

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

**Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em
situação crítica: da urgência ao perioperatório**

Isilda Maria de Aguiar Matos

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

**Funchal,
2019**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

**Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em
situação crítica: da urgência ao perioperatório**

Isilda Maria de Aguiar Matos

Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt

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

Funchal,

2019

“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi um conjugar de curiosidade com o desejo de aprender e de me afirmar na minha profissão, cujo campo de atuação é tão vasto e preciso. Toda a conquista, aprendizagem e competência adquirida não seria possível sem a sabedoria, companheirismo e complacência de algumas pessoas que contribuíram para que a construção deste caminho fosse mais aprazível e às quais quero deixar o meu agradecimento.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Merícia Bettencourt por toda a orientação, apoio, sabedoria e conhecimento transmitido.

Agradeço aos tutores dos diferentes contextos de estágio, Enf.^a Raquel Costa, Enf.^a Carolina Paulo e Enf.^a Laura Zefrino, pela orientação e ensinamentos.

Agradeço ao meu companheiro Nelson e ao meu filho Bernardo por todo o apoio, carinho, amor, compreensão e disponibilidade prestados ao longo de todo o caminho para chegar até aqui.

À minha mãe e ao meu pai por tudo o que representaram e que representam para a minha vida, obrigada por serem parte significativa daquilo que sou hoje.

A toda a minha família pela força transmitida.

Aos meus colegas futuros especialistas Luís e Joana por todos os momentos.

Às minhas amigas Cláudia, Tatiana, Carla e Filomena pelos momentos de trabalho, distração e companheirismo.

A todos os que contribuíram para que a construção da minha especialidade fosse um processo mais feliz.

RESUMO

Perante as transformações sentidas na sociedade e considerando toda a evolução no âmbito da saúde, importa, enquanto profissional neste setor, investir na formação de forma a dar respostas qualificadas e competentes que contribuam para afirmar a competência da profissão de enfermagem.

A segurança dos clientes assumiu grande relevância nos últimos anos. O processo de melhorar a segurança dos clientes é complexo e desafiante (Galvão, 2009). Enquanto enfermeira perioperatória entende-se a importância da segurança na prestação de cuidados de enfermagem, especialmente à pessoa em situação crítica. O cuidar da pessoa em situação crítica requer perícia, pelo que é esperado que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica seja detentor de um conjunto de competências específicas que lhe permita prestar um cuidado diferenciado, humanizado, contínuo e de qualidade, visando o pleno bem-estar do cliente.

É nesta premissa que assenta o objetivo do relatório em epígrafe, orientado para a descrição e análise reflexiva do percurso realizado e da aquisição de competências comuns e específicas na área de especialidade e do mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Tal descrição é relatada através das experiências vivenciadas nos três ensinamentos clínicos, Cuidado Intensivos, Serviço de Urgência e Bloco Operatório.

Todo este processo culminou na mobilização de saberes especializados que servirão de orientação para uma prática consciente, ética, profissional e de qualidade, através de comportamentos exigidos a uma prática segura. A complexidade inerente aos contextos clínicos requer, cada vez mais, uma prática especializada que assente nas competências preconizadas para o enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras chave: cuidar; segurança; qualidade; enfermeiro especialista; competências; enfermagem médico-cirúrgica.

ABSTRACT

In view of the transformations felt in society and considering all developments in health, it is important, as a professional in this sector, to invest in training in order to provide qualified and competent answers that contribute to affirm the competence of the nursing profession.

Customer safety has become very important in recent years. The process of improving customer safety is complex and challenging (Galvão, 2009). As a perioperative nurse, the importance of safety in the delivery of nursing care is understood, especially to the person in critical situation. The care of the person in critical situation requires expertise, it is expected that the nurse specialist in Medical-Surgical nursing holds a set of specific skills that allow him to provide a differentiated, humanized, continuous and quality care, aiming at full well-being of the customer.

It is on this premise that the objective of the above-mentioned report is based on the description and reflexive analysis of the course carried out and the acquisition of common and specific competences in the area of specialty mentioned.

Such description is reported through the experiences experienced in the three clinical teaching, intensive care, urgency service and operative room.

All this process was completed in the mobilization of specialized knowledge that will served as a guide to a conscious practice, ethical, professional and quality,through behaviors requierd to a safe practice.

The complexity inherent in clinical contexts requires, increasingly, a specialized practice based on the skills recommended for the nurse specialist and master in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: caring; safety; quality; nurse specialist; skills; medical-surgical nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

ACT – Activated Clothing Time

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APA – American Psychological Association

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e de Liderança

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavior Pain Scale

CCI – Comissões de Controlo de Infeção

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CEU – Council of the European Union

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

CISD – Classificação Internacional para a Segurança do Doente

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO – Oxigenação por Membrana Extra Corporal

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

HNM – Hospital Dr. Nélío Mendonça

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MRMI – Medical Response to Major Incidents

MRSA – Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus

MSU – Manual do Serviço de Urgência

NAS – Nursing Activities Score

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM&SPCI – Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos
RAM – Região Autónoma da Madeira
RASS – Richmond Agitation Sedation Scale
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
STM – Sistema de Triagem de Manchester
SU – Serviço de Urgência
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
UNAIBODE – União Nacional de Enfermeiros do Bloco Operatório com Diploma do Estado
VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA	17
1.1. Segurança dos cuidados	19
CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	32
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	40
2.1.3. Gestão de cuidados.....	47
2.1.4. Aprendizagens profissionais	55
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	58
2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	59
2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação.....	87
2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica.....	90
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

INTRODUÇÃO

O mundo como o conhecemos hoje, evoluído, em constante mudança, dotado de tecnologias e acessibilidade rápida à informação permitiu o desenvolvimento da capacidade interventiva e decisiva nos processos de transição saúde/doença por parte dos cidadãos.

Dada toda a evolução sentida quer na sociedade, no mundo, quer na profissão de enfermagem, surgiu o desejo e necessidade de acompanhar tal evolução e caminhar para a especialidade. A construção de tal caminho representa o principal contexto de desenvolvimento de competências traduzindo-se em mudanças, experiências, aquisição de conhecimentos, evolução e afirmação enquanto especialista.

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2016-2018, lecionado na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny (ESESJC), tem como objetivo relatar o desenvolvimento de competências comuns e especializadas em enfermagem na prestação de cuidados com segurança à pessoa em situação crítica e servir como fundamento para a prestação de provas públicas, essencial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O curso de mestrado preconiza aulas teóricas e um período de estágio composto por três ensinamentos clínicos. As aulas foram fundamentais na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências que permitiram interligar a teoria e a prática clínica e assim, assegurar uma prestação de cuidados de enfermagem com segurança e qualidade à pessoa em situação crítica.

No que concerne ao estágio, o plano de estudos determina a realização do mesmo em locais e contextos distintos, sendo dois obrigatórios e um opcional. Assim, realizou-se os estágios em contextos de Cuidados Intensivos e Urgência, com carácter obrigatório, e em Perioperatório com carácter opcional. O ensino clínico I - Cuidados Intensivos, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, durante os meses de abril e maio de 2017. O ensino clínico II – Urgência, decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça em junho e julho. Este foi complementado com a realização de 3 turnos na Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR). O ensino clínico III - Opção, realizou-se no serviço de Bloco Operatório (BO) de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho (CHVNGE). Este ensino clínico decorreu em outubro de 2017.

O mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica está orientado para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. A Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, através do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, preconiza que a atuação do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica visa cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação e maximizar a 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.

