da República, nº 38, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 2254/2013 de 26 de Novembro. (2013). *Diário da República, nº229, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto. (2014). *Diário da Republica, nº 153, II Série.*

Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 1057/2015 de 2 de Fevereiro. (2015). *Diário da República, nº22, II Série.*

Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 3762/2015 de 15 de Abril. (2015). *Diário da República, nº73, II Série.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal..

Direcção-Geral da Instalações e Equipamentos da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG.* 14 de fevereiro de 2003. A dor com 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. DGS, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa: Autor.

Direcção-Geral de Saúde. (2006). *Actualização do programa nacional de prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares.* Lisboa: Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Circular Normativa nº 03/DSPCS.* 06 de fevereiro de 2006. Atualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. DGS, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Circular Informativa nº 15/DSPCS.* 07 de abril de 2006. Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais. DGS, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Circular Normativa nº 47/SEAS/2006.* 28 de dezembro de 2006. Normas para a elaboração das escalas-tipo dos serviços de urgência. DGS, Lisboa, Portugal.

Direcção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional da Saúde 2011-2016: Sistemas de Informação em Saúde Online.* Lisboa: Autor.

- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO*. 06 de janeiro de 2010. Criação e implementação da via verde de sépsis (VVS). DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO*. 31 de março de 2010. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD*. 14 de junho de 2010. Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO*. 22 de junho de 2010. Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI). DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 008/2011*. 28 de março de 2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 029/2012*. 29 de dezembro de 2012. Precauções básicas do controlo da infecção (PBCI). DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 024/2013*. 23 de dezembro de 2013. Prevenção da infeção do local cirúrgico. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 013/2014*. 25 de agosto de 2014. Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 015/2014*. 25 de setembro de 2014. Sistema nacional de notificações de incidentes. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 020/2014*. 30 de dezembro de 2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 002/2015*. 06 de março de 2015. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 014/2015*. 06 de agosto de 2015. Medicamentos de alerta máximo. DGS, Lisboa, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 019/2015*. 15 de dezembro de 2015. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 020/2015*. 15 de dezembro de 2015. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 021/2015*. 16 de dezembro de 2015. “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 022/2015*. 16 de dezembro de 2015. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Orientação n.º 001/2016*. 15 de janeiro de 2016. Doença por vírus Zika. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Norma n.º 010/2016*. 30 de setembro de 2016. Via verde sépsis do adulto. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017*. 08 de fevereiro de 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS, Lisboa, Portugal.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2017) *Estatísticas da saúde da região autónoma da madeira 2015. Em Foco*. Consultado a 10 de janeiro de 2016. Disponível em <http://estatistica.gov-madeira.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-emfoco-gb/finish/312-saude-em-foco/6725-em-foco-2015.html>.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2017). *Causas de morte de 2014*. Funchal: Autor. Consultado a 29 de novembro de 2016. Disponível em <http://estatistica.gov-madeira.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-01-45/saude-noticias-pt/801-29-01-2016-a-drem-divulga-hoje-a-publicacao-estatisticas-da-saude-de-regiao-autonoma-da-madeira-2014-com-a-disponibilizacao-do-ultimo-capitulo-relativo-as-causas-de-morte-de-2015.html>.
- Directiva n.º 2011/24/UE de 09 de Março. (2011). *Jornal Oficial da União Europeia*, n.º 88. Parlamento Europeu. União Europeia.

- Doenges, M. E., Moorhouse, M.F. & Murr, A. (2010). *Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). Enfermagem em bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Coord.). *Bloco operatório: elementos físicos e estruturais* (pp. 11-17). Lisboa: Lidel.
- Ely, E., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J., Wheeler, A., Gordon, S., ...& Gordon, B. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the richmond agitation-sedation scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983- 2991. Consultado a 14 de abril de 2016. Disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196696>.
- Esquinas, A. M. (2011). *Princípios da ventilação mecânica não invasiva: do hospital ao domicílio*. S.l.: Gasin Médica.
- Estilista, J. (2015). Analgesia, sedação e delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds). *Manual de medicina intensiva* (pp.61-69). Lisboa: Lidel.
- European Operating Room Nurses Association. (2009). *Framework for perioperative nurse competencies* Bélgica: EORNA Educational Committee. Consultado a 16 de janeiro de 2016. Disponível em http://www.eorna.eu/EORNA-Framework-for-Perioperative-Nurse-Competencies_a359.html
- European Operating Room Nurses Association. (2012). *Common core curriculum for perioperative nursing*. Bélgica: EORNA Educational Committee. Consultado a 10 de janeiro 2016. Disponível em http://www.eorna.eu/EORNA-Common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-second-edition-2012_a380.html
- Faria, A., Santos, A., Ferreira, A., Leão, A., Melo, A.M., Gomes, A. ...Vargas, S. (2015). *Fármacos e procedimentos em anestesiologia. Notas, conselhos, esquemas posológicos*. Porto: Serviço de Anestesiologia do Hospital de São João.
- Faro, A.C.M. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 128-133. Consultado a 26 de setembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>.
- Fazio, J. (2011). A prática de enfermagem de urgência. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp.