Atendendo ao mesmo regulamento 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.” Considera-se que a pessoa em situação crítica constitui um verdadeiro desafio na prestação de cuidados de enfermagem, quer em ambiente de urgência, cuidados intensivos e perioperatório, pois é aquela que mais exige da equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é complexa e exige um pensamento reflexivo e uma formação profunda, atualizada, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber. Uma prestação de cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, assim como, uma maior eficácia, eficiência e efetividade é uma obrigatoriedade (Magalhães, 2017).

Em saúde preconiza-se a existência de uma prática de cuidados de qualidade, assim é imperativo a criação de práticas seguras e de qualidade com ênfase na promoção da segurança do cliente e do profissional que presta os cuidados. Oliveira (2009, p.11), refere que “a qualidade e a segurança na prestação de cuidados se assumiram como o principal e fundamental desafio das organizações prestadoras de cuidados neste século.”

Amado (2014) salienta que em todas as definições de qualidade em saúde, a questão da segurança do cliente está presente.

O Enfermeiro Especialista, deve atuar como um profissional “que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (OE, 2007, p. 16). Deverá assim, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 4º., possuir competências científicas, técnicas e humanas de forma a prestar, a par dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados dentro da área de especialidade.

Desenvolver competências especializadas requer investimento, dedicação e proatividade. Adotou-se desde início uma postura crítica e reflexiva, tentou-se estabelecer pontes de ligação entre a teoria e a prática de forma a alcançar uma aprendizagem pertinente e fundamentada. A competência não é estática, é antes um processo adaptativo e progressivamente evolutivo na aplicação dos saberes teóricos às diversidades e às adversidades do quotidiano (Bento, 2017). Mendonça (2009) defende que “a competência aparece ligada a comportamentos que condicionam a ação, dizendo da sua eficácia e/ou eficiência.

Os enfermeiros porque são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto dos clientes, devem estar na linha da frente no que diz respeito às questões de segurança, devendo assim possuir dados para poder rever, modificar ou acolher novas práticas para melhorar os seus cuidados.

A centralização da assistência de enfermagem no cliente, implica a necessidade de criação de uma cultura de melhoria dos cuidados prestados com a finalidade de garantir a sua segurança. A OE (2006) enfatiza que controlar o risco na prática de cuidados promove uma prestação de cuidados de qualidade e isso corresponde a realizar plenamente a sua obrigação para com a sociedade.

A pertinência e a atualidade deste tema e o facto de desenvolver a prática profissional em contexto perioperatório, tão sujeito à ocorrência de eventos adversos, ditou a escolha para o desenvolvimento deste relatório na área da segurança do cliente, pois só com estudo e reflexão se poderão alcançar práticas seguras.

No relatório em epígrafe pretende-se dar uma visão dos conceitos aprendidos através de uma síntese e reflexão do caminho percorrido, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Salienta-se ainda a aquisição dos conhecimentos, habilidades e competências necessárias para assegurar uma prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica, segundo uma análise e descrição reflexiva das aprendizagens nas áreas de intervenção de enfermagem nos cuidados especializados e as suas implicações éticas e sociais nas ações desenvolvidas, especificamente no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica

Esta síntese constitui uma mais valia em termos de futuro, pois sistematiza todo o processo desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste relatório evidencia-se a particularidade do doente do foro cardíaco que constitui a pessoa em situação crítica em toda a sua abrangência desde o Serviço de Urgência, Cuidados Intensivos até ao Perioperatório.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. Um primeiro capítulo dedicado à conceptualização teórica sobre a segurança dos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de competências constitui o segundo capítulo deste relatório, onde serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio que contribuirão para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. A análise sobre as competências do especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica serão analisadas, de igual forma, ao longo do segundo capítulo.

Utilizou-se uma metodologia descritiva e analítica através da reflexão das atividades realizadas baseadas em evidência científica.

Em relação à orientação da estruturação do trabalho, seguiu-se o documento da ESESJC intitulado de “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”, sendo que as citações e referências bibliográficas regem-se pelas Normas da *American Psychological Association* (APA).

A elaboração deste relatório não pretende esgotar o tema em si, mas sim contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Pois, é através da constante atualização de conhecimentos e competências que se integram padrões de qualidade na prática dos cuidados em enfermagem.

CAPÍTULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1. Segurança dos cuidados

Os estudos são ricos no que respeita à importância e valor do cuidar na sobrevivência das espécies, na promoção e preservação da vida. Parafraseando Collière (2000), o campo de competência da enfermagem baseia-se, principalmente, em todos os cuidados de manutenção de vida, alicerçados em tudo o que permite a alguém continuar a viver. O cuidar é o pilar da vida, desde a sua geração à sua manutenção e finitude (Smith & Parker, 2010).

Prestar cuidados, receber cuidados é essencial à vida, os cuidados são identificáveis na vida pessoal desde a nascença até depois da morte (Soares, 2012).

Watson (2002), referia que o cuidar é a essência da profissão de enfermagem, cujo ato em si só pode ser demonstrado de uma forma interpessoal, uma vez que acarreta o encontro de duas pessoas com as suas vivências e experiências. O cuidar tem um poder, o de nutrir tanto a pessoa que cuida, como a pessoa cuidada, é algo único e diferente, é sentido quando está presente e contribui tanto para o bem-estar do cliente como o do próprio enfermeiro já referiam Kèrouac, et al. em 1996.

O mundo, em constante evolução, impere a necessidade de adaptação constante do ser humano. Tal evolução, desde há algumas décadas, repercutiu de igual forma na necessidade da evolução da enfermagem, que ao longo dos séculos evoluiu, mudou paradigmas e se afirmou enquanto profissão, no sentido de dar respostas atempadas e eficazes às exigências da sociedade e de prestar cuidados de excelência que primassem pela melhoria das condições de vida das pessoas (Machado, 2013).

Este cenário despoletou o crescimento da enfermagem como profissão, assumindo, assim, um papel ímpar na vida das pessoas ao longo de todo o seu ciclo vital, contribuindo para a prevenção da doença e para a promoção da saúde e qualidade de vida. A população alvo dos cuidados de saúde exige cuidados de saúde que assegurem a satisfação e segurança das suas necessidades resultando em cuidados de qualidade. Este enquadramento fomentou o “Direito a cuidados de excelência” (Machado, 2013).

Cheever e Hinkle (2016) referem que perante as alterações sentidas com a evolução e necessidade de adaptação, os profissionais de enfermagem foram conduzidos a desenvolver técnicas e recursos para alcançar um conhecimento aprofundado e necessário para o desenvolvimento de competências interdisciplinares, de forma a garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Para alcançar a excelência dos cuidados, a prática do

profissional de enfermagem deve basear-se na evidência científica, na melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança desses mesmos cuidados.

A saúde é dos setores que, dadas as suas especificidades, mais depende de recursos humanos qualificados. Os cuidados de saúde continuam a ser maioritariamente assegurados por profissionais, contrastando com outros setores cuja evolução tecnológica, através de máquinas e equipamentos modernos, substituiu uma parte considerável do trabalho outrora realizado por humanos (Lopes, Gomes, & Lobo, 2018).

Neste sentido, quaisquer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento em capital humano. Tal implica dotar os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde (Lopes, Gomes, & Lobo, 2018).

Ao primar sempre pela excelência no exercício profissional, o enfermeiro enaltece o bem-estar dos clientes e suplementa as atividades de vida relativamente às quais estes são dependentes (OE, 2002).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Dec. Lei nº161/96, de 4 de setembro (4º artigo alínea 4) os cuidados de enfermagem contemplam “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”

Atendendo a este pressuposto, as intervenções de enfermagem quando realizadas em ambiente seguro são consideradas intervenções com qualidade traduzindo-se em cuidados de enfermagem de excelência.