9-18). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing, 6th ed., 2010, New York: Mosby).

Fernandes, C., & Miranda, F. (2003). *Portfólio - Uma Escola de Competências*. Porto: Porto Editora, LDA.

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita, A., Campello, D., Dias, C. & Granja, C. (2008). Sala de emergência: análise e avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (7-8), 889-902.

Ferreira, M.M. (2015). *Autonomia profissional: só um indivíduo autónomo terá sucesso!*. Espanha: Bubok Editorial.

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da Enfermagem Perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Coord.). *Bloco Operatório: Elementos Físicos e Estruturais* (pp. 03-09). Lisboa: Edição Lidel.

Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2011). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, (5), 183-196. Consultado a 31 de dezembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.

Freitas, P & Gomes, S. (2015). Transporte do doente crítico. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds). *Manual de medicina intensiva* (pp.529-535). Lisboa: Lidel.

Fried-Oken, M., Howard, J. M., & Stewart, S. R. (1991). Feedback on AAC intervention from Adults who are temporarily unable to speak. *AAC Augmentative and Alternative Communication*, 7, 43-49.

Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinios clínicos em enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.

Gabriel, L., Carvalho, M., Espada, A., & Bacala, L. (2004). Recomendações para prevenção da infecção do local cirúrgico. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Grimm, J.W. (2010). Effective leadership:making the difference. *Journal of Emergency Nursing*, 36(1), 74-77, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2008.07.012>
- Grupo Português de Triage (2002). *Triage no serviço de urgência: manual do formando* (2ªed.). Portugal: Autor.
- Guerreiro, A.M. (2012). Stressores no pré-operatório em neurocirurgia. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Consultada em RCAAP.
- Guimarães, S., Moura, D., Silva, P., (2006). *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas*. (5ª ed). Lisboa: Porto Editora.
- Hall, C. (2007). Infection prevention in intravascular therapy. In C. Perry (Ed.), *Infection prevention and control* (pp.154-176). Oxford: Blackwell Publishing.
- Hassmiller, S. B. (2011). Bioterrorismo e gestão de catástrofes. In M. Stanhope & J. Lancaster. *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na População* (pp.473-498). Loures: Lusodidacta.
- Henriques, M. C. A., & Almeida, J.P. (2005). *Manual de prevenção de infeções nosocomiais*. Viseu: Associação de Paulo Jorge F. R. Abreu.
- Hinkle, J. & Cheever, K. (2016). Brunner e Suddarth: *tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (D. B. P. de Campos, M. R. Ilde, P. L. Voeux, S. W. V. E. Roberto, Trad.) (13ª ed.) (Vol 1) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (tradução do original Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing, 13th ed., 2014, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins).
- Iseron, K. V. & Moskop J. C. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Annals Emergency Medicine*, 49 (3), 275-281.
- Jardim, S. (2015). *Normas Orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
- Jesus, E. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Josso, M.C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educação-Formação.