A OE (2006) considera, no que concerne à tomada de posição sobre cuidados seguros, que todas as intervenções de enfermagem junto de um cliente, envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. A identificação dos fatores que podem acarretar erros é primordial para a prevenção dos mesmos.

Todo o processo que visa melhorar a segurança do cliente na prevenção de danos é muito complexo e pode constituir um grande desafio. O pilar do cuidado de enfermagem é baseado no princípio da segurança do cliente. Assim, o trabalho do enfermeiro, especificamente, no período perioperatório é dinâmico e exige o planeamento e implementação constante de intervenções que proporcionam a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico com vista à segurança do cliente (Galvão,

2009). O enfermeiro perioperatório deve cuidar da pessoa nas três fases da sua experiência, no pré, no intra e no pós-operatório (Rebello, 2013).

A enfermagem perioperatória, segundo a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que o enfermeiro utiliza no cuidado ao cliente no BO, segundo um processo planeado que lhe permite atender às necessidades do cliente de forma segura e eficaz. O desenvolvimento de saberes como o saber, o saber fazer e o saber estar da especificidade perioperatória e a aquisição de competências nas diferentes funções são cruciais para o enfermeiro prestar cuidados de qualidade ao cliente, num ambiente seguro (Rebello, 2013).

O bem-estar do cliente deve ser preocupação e objetivo principal dos profissionais que prestam cuidados ao cliente cirúrgico. Este pode experienciar riscos de várias naturezas o que requer por parte do enfermeiro perioperatório o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos específicos. Assim, o cliente cirúrgico pode estar sujeito a riscos de ordem psicológica, física, biológica, química e tóxica, e física ambiental (Christóforo & Carvalho, 2009). De forma a prevenir tais riscos e a reduzir as taxas de complicações e de mortalidade durante a prestação de cuidados perioperatórios, em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) aderiu, em 2010, ao programa estabelecido pela Aliança Mundial para Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde, e identificou uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) (DGS, 2010). A LVSC encontra-se dividida em três partes, a primeira corresponde ao antes da indução anestésica (*sign in*); a segunda corresponde ao antes da incisão cirúrgica (*time out*) e a terceira ao antes do cliente sair da sala de operações (*sign out*) (DGS, 2010).

Importa salientar que a aplicação da lista supracitada permite medir o impacto dos procedimentos cirúrgicos, melhora a segurança cirúrgica, evita complicações e mortes, sem quaisquer custos adicionais (DGS, 2010).

Nos últimos anos, a segurança dos utentes assumiu grande relevância junto das autoridades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), resultando na preocupação e necessidade de adotar medidas simples e universais que pudessem ser aplicadas de forma fácil independentemente dos recursos materiais de cada instituição.

Os tipos específicos de especialidades em enfermagem dependem e são determinados, pelos recursos e necessidades de cada instituição (Urden, Stacy & Lough, 2013). O sistema institucional e os recursos existentes numa instituição determinam quais os papéis que podem ser necessários desenvolver pelo enfermeiro e de que forma tais papéis funcionam (Urden, Stacy & Lough, 2013).

A OMS (2004) definiu segurança do cliente como a inexistência de danos evitáveis durante todo o processo de cuidados de saúde. Enfatiza que, nos dez anos anteriores, a segurança terá sido cada vez mais reconhecida como uma questão de importância global (Amado, 2014).

Em 2004, a OMS cria a *World Alliance for Patient Safety*, como resultado da contínua e crescente preocupação com as questões de segurança do cliente, reconhecendo a ocorrência de eventos adversos como um problema de saúde pública e uma ameaça à qualidade dos cuidados prestados. O seu objetivo prende-se com o desenvolvimento de políticas e práticas para a segurança do cliente em todo o mundo, mobilizando esforços globais de modo a garantir segurança e cuidados de saúde de qualidade. Assim, a OMS definiu seis áreas consideradas prioritárias: a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde; o envolvimento dos clientes; o desenvolvimento de uma taxonomia para a segurança dos clientes; o estímulo à investigação nesta área; a implementação de soluções para reduzir o risco e a necessidade de reportar e aprender com os erros cometidos.

Por sua vez a DGS (2011a, p.14), entende segurança como sendo

a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, para um mínimo aceitável. (...) um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva tendo em conta o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (Amado, 2014).

A segurança do cliente é um dos principais aspetos da qualidade dos cuidados prestados em saúde. Esta é da responsabilidade de todos os envolvidos na sua melhoria e obtenção.

A DGS emitiu, em junho de 2010, a circular normativa n.º 16/2010, que determinou a implementação do programa Cirurgia Segura, Salva Vidas, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, em todos os Blocos Operatórios (Rebelo, 2013).

A definição de boas práticas baseadas na evidência científica é determinante na segurança do cliente, assim, a OMS (2009) através de campanhas de prevenção como a de prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a de higienização das mãos “ Medidas simples Salvam Vidas”, a implementação do projeto “ Cirurgia Segura, Salva vidas”, a criação de Sistemas de Relatos de Incidentes para partilhar e aprender com os erros, e ainda o envolvimento do doente na sua segurança pretendeu alcançar uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (Amado, 2014).

A Direção-Geral da Saúde (2016), com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), evidencia a segurança como uma das principais dimensões da qualidade e a gestão

do risco como um instrumento para a sua garantia. Não obstante, menciona que a existência de segurança na prática dos cuidados, depende de um leque de fatores: recursos e construções adequadas; utilização de materiais, equipamentos e medicamentos de alta qualidade; estabelecimento de normas de orientação clínica; uma clara distribuição de tarefas e responsabilidades; sistemas de informação adequados; comunicação eficaz, com a criação de boas condições de trabalho (organização, redução do stresse, serviços de saúde ocupacional) e a motivação profissional (Amado, 2014).

Em relação às IACS o Plano Nacional para a Segurança dos clientes 2015-2020, através do despacho n.º 1400- A/2015 afirma que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis, sendo que pretende atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8% até 2020. De acordo com estudos realizados nos Estados Membros da União Europeia, estima-se que, em 8 a 12% dos doentes admitidos no hospital, ocorram Eventos Adversos (EA) durante a prestação dos cuidados, dos quais, uma grande proporção é de possível prevenção (*Council of the European Union [CEU], 2009*).

Eventos Adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde e que resultam em dano para o cliente, podendo ser de ordem física, social e psicológica, o que inclui doença, lesão, incapacidade ou até morte (CEU, 2009).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia (2009), reforça os mecanismos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. Tem como objetivo a diminuição de ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no Sistema Nacional de Saúde para benefício dos clientes e dos profissionais (CEU, 2019).

De acordo com o despacho supracitado, é importante referir que a qualidade na saúde não se limita apenas à segurança, “assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. (...) na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.” (2015, p. 3882).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, permite através de princípios orientadores, dar uma resposta eficaz na gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

Este plano diz respeito à melhoria contínua da qualidade na vertente de segurança do cliente que visa uma articulação de responsabilidades a nível da governação, da

coordenação, e da prática operacional da prestação de cuidados. Pretende-se assim, que através da cultura da segurança, partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Este plano remete-nos para a importância da evidência científica e da atualização das práticas, cujo objetivo é a obtenção de resultados, na elevação dos padrões de segurança e de cuidados de excelência, traduzindo-se em ganhos em saúde (Casimiro, 2015).