- Layon, A., Gabrielli, A. & Friedman, W. (2014). *Textbook of neurointensive care*. Londres: Springer.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. Porto: Asa Editores.
- Lei nº 27/2002 de 08 de Novembro. (2002). *Diário da Republica, nº258, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 27/2006 de 03 de Julho. (2006). *Diário da Republica, nº 126, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 33/2009 de 14 de Julho. (2009). *Diário da Republica, nº 134, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. (2009). *Diário da Republica, nº180, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 4/2016 de 29 de Fevereiro. (2016). *Diário da Republica, nº41, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Leite, V.B.E., & Faro, A.C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96. Consultado a 26 de setembro de 2016. Doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012
- Lock, S. E. (2011). Prática baseada na evidência. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde*
- Machado, P. B. & Nunes, R. (2007) Diagnóstico da Qualidade dos Serviços Públicos de Saúde In R. Nunes & C. Brandão (Coord.). *Humanização da saúde* (pp.150-162). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Maia, R., Oliveira, M., Pereira, G., Estrada, J., Sagarrabay, A. & Matos, M. (2011). O Doente neurocirúrgico na unidade de cuidados intensivos pediátricos. In *27º Congresso da Sociedade Portuguesa Neurocirurgia*, 19 a 21 de Maio de 2011. Figueira da Foz.
- Marques, P. (2004). *Ensaio sobre os estágios de enfermagem em contexto hospitalar, preocupações prévias dos estudantes*. Porto: Editor Paulo Marques.

- Marquis, B.L.; Huston, C.J. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Mateus, D. & Serra, S. (2017). *Gestão em saúde: liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores*. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, A.P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsidio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electronica Educare*, 20(1),1-23. Consultado a 23 de setembro de 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros – a excelência do cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Miller, C. & Torbey, M. (2015). *Neurocritical Care Monitoring*. New York: Demos Medical Publishing.
- Ministério da Saúde. (2001). *Glossário de Conceitos para a Produção de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2000). *Manual de procedimentos básicos em microbiologia clínica para o controle de infecção hospitalar*. Brasília: Autor.
- Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, M.J., & Trigo, C. (2003). Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Neighbors, M., (2010). Cuidados de emergência. In: Monahan, F. D; Sands, J. k.; Neighbors, M.; Marek, J. M.; Gree, C. J. *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica- Perspetivas de Saúde e Doença*, 8ª Ed, Volume I (pp.181-196) Loures: Lusodidacta
- Neves, A. P. (2015). Identidade e formação de estudantes de enfermagem em contexto de cuidados domiciliários. In *III Encontro de Boas Práticas de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*, Auditório Louise Mable da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, 12 de novembro de 2015. Porto.
- Nikolaus, N., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. & Cariou, A. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015 section 8: initial management of acute coronary syndromes. *Resuscitation*, 95, 264-277, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>.

- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, R. & Brandão, C. (2007). *Humanização da saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Occupational Safety and Health Administration. (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. United States Department of Labor. Consultado a 10 setembro de 2016 Disponível em <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>.
- Oliveira, E. (2011). *Ansiedade pré Operatória*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- Oliveira, A. (2014). *Intervenção nas práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites em pessoas portadoras de cateteres venosos periféricos: um estudo de investigação-ação*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa). Consultada em RCAAP.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de Casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 26 (Supl.), (1-24).
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009. Cirurgia segura salva vidas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Desenvolvimento profissional: individualização das especialidades em enfermagem: fundamentos e proposta de sistema*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Regulamento para o exercício da profissão enfermagem*. Lisboa: Autor.

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Seguro de Acidentes Pessoais contra agressões no local de trabalho*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Ordem-dosEnfermeiros-assegura Seguro-de-Acidentes-Pessoais-contra-agressoes-no-localde-trabalho.asp](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Ordem-dosEnfermeiros-assegura-Seguro-de-Acidentes-Pessoais-contra-agressoes-no-localde-trabalho.asp)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *2º Encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Autor.
- Ordem do Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*, Lisboa: Autor
- Ordem do Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 3-8). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing, 6th ed., 2010, New York: Mosby).
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*, 19(4), 182-190.
- Pearson, M. & Craig, J. V. (2003). Prática baseada na evidência em enfermagem. In Craig, J. & Smyth, R.(eds.). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Penedo, J.M., Ribeiro, A.A, Lopes, H.A., Pimentel, J.M., Pedrosa, J.A., Sá, R.A.,...Moreno, R.P. (2015). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Pereira, J., Silva, P. S., Polónia, P. Ferraz, M. L., Gouveia, M., ... Vaz, R. (2011). Correção cirúrgica de craniossinostoses e manuseamento anestésico: revisão de 13 casos. In 27º Congresso da Sociedade Portuguesa Neurocirurgia, 19 a 21 de Maio de 2011, Figueira da Foz.