Assim, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, tem como objetivos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos clientes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação; análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Casimiro, 2015). Do mesmo modo, a OE (2006) referenciava que o desenvolvimento de uma cultura de segurança envolve um conjunto de medidas, como o recrutamento, a integração e fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, medidas de segurança ambiental e gestão do risco aliado a um corpo de conhecimentos científicos focados na segurança do cliente e nas infraestruturas necessárias para a garantir. A gestão do risco engloba o controlo da infeção hospitalar, a prática clínica segura, a segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguros.

Com o propósito de conferir os dados de segurança do cliente entre organizações nacionais e internacionais, a OMS (2009), criou uma linguagem universal com a definição de 48 conceitos, publicando a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD). Dos 48 conceitos fazem parte: o incidente de segurança do doente - um evento ou circunstância que pode resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente; o erro - falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano e o risco - a probabilidade de ocorrência de um incidente (DGS, 2011).

A OMS maximizou a segurança dos utentes traduzindo-a como tema central. Tal levou os profissionais de enfermagem a pensar em pressupostos simples e não apenas em tecnologia. A importância dada à segurança do cliente, a perspicácia e necessidade com que o tema é abordado pelas unidades prestadoras de cuidados revelam como a segurança é uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade e excelência. Qualidade e

segurança em saúde andam, assim de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos (Fragata, 2009).

Lucília Nunes, Presidente do Conselho Jurisdicional da OE, afirma que desde há muito tempo que os enfermeiros se preocupam com as questões da qualidade, mas que, só mais recentemente começaram a valorizá-la, numa lógica de segurança e que esta deve ser encarada como uma componente crítica da qualidade (Rebelo, 2013).

A OE (2002) com a definição dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, enumera as seis categorias de padrões de qualidade que o enfermeiro, na procura permanente da excelência, deve atender: a satisfação dos clientes; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado dos clientes; a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Tais categorias possibilitam o desenvolvimento de modelos de avaliação dos cuidados de enfermagem, que se traduzem em indicadores de qualidade.

Em Portugal não existem ainda estudos bastantes que possam estimar o nível de risco a que um cliente está sujeito ao entrar numa unidade de saúde. Avaliar esse risco e as situações que podem causar dano deve ser uma prioridade para se poder garantir a segurança do cliente (Amado, 2014).

A segurança, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, ganhou grande importância, quer para os clientes e seus familiares, que desejam sentir-se seguros e confiantes, quer para os profissionais que querem prestar cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na máxima evidência científica atual e disponível (Rebelo, 2013).

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O capítulo em epígrafe descreve o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo dos três ensinamentos clínicos: I- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; II – Serviço de Urgência e III - BO de Cirurgia Cardiorádica. Pretende descrever as atividades, estratégias e reflexões desenvolvidas ao longo do percurso formativo, que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas, definidas nos Regulamentos de Competências de Cuidados Especializados da OE.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica para além de conferir ao Enfermeiro o grau de Mestre, permite a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que evidencia níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas (Ribeiro, 2012). Este nível de formação permitirá ao Enfermeiro prestar cuidados especializados, na área específica de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal como preconiza o Regulamento nº 122/2011.

Pode-se entender competência como sendo

um termo polissémico, sem um significado único, pelo que apresenta três proposições que se completam entre si: tomada de iniciativa e responsabilidade do profissional nas situações que se confrontam, a inteligência prática apoiada nos conhecimentos adquiridos, a fim de serem transformados à medida que essas situações aumentam, e ainda, a faculdade de mobilização e partilha de desafios, a fim de assumir áreas de responsabilidades. (Bomfim, 2012, p. 48).

No âmbito da Enfermagem, Santo (1999, p. 54) definiu “competências como características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao Enfermeiro exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em constante e rápida mudança.” Pode dizer-se que o Enfermeiro é um profissional dotado de competências, demonstrando qualidade em tudo o que realiza (Marinho, 2017).

O Enfermeiro Especialista encontra-se dotado das competências necessárias para solucionar problemas de saúde complexos, intervindo de acordo com os princípios inerentes a uma boa prática em Enfermagem, atuando no melhor interesse e benefício dos clientes e cidadãos, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efetivos, seguros e de qualidade. Importa validar conhecimentos para uma tomada de decisão que culmine na intervenção mais adequada e com o mais alto nível de evidência científica face a cada situação específica na arte de cuidar (Schmit et al., citado por Pedrolo et al., 2009).

A grande complexidade da prática de enfermagem exige que o enfermeiro exerça a sua profissão com base em conhecimentos de ordem científica e tecnológica, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar dos cidadãos, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo para isso manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos (Artigo 76.º e Artigo 88.º Estatuto da OE [EOE]), de modo a garantir a qualidade dos cuidados e possibilitar o cumprimento dos direitos dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade (Vieira, 2009).

O enfermeiro especialista deverá ser portador de um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades (Martins, Kobayashi, Ayoub, Leite, 2006). Assim, especialista é, de acordo com o Regulamento nº 122/2011, o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que evidencia níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Toda a aprendizagem e todo processo de assimilação de conhecimentos, aptidões e atitudes inerentes ao processo de cuidados de enfermagem foi pautado pela aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que comportam e integram as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Fez-se a descrição do desenvolvimento das competências comuns nos seus domínios e posteriormente o desenvolvimento das competências específicas. A descrição das competências comuns foi desenvolvida à priori por serem competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, sendo por isso inerentes a uma prática especializada e necessárias ao desenvolvimento de competências específicas.

As competências propostas pelos Descritores de Dublin, para o 2º ciclo de Formação (Conhecimento e capacidade de compreensão; Aplicação de conhecimento e compreensão; Realização de julgamento/tomada de decisões; Comunicação e competências de autoaprendizagem), reguladas através do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 15º, republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, necessário à atribuição do grau de mestre, foram desenvolvidas em harmonia com as competências de Enfermeiro Especialista.

Os diversos ensinamentos clínicos permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, indo de encontro ao preconizado pelo colégio da especialidade.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Ter competência, segundo Boterf (1997), é “assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas, buscando lidar com eventos inéditos, surpreendentes, de natureza singular” (Boterf, 1997, p. 267). A competência de um profissional é identificada na forma como este consegue disponibilizar e mobilizar conhecimentos, recursos e competências tendo como objetivo orientar de forma eficaz um conjunto de situações profissionais (Boterf, 2000). Segundo o mesmo autor, competência não se limita a soma de saberes, de saber-fazer e de saber ser, contempla, pois, duas vertentes inseparáveis, a individual e a coletiva. Assim, o profissional para além de mobilizar os seus próprios recursos deve saber interagir com os outros de forma correta e eficaz (Boterf, 2000).

A aquisição de competências comuns, isto é, o conjunto das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista resulta do aprofundamento dos domínios do enfermeiro de cuidados gerais, partilhadas por todos os especialistas (OE, 2011). A OE através do regulamento 122/2011, determina que o enfermeiro especialista deve desempenhar todas as competências inerentes aos enfermeiros de cuidados gerais, acrescidas de outras que lhe garantem o reconhecimento e diferenciação, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer, e ao saber-ser, na sua competência de enfermeiro de cuidados gerais.

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, segundo o Regulamento nº 122/2011. Assim, todo o enfermeiro especialista, na diversidade de especialidades que contempla a profissão de enfermagem, partilha quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio das Aprendizagens Profissionais.

Apesar de se designarem "comuns", estas competências são de aplicação específica em cada especialidade. Como tal, abordá-las nesta ou naquela especialidade, fará diferença nos contornos da sua realização, considerando as características da respetiva *praxis* clínica.

O profissional dotado destas competências deve promover a educação dos clientes, a orientação, aconselhamento, liderança, e a responsabilidade de descodificar, disseminar e

levar a cabo investigação relevante, permitindo o avanço e a melhoria dos cuidados especializados de enfermagem prestados (OE, 2011).

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica. Cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência, que representam uma realização concreta. Por sua vez, cada uma destas unidades de competência contempla vários critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional, e que devem ser entendidos como evidência do mesmo (OE, 2011).

Atendendo às competências do enfermeiro especialista, a OE (2011) refere que este enfermeiro perante a complexidade das situações e as respostas necessárias e imediatas mobiliza saberes e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

As competências apelam à integração de saberes de diferentes naturezas não podendo reduzir-se apenas à sua competência científica. É crucial ser-se igualmente competente do ponto de vista pedagógico e pessoal (Alarcão & Tavares, 2010, p. 166).

Segundo Benner (2001), a experiência é essencial para se obter conhecimento. É através da prática clínica nos diversos contextos que se obtém conhecimento e se desenvolve competências que permitem uma prestação de cuidados de qualidade.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do enfermeiro especialista, inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Nunes, 2014). O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Diário da República, 2019).

Assim, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta na tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura no que diz respeito a dignidade humana.

O enfermeiro está inserido numa equipa multidisciplinar, onde executa intervenções interdependentes e intervenções autónomas. A diferença entre as duas situa-se no profissional que prescreve. Perante uma intervenção interdependente o enfermeiro responsabiliza-se e trabalha em equipa tendo como objetivo o bem-estar do cliente. Nas intervenções autónomas o enfermeiro é o responsável pela prescrição e implementação técnica da intervenção. Em relação às intervenções autónomas, o REPE no artigo nº 9 do decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro refere que são “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (REPE, 1996).

As intervenções de enfermagem devem ser realizadas, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) artigo nº 99 da lei nº 156/2015 de 16 de setembro, “com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.” (CDE, 2015).

Segundo o postulado no artigo n.º 100 da lei referida anteriormente, o enfermeiro tem a obrigação de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.” (CDE, 2015).

A ética decorre de uma ação reflexiva sobre o comportamento humano. Segundo as conceções apresentadas por Abbagnano (1998), a ética é a ciência da conduta, constitui-se como estudo de acordo com a sua natureza. O mesmo autor refere-se ainda à ética como o estudo dos “motivos” ou “causas” da conduta humana ou das “forças” que a determinam pretendendo ater-se ao conhecimento dos fatos” (Abbagnano, 1998, p.380).

A ética profissional regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, considerando sempre a dignidade humana, os direitos dos clientes, o respeito necessário e a demonstração de competências para o exercício do serviço que presta, tendo em conta o bem-estar das pessoas e do coletivo, no contexto onde pratica a sua profissão.

De salientar que na própria palavra competência há um sentido de pessoalidade, um âmbito e uma capacidade. Assim, importa pensar-se em que se é competente, importa ter capacidade de mobilizar o que se sabe para realizar o que se pretende, competência implica buscar, desejar ou projetar junto com os outros. Tal como a competência prescreve, agir de forma profissional e ética implica um cuidado ético (Nunes, 2014).

Prestar cuidados éticos requer competência ética, uma vez que a responsabilidade e o respeito pelo outro estão na base de cuidados seguros e adequados, ao mesmo tempo que tratar de pessoas requer perícia, sensibilidade e competência, requisitos estes que devem estar presentes em todo o cuidado prestado. É crucial atender às fragilidades de cada pessoa como ser único e singular.

Nós somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito (Aristóteles, s.d.). É primordial agir virtuosamente, tornar a competência, a excelência dos cuidados num hábito de quem presta cuidados, de quem cuida e privilegia a segurança e a qualidade desses cuidados.

Lopes (2004, p.123) explica a “perspetiva de um ambiente ético em que o enfermeiro manifesta comportamentos de cuidar, tais como o respeito e a igualdade para todos, confirmando o compromisso para uma prática ética”. O enfermeiro tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente mais humano tornando-o favorável à interação enfermeiro-pessoa-família/pessoa significativa. É esperado uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, havendo partilha de informações e sentimentos, numa perspetiva humana dos cuidados de enfermagem (Luís, 2014).

Tratar do outro requer cuidados de natureza ética, tendo em conta o princípio do respeito pela autonomia da pessoa como exemplo, pode-se salientar o cuidado pela pessoa quando esta tem diminuída a sua liberdade, a sua consciência ou capacidade para pedir ajuda, quando a sua autonomia pode estar reduzida e não lhe permite comunicar com os outros. Nestes casos importa assumir o papel de provedor de cuidados, apelando sempre ao que é mais favorável ao cliente e ajustado a um cuidado adequado (Nunes, 2014).

No exercício profissional de enfermagem, na construção da especialidade, no contato com novas e diferentes situações sentiu-se necessária a constante aquisição de novos conhecimentos que possibilitassem o desenvolvimento de aptidões e competências capazes de dar respostas adequadas às necessidades das pessoas alvo de cuidados.

São vários os problemas que podem surgir ao longo da prática clínica, problemas estes, muitas vezes, de difícil resolução. Tal implica, por parte do enfermeiro especialista, uma atenção e análise prudente aquando da tomada de decisão. O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem. No início do caminho para a especialidade este processo assume um cariz mais formal e requer uma pesquisa e recolha de informação preliminar (Luís, 2014).

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a

identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

A deontologia e a ética profissional são determinantes na profissão de enfermagem na medida em que conduzem a ação dos seus membros. Como orientadores de conduta contribuem para a formação dos profissionais instituindo um modo de agir muito semelhante entre o grupo profissional. Estes princípios, éticos e deontológicos, foram sendo aprimorados e interiorizados ao longo da construção do caminho para a especialidade. Consciencializou-se acerca da importância de primar sempre pelo Ser Humano, procurando que todos os cuidados prestados respeitassem princípios básicos como a autonomia, a justiça e beneficência, numa prática que primasse pela dignidade da vida humana.

Os cuidados de enfermagem devem ser cada vez mais humanizados, de salientar que o Código Deontológico dedica um artigo, n.º 102, aos valores humanos o qual define que o enfermeiro, no seu exercício, deve

cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, da pessoa idosa e da pessoa com deficiência”; bem como abster-se de “juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”; tem por fim, a obrigação de “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (Barbosa, 2010).

A tomada de decisão deve comportar um conjunto de conhecimentos alargados e atualizados, implicando respostas adequadas e fornecidas através de uma panóplia de opções baseadas na evidência empírica (Nunes, 2006; Oliveira, 2007).

Assim, segundo a OE (2001), é na tomada de decisão que o enfermeiro direciona o exercício profissional autónomo, o que envolve uma abordagem sistémica e sistemática. Segundo o REPE no artigo nº 8 do decreto-lei nº161/96, de 4 de setembro, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deveram optar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (REPE, 1996).

Neste âmbito, no ensino clínico III – BO, na admissão do cliente ao BO, ao realizar o acolhimento do cliente, verificou-se vários itens, entre eles a existência de proposta cirúrgica e o consentimento informado (cirúrgico e anestésico) assinado.

No caso de se verificar que o consentimento informado não está assinado, o cliente não entra na sala operatória, o que vai de encontro à norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da DGS atualizada a 04/11/2015, onde diz que

consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor. Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento devem ser acompanhados de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde. A informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. (...) A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade, e não pode acarretar qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais (DGS, 2015).