- Pereira, M.A. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (1), 33-37.
- Pereira, M.A. (2014). *Análise do custo-efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto). Consultado em Repositório Universidade do Porto.
- Pereira, M.S., Souza, A.C.S., Tipple, A.F.V. & Prado, M.A. (2005). Infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(2), 250-257.
- Ponce, P. (2015). Aspectos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes (Eds), *Manual de medicina intensiva* (pp.536-544). Lisboa: Lidel.
- Ponce, P. & Mendes, J.J. (2015). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Portaria nº194/20014 de 30 Setembro. (2014). *Diário da Republica, nº 188, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, P. J. P. (2015). El conocimiento de los enfermeros expertos y racionalidad práctico-reflexiva. *Investigacion Y Educacion en Enfermeria*, 33(1), 83-91.
- Radtke, J.V., Baumann, B.M., Garrett, K.L., Happ, M.B. (2011). Listening to the voiceless patient: case reports in assisted communication in the intensive care unit. *Journal of palliative medicine*, 14(6), 791-795. Consultado a 20 de novembro de 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107580/>.
- Ratton, J. L. (2005). *Emergências médicas e terapia intensiva*. Brasil: Guanabara Koogan.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República, nº 35, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República, nº 35, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Regulamento nº 168/2011 de 08 de Março. (2011). *Diário da República, nº 47, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 188/2015 de 22 de Abril. (2015). *Diário da República, nº 78, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Robinson, K S. (2011). Preparação para emergências. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 203-214). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing, 6th ed., 2010, New York: Mosby).
- Robinson, K. S., Jagim, M. M. & Ray, C. E. (2005). Nursing workforce issues and trends affecting emergency departments. *Nursing Management*, 36(9), 46-53. Consultado a 02 agosto de 2016. Disponível em [:https://www.ena.org/practiceresearch/Documents/StaffingGuideline/Robinson_2005.pdf](https://www.ena.org/practiceresearch/Documents/StaffingGuideline/Robinson_2005.pdf)
- Rosário, E. M. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. (Tese de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa).
- Royal College of Speech & Language Therapists. (2002). *Speech and Language Therapy in Adult Critical Care*. London: Autor. Consultado a 20 dezembro de 2016. Disponível. em https://www.rcslt.org/members/publications/publications2/criticalcare_positionpaper_060114
- Roux, P. L., Menon, D., Citerio, G., Vespa, P., Bader, M., Brophy, G., . . . Videtta, W. (2014). Consensus Summary Statment of the International Multidisciplinary Consensus. In *Conference on Multimodality Monitoring in Neurocritical Care*, Springer.
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clinico*. Loures: Lusociência.
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In M. Mestrinho & M. Sampaio. *Ensino de enfermagem: processo e percursos de formação* (pp.39-48). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, M.C., & Bernardes, A. (2010). Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 359-66.

- Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. Consultado a 10 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/6comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Santos, M. T., HegeleL., V., Hoffmann, T. D., Chiarani, F. & Hennigen, F.W. (2013). Instrumento para avaliação da compatibilidade em y na administração Intravenosa de medicamentos em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde São Paulo*, 4(3), 34-37. Consultado 10 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040307000467BR.pdf>
- Santos, P.A.F. (2008). *Da prevenção à gestão do risco. o caso da ponte 25 de abril*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- Saraiva, A. M. P. (2007). A Suspensão de Tratamentos em Cuidados Intensivos e seus Fundamentos Éticos. In R. Nunes & C. Brandão (Coord.). *Humanização da Saúde*. (pp.230-236) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S., & Costa N.M. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23.
- Silva, A. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos – Vivências da família*. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo).
- Silva, V. L. S., & Camelo, S. H. H. (2013). A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21 (4), 533-539. Consultado a 6 de dezembro de 2016. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10031/7817>.
- Silva, P.A., Cerejo, A., Vilarinho, A., Dias, C., & Vaz, R. (2011). Monitorização intraoperatória da oxigenação cerebral em cirurgia de aneurismas. In *27º Congresso da Sociedade Portuguesa Neurocirurgia*, Sociedade Portuguesa Neurocirurgia, 19 a 21 de Maio de 2011, Figueira da Foz.