Neste caso em particular, verificou-se que o cliente em questão não assinou o consentimento informado para a cirurgia, assinando apenas o consentimento para a anestesia. O nome do cliente não constava ainda no sistema informático da sala operatória. Tal implicou o incumprimento de dois pontos do protocolo do serviço. Segundo o mesmo e uma vez que não se encontravam reunidas as condições para a admissão do cliente no BO o cliente deveria ser transferido para o serviço de origem até que o consentimento estivesse assinado e constasse no sistema informático do bloco. Contudo, aguardou-se e contactou-se o cirurgião de forma a informar sobre o sucedido. Este pediu que o cliente permanecesse no bloco até a sua chegada. Desta forma evitou-se o desconforto do cliente, prevalecendo o cuidado pela pessoa.

Em contexto de Urgência, ainda no âmbito do consentimento informado, constatou-se que um cliente que ia ser submetido a uma intervenção cirúrgica e que aguardava subir para o BO não tinha o consentimento informado assinado. Prevaleceu a responsabilidade de verificar se haviam sido realizados os procedimentos necessários para admissão do cliente no BO, com respeito pela pessoa do mesmo. Consolidou-se aspetos sobre a responsabilidade ética do enfermeiro ao enfatizar a importância do respeito pela pessoa. Procurou-se dialogar com os colegas sobre o sucedido, alertando para a necessidade de efetuar a *check-list* pré-operatória.

Perante o cuidar o enfermeiro atua de forma holística, atendendo aos sentimentos, ao pudor e interioridade inerentes a pessoa indo de encontro ao disposto no código deontológico da OE, ao que se refere ao respeito pela intimidade, o enfermeiro respeita e protege a intimidade da pessoa, “salvaguarda sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (CDE, 2015).

Neste sentido, ainda em contexto de Urgência, procurou-se atuar sempre com respeito pela intimidade do cliente, salvaguardando a sua intimidade. Tal, não constituiu uma tarefa fácil devido à elevada afluência de clientes a este serviço e também às condições estruturais do serviço que são condicionantes importantes neste campo de ação.

Neste serviço houve a preocupação de criar barreiras de proteção para realizar os cuidados de forma a preservar a intimidade das pessoas alvo de cuidados. Neste contexto, assegurar a privacidade e a confidencialidade de um cliente é um desafio que requer pensamento e exercício estratégicos. As áreas de tratamento e triagem são espaços abertos, o diálogo entre o cliente e o enfermeiro pode ser facilmente percebido por outrem, desde a segurança, funcionários ou outros clientes e acompanhantes. Todas estas características fazem do serviço de urgência um local extremamente difícil para garantir o direito à privacidade do cliente que deve ser tratado com respeito e dignidade. Apostou-se numa comunicação com tom de voz mais baixo aquando do tratamento aos clientes, fechou-se as cortinas, quando existentes, de forma a assegurar a intimidade de cada um. Fomentou-se, assim, o respeito pelo direito do cliente à privacidade e pela confidencialidade e segurança da informação.

Em contexto de Cuidados Intensivos, esta competência esteve patente pois o ambiente é mais controlado, a unidade possui condições estruturais (possui biombo que servem de barreira física para proteger a privacidade de cada um) que permitem atender à privacidade do cliente, a afluência de clientes é controlada e as visitas de familiares estão condicionadas a horas previamente estabelecidas. O facto de ter informação sobre a entrada de familiares na unidade, por exemplo, permite acolher e preparar o familiar para o estado do doente que se encontra num ambiente com características específicas onde prevalece a tecnologia e um ambiente muito mecanizado e como tal aparentemente pouco humanizado. Sendo um ambiente mais controlado, a unidade de cuidados intensivos, permite salvaguardar a intimidade e privacidade dos clientes.

Relativamente ao BO, houve um grande cuidado e preocupação em preservar a intimidade e integridade do cliente. Neste contexto, apesar de ser necessário expor uma grande área corporal para que a intervenção cirúrgica seja possível, houve o cuidado de salvaguardar a restante área corporal, cobrindo, de forma a evitar a exposição corporal e manter a normoterapia.

Neste contexto, condicionado pela estrutura física do serviço, constatou-se que o acolhimento do cliente ao serviço é realizado na entrada do BO, o que pode comprometer a privacidade deste. Apesar das condições a nível da estrutura física, os enfermeiros, nesta unidade, promovem e asseguram a privacidade do cliente através de estratégias que passam por realizar o acolhimento de um cliente de cada vez, atendendo a transmissão de informação e zelando para que não estejam presentes assistentes operacionais ou outros técnicos.

Assegurar a privacidade do cliente é um dever do enfermeiro e um direito do cliente, preconizado pela carta dos direitos dos utentes.

Procurou-se atuar sempre de forma a evitar situações supérfluas para os clientes, primando por tomadas de decisões éticas que correspondessem às preferências dos mesmos. Tal nem sempre foi fácil, tentou-se consolidar e cumprir os pressupostos do código deontológico do enfermeiro, consultando-o sempre que as dúvidas surgiam. O contato permanente com a tutoria, a apresentação e discussão de dúvidas, opiniões e questões com a equipa multidisciplinar foram uma mais-valia para uma prática fundamentada e regida por princípios éticos que permitissem tomadas de decisão acertadas.

A existência de várias especialidades de enfermagem dentro do mesmo serviço permite e promove a partilha de saberes entre pares. Tal representou uma mais-valia no sentido de prestar cuidados de qualidade ao cliente.

Em contexto de UCIP, foi necessário realizar uma extubação orotraqueal a um cliente que se encontrava em desmame ventilatório. O médico intensivista solicitou que fosse o enfermeiro a realizar este procedimento. Apesar de se possuir conhecimento acerca desta prática, não é habitual realizá-la. Assim, achou-se pertinente recorrer a um colega mais habilitado para a função determinada. Pediu-se a colaboração do enfermeiro especialista em reabilitação para assistir e orientar na extubação. Assim, o apoio do colega mostrou-se essencial para o desenvolvimento e afirmação de competências na área da extubação. Além deste apoio o colega especialista em reabilitação contribuiu para uma melhor interpretação de gasometrias arteriais.

Ser parte integrante de uma equipa multidisciplinar representou um grande benefício aquando do desenvolvimento de aptidões e competências. Um profissional qualificado não deve ser um fim em si só, é imperativo que, independente do grau ou estatuto que qualifica um profissional, haja um investimento contínuo acompanhado de consciencialização acerca do que se é, do que se faz e do que se sabe. Ser especialista representa ser dinâmico, consciente e humilde, onde a tomada de decisão deve ter sempre um suporte científico e ético.

Em contexto de SU presenciou-se uma situação que exigiu uma reunião da equipa multidisciplinar no sentido de se tomar uma decisão ética e legal. Um cliente internado nos cuidados especiais a realizar ventilação não invasiva e com alterações de consciência foi abordado pelo filho, numa das visitas, para assinar uns documentos bancários. Dada a instabilidade do cliente que apresentava momentos de lucidez organizados e momentos de ausência, surgiram dilemas éticos em relação ao discernimento do cliente para assinar tais

papéis. Este demonstrou insatisfação com a situação referindo que: “o meu filho quer que eu assine, mas não o vou fazer”, “o que ele quer é apenas o dinheiro”. Perante tal cenário, entendeu-se pertinente e adequado submeter o ocorrido à comissão de ética e ao gabinete jurídico da instituição, de forma a salvaguardar os direitos do cliente e melhor clarificar, em termos legais, a atitude do filho.

Os direitos das pessoas e as responsabilidades da profissão são as fontes dos deveres do Código Deontológico, sendo o respeito pelos direitos humanos outro dos princípios orientadores da atividade profissional (Nunes, 2014).

Durante os ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas atividades com vista a respeitar estes princípios éticos, a promover a privacidade do cliente, a respeitar as suas preferências, a garantir a informação à pessoa e família, a manter a confidencialidade e a segurança da informação.