- Silva, J.M., Cerejo, A., Duarte, F., Silveira, F. Vaz., R. (2011). Monitorização intraoperatória em schwannomas vestibulares. In *27º Congresso da Sociedade Portuguesa Neurocirurgia*, Sociedade Portuguesa Neurocirurgia, 19 a 21 de Maio de 2011, Figueira da Foz.
- Sizemore, J. T., (2014). *Augmentative and alternative communication in the intensive care unit*. (Theses for the degree of Master of Arts in Education, Eastern Kentucky University, Richmond, Kentucky). Consultada em 10 de setembro de 2016. Disponível em <http://encompass.eku.edu/etd>.
- Sharon E.L. (2011). Prática baseada na evidência. In M. Stanhope & J. Lancaster. *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na População* (pp.290-301). Loures: Lusodidacta.
- Smith-Blair, N. (2010) Cuidados Críticos. In F. D., Monahan,; J. k., Sands, M. Neighbors, J. M.,Marek, C. J. Gree, (Eds). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica- Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed), Volume I, (pp.195-207) Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Portugal: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos (CELOM).
- Society for Critical Care Medicine . (2008). *Fundamental Critical Care Support*. EUA: SCCM.
- Sousa,D. (s.d). Competências e saberes em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 20 de dezembro de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%A2ncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Steinman, R. A. (2011). Avaliação do doente. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 89- 79). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing, 6th ed., 2010, New York: Mosby).

- Tetzchner S.V. (2001). *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Porto: Porto Editora.
- Tetzchner, S. V., & Martinsem, H. (2002). *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*: Porto: Porto Editora.
- Tappen, R.M. (2005). *Planeamento e avaliação de um projeto. Em liderança e administração em enfermagem*. Camarate: Lusociência.
- Tavares, J. (1998). Construção do conhecimento e aprendizagem. In A. Leandro & Tavares, s. (Ed), *Conhecer, aprender, avaliar* (pp. 13-28). Porto: Porto Editora.
- Teixeira, M.J. (2006). Dor e depressão. *Revista Neurociências*, 14(2), 44-53.
- Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M. E. (2008). Prática de enfermagem em cuidados Intensivos. In Thelan's, *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnósticos e intervenção* (5ª ed,) (pp. 03-09). Tradução Loures: Lusoditacta.
- Urden, L.D., Stacy, K.M., & Lough, M.E. (2014). *Critical care nursing - Diagnosis and management*. Canada: Elsevier.
- Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem: análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Verão, P. (2013). *Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: Avaliação do papel das equipas de bombeiros*. (Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Consultado a 20 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1503>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. uma teoria de enfermagem*. Loures: Editora Lusociência.
- Wijdicks, E., Menon, D., & Smith, M. (2015). Ten things you need to know to practice neurologicalcritical care. *Intensive Care Medicine*, 43, 318-321. Consultado a 29 de novembro de 2016. DOI 10.1007/s00134-014-3544-9
- Wilson-Stronks, A.,& Blackstone, S. W. (2013). Perspectives on Augmentative and Alternative Communication. 22, 69-78.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing. A policy Framework*. Spain: Autor

World Health Organization. (2017). *Checklist helps reduce surgical complications, deaths: Surgical adverse events reduced by one third in trials in eight countries*. Copenhaga: Autor
Consultado em 10 setembro de 2016. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/en/index.html.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris: Liaisons.

Para mais informação consultar:

<http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php/download-no3/multitematicasgb/mutitematicas-anuario-gb/in-focus/finish/859-anuario-em-foco/4947-em-foco-2014>.

<http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php/download-now/multitematicaspt/mutitematicas-anuario-pt/em-foco>.

<http://estatistica.gov-madeira.pt/download-now-3/social-gb/saude-gb/2015-11-11-16-36-24/saude-emfoco-gb/finish/312-saude-em-foco/6725-em-foco-2015.html>.

<http://estatistica.gov-madeira.pt/download-now/social/saude-pt/2015-11-11-15-01-45/saude-noticias-pt/801-29-01-2016-a-drem-divulga-hoje-a-publicacao-estatisticas-da-saude-de-regiao-autonoma-da-madeira-2014-com-a-disponibilizacao-do-ultimo-capitulo-relativo-as-causas-de-morte-de-2015.html>.

<http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/618>.

<http://www.aped-dor.org/>

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>.

<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>.

<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>.