No que diz respeito ao dever de informar, Jesus e Sousa (2011) apontam que o enfermeiro é o profissional que mais informação produz, processa e utiliza, sendo ainda o que mais conhecimento e proximidade tem dos clientes, famílias e/ou comunidades.

Já Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem como profissão, enfatizou a importância dos registos de enfermagem como meio de assegurar a continuidade dos cuidados (Jesus & Sousa, 2011).

Na prática houve a preocupação de informar a pessoa de todos os procedimentos e técnicas a serem executadas, pois o consentimento informado não deve ser uma imposição nem o resultado de uma decisão precipitada. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento, no seu artigo 5.º estabelece como regra geral que

qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos. (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, p.27).

Importa salientar que transmitir informação é transmitir dados sobre algo e que mais importante que transmitir é ser compreendido, ou seja, é imperativo que a informação possa ser transformada em significado para o cliente.

É crucial que o enfermeiro atue sempre dentro dos pressupostos técnicos e científicos intrínsecos à profissão, procurou-se intervir de acordo com os princípios éticos que asseguram a confidencialidade e que regem a profissão de enfermagem o que se revelou um pilar essencial para o desenvolvimento da prática clínica e aquisição de competências neste domínio.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é um direito de todos os cidadãos. Prestar cuidados de qualidade representa, nos dias de hoje, um grande desafio. Para dar resposta a este desafio, o enfermeiro, enquanto provedor de cuidados, enquanto “gente que cuida de gente”, deve investir na sua educação e formação, estando sempre ciente que práticas de qualidade requerem constante reflexão, atualização empírica e humanização (Magalhães, 2017).

O domínio da melhoria contínua da qualidade assenta em três competências, assim, o enfermeiro especialista, garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro (Diário da República, 2019).

O surgimento da enfermagem enquanto profissão independente levou a que, na tentativa de melhorar as condições de vida das pessoas, se investisse não só na melhoria dos cuidados, como também na relação de proximidade entre o enfermeiro, o cuidador, e a pessoa alvo de cuidados. Assim, apela-se, hoje a uma abordagem humana sobre o cuidar, sendo esta necessária para a prática da enfermagem de hoje e no futuro (Watson, 2002). Falar em cuidados de saúde de qualidade pressupõe um respeito humano pela unidade funcional do ser humano.

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da OE, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade. Estes permitirão refletir a melhoria que se pretende atingir dos cuidados de enfermagem a fornecer às pessoas alvo dos cuidados e proporcionam um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

De acordo com a OE (2002), não só os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados estão envolvidos. As organizações onde estes exercem funções devem satisfazer as necessidades dos enfermeiros, favorecendo desta forma o seu esforço em prol da qualidade. Para tal tem de adequar os recursos e criar as estruturas necessárias a um exercício profissional com qualidade. Não obstante, tal não pode ser um fim em si mesmo, uma vez

que sem um ambiente favorável à implementação e consolidação dos projetos de qualidade, corre-se o risco de estes entrarem em conflito com a rotina em lugar de se tornarem parte desta (Luís, 2014).

O enfermeiro especialista deve assumir a responsabilidade de aproximar o seu exercício e o seu desempenho aos padrões de excelência definidos, contribuindo para o crescimento e reconhecimento da sua profissão, assim como, para a satisfação das pessoas alvo de cuidados (*Joint Commission International*, 2014). A qualidade e a segurança dos cuidados devem, assim, estar fundamentadas no trabalho diário de cada profissional.

A Direção-Geral da Saúde (2016) no Plano Nacional de Saúde define qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga, total adesão e satisfação do cidadão. Apostar na qualidade é apostar num caminho que vai originar uma melhoria contínua no sistema de saúde, com ganhos a todos os níveis e para todos, nomeadamente nos utilizadores, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e no próprio sistema de saúde (Fernandes, 2012).

O *Institute of Medicine* publicou em 2001 um documento que contempla uma das definições mais amplas e conhecidas. Assim, o documento criou e operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os clientes sejam lesados pelos cuidados que têm com o objetivo ajudá-los (segurança/*safety*); evitar o uso insuficiente como excessivo dos cuidados de saúde (efetividade/*effectiveness*); implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa (centralidade no doente/*patient centeredness*); intervir junto dos clientes na altura certa (oportunidade/*timeliness*); evitar o desperdício (eficiência/*efficiency*) e proporcionar uma qualidade invariável (equidade/*Equitability*) (Laje & Sousa, 2013).

A OE (2001) descreve que os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência, ou seja, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, tendo em conta, os princípios humanistas, e tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que contribuiu para elevados níveis de satisfação dos clientes.

Neste sentido o enfermeiro deve agir de acordo com as normas em vigor, possuir conhecimentos e habilidades necessárias ao seu desempenho profissional, atendendo à particularidade de cada pessoa alvo de cuidados.

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE (2001), menciona que “no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de

implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.” (p.12).

É crucial assumir-se um compromisso no sentido de garantir a qualidade no serviço onde se presta cuidados. Uma abordagem sistémica e sistemática deverá ser o pilar que sustenta a tomada de decisão do enfermeiro que desenvolve com autonomia a prática profissional (OE, 2001).

A qualidade da prática de uma profissão deve ser valorizada e garantida. É importante apostar numa atuação de qualidade repleta de competências e técnicas necessárias. Na enfermagem, garantir uma atuação de qualidade ao cliente contribui para a afirmação da profissão assim como para a consciencialização do valor do trabalho da enfermagem nos mais diversos contextos.

Estabeleceu-se ao longo dos ensinamentos clínicos momentos de reflexão de forma a identificar, no âmbito da qualidade, práticas de qualidade e outras, que pudessem colocar em causa a segurança dos clientes e a continuidade dos seus cuidados. De salientar a existência, nos ensinamentos clínicos, de protocolos de atuação bem definidos, atualizados e baseados em evidência científica que sustentam a prestação de cuidados. Em contexto de UCIP, um serviço acreditado pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)* pela DGS em 2017, existem vários protocolos terapêuticos. É de suma importância ter conhecimento dos protocolos do serviço com entendimento profundo e atualizando e respeito pela complexidade dos mesmos. Ao gerir e administrar os protocolos do serviço, o enfermeiro contribui de forma significativa para a qualidade do serviço onde presta cuidados. Teve-se atenção à existência dos protocolos estipulados na UCIP, por exemplo, da monitorização da glicemia e administração de insulina actrapide, da administração de noradrenalina, da administração antibiótica com vancomicina em perfusão contínua, da monitorização do potássio sérico, entre outros, consultando-os e colocando-os em prática sempre que necessário.

Mezomo (2001) defende que a melhoria dos cuidados deve reger-se pelo compromisso com a atualização e inovação de serviços e profissionais, adequados à missão da instituição onde prestam cuidados. Tentou-se atuar sempre de acordo com as necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar, valorizando uma pesquisa científica contínua que permitisse assegurar a qualidade dos cuidados.

É de suma importância investir na formação, pois tal contribui de forma significativa para o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os envolvidos. Ribeiro (2012) afirma que a formação é um processo contínuo que acompanha uma pessoa ao longo

da vida, e consequentemente permite a aquisição de competências necessárias para o exercício de uma profissão. O autor afirma ainda que há a necessidade de aprimorar tais competências e reciclar conhecimentos que permitam o acompanhamento da evolução tecnológica e científica, cruciais para garantir uma competência permanente (Ribeiro, 2012).

Em saúde, particularmente em enfermagem, a formação adquire um papel fundamental, contribuindo eficazmente para a mudança e melhoria no desempenho, para o desenvolvimento de competências, enaltece a prática profissional, conduzindo à satisfação, autorrealização e valorização pessoal e profissional dos enfermeiros (Colliére, 2000).

Entende-se a importância da formação para o desenvolvimento e afirmação de competências. Neste âmbito e de forma a dar resposta ao desenvolvimento de competências na área da formação participou-se no curso pós-graduação: *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) atualizando assim conhecimentos e afirmando competências dinamizadoras nesta área de atuação. Assistiu-se a uma formação sobre “Prevenção, diagnóstico e tratamento de infeção do local cirúrgico”, afirmando e atualizando conhecimentos desta área de suma importância para a qualidade no serviço.

Realizou-se um artigo sobre a visita pré-operatória, em contexto de aula na unidade curricular de investigação, onde foi realizada uma revisão sistemática da literatura acerca do impacto da visita pré-operatória na diminuição do nível de ansiedade do cliente. A visita pré-operatória proporciona o bem-estar ao cliente, promove a visibilidade dos cuidados de enfermagem e complementa o planeamento das intervenções de forma contínua e individualizada (Oliveira, 2014).

Uma vez que o período perioperatório é gerador de ansiedade, achou-se pertinente abordar este tema pois sendo o bloco de cirurgia Cardiorácica do CHVNG um contexto dito de “última linha” sentiu-se um certo descurar neste âmbito. Tal artigo permitiu a consciencialização para a importância de implementar na prática, em contexto de BO, a visita pré-operatória por esta contribuir para a diminuição do nível de ansiedade do cliente adulto submetido à cirurgia. Com isto, pretendeu-se ser um estímulo à implementação recorrente desta prática, dados os benefícios que esta acarreta, enaltecendo a melhoria contínua da qualidade e valorização da profissão.

A informação faz com que, hoje mais do que nunca, as populações estejam mais conscientes sobre os seus direitos e como tal com mais e maiores expectativas sobre a qualidade dos cuidados que lhes são prestados.

De acordo com o Regulamento nº 122/2011, reconhecer a melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, implica avaliar a

qualidade e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua. Assim, é de suma importância refletir sobre as práticas realizadas, assumindo aqui a autoavaliação um papel crucial para a qualidade do serviço de um profissional.

O enfermeiro, enquanto profissional que intervém num domínio tão importante da vida humana, a saúde, pode contribuir para a compreensão dos fenómenos inerentes aos indivíduos. Na prática profissional manteve-se uma postura ativa no que concerne ao desenvolvimento de estratégias de intervenção com o intuito de promover sempre o bem-estar do cliente. Desta forma e através de pesquisa procurou-se intervir de acordo com os achados mais recentes e com evidência científica. Revelou-se uma mais-valia apostar sempre na investigação e interação constante com a equipa multidisciplinar. Defende-se que a partilha de experiências é uma importante estratégia para aprimorar conhecimentos e reestruturar alguns pontos para intervenções futuras. O enfermeiro deve avaliar o seu desempenho, questionar atitudes e intervenções e determinar quais os aspetos a melhorar.

É importante destacar que a autoavaliação deve fazer sempre parte do trabalho do enfermeiro, por este desempenhar uma profissão com tantas implicações no bem-estar dos clientes. Os atos profissionais refletem-se no sucesso da intervenção e na forma como a sociedade em geral vê o trabalho do enfermeiro, neste sentido melhor não deve ser algo esporádico, mas algo que faz parte do dia-a-dia profissional.

A OE refere que

a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros.” (2001, p.12).

Na mesma ordem de ideias, Craig e Pearson (2004) apologizam que tais guias orientadores podem garantir uma prática segura, melhorar a consistência dos cuidados nos diferentes contextos, aumentar a probabilidade da prestação adequada, produzir paridade de conhecimento entre os profissionais, e proporcionar mais informação ao cliente, acerca do que deve esperar dos cuidados de saúde (Magalhães, 2017).

A necessidade de desenvolver métodos de avaliação da qualidade que sejam objetivos, tem levado a que as organizações construam instrumentos de mensuração quantitativa de fácil interpretação e adequados a processos dinâmicos. Este facto apoia a necessidade de construção de indicadores, bem caracterizados, que se tornem elementos básicos para a avaliação da qualidade em saúde.

Segundo o PNS (2012), indicadores de qualidade são instrumentos de medida que fornecem direta ou indiretamente informações relevantes sobre os vários atributos e

dimensões da saúde, bem como os fatores que a determinam. É uma medida usada como guia para monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, permitindo identificar resultados dentro de uma organização de saúde, possibilitando desta forma a sua melhoria.

Os indicadores ajudam à identificação de áreas da organização que necessitam de aperfeiçoamento no desempenho e facilitam a implementação de medidas que levam à melhoria da qualidade dos cuidados. A qualidade é avaliada pelas pessoas que intervêm no processo, incluindo o cliente, os profissionais e as instituições.

É de suma importância implementar protocolos que avaliem o desempenho dos profissionais, auditorias e autoavaliação, numa perspetiva construtiva da qualidade. Uma vez criados é essencial monitorizar ou avaliar a implementação das suas atividades, e o impacto dessas.

Em contexto de UCIP, acompanhou-se a enfermeira tutora, elo de ligação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), aquando da observação da higienização das mãos.

As auditorias e o feedback de todos os agentes envolvidos (clientes, famílias, equipa multidisciplinar) revelaram-se estratégias benéficas, específicas e eficazes, para o crescimento profissional dos auditados e auditores, uma vez que permitiu identificar as áreas carecidas de melhoria e o desenvolvimento de estratégias que colmatassem as lacunas identificadas. Consolidou-se competências de melhoria contínua avaliando práticas (através de auditorias) e identificando estratégias de correção e mudança na prática.

Em contexto de SU verificou-se que espaços diminuídos para uma grande afluência de clientes pode comprometer a qualidade deste serviço e consequentemente a segurança dos cuidados, pois aumenta a possibilidade de erros ou a ocorrência de eventos adversos. A sobrelotação de clientes implica muitas vezes o incumprimento das normas de segurança, nomeadamente no que diz respeito à distância mínima entre as camas, que quando desrespeitada pode contribuir para o aumento das taxas de infeção.

O enfermeiro especialista desempenha um papel determinante no âmbito da prevenção e controlo de infeção da instituição onde presta cuidados, como detentor de competências especializadas deverá cumprir algumas normas que, de acordo com a DGS (2015), são cruciais para diminuir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Assim, importa atender à distribuição e alocação de clientes, à higiene das mãos, bem como, à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória, e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, são medidas essenciais e

recomendáveis para uma melhoria dos cuidados de saúde (DGS, 2015). Apesar de detentor de tais normas e conhecimentos, muitas vezes, limitado pelas condicionantes do próprio serviço, o enfermeiro especialista tem de recorrer a várias estratégias para colmatar as lacunas sentidas.

Fernandes e Queirós (2011) defendem que a excelência do exercício profissional nunca é accidental, exige sim um compromisso e dedicação do enfermeiro, associados ao esforço e ao compromisso das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Os autores salientam que o contributo do enfermeiro se quer cada vez maior, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro e a satisfação do cliente, para o equilíbrio e efetividade dos cuidados (Fernandes & Queirós, 2011).

A qualidade da prática profissional é algo que nunca deve ser descurado, é fundamental garantir ao cliente e a todos os elementos envolvidos, uma atuação de qualidade e com as competências técnicas e interpessoais necessárias. Esta qualidade contribui para a afirmação dos enfermeiros e consciencialização da importância do trabalho da enfermagem nos mais diversos contextos. Durante os ensinamentos clínicos procurou-se garantir a qualidade da prática profissional recorrendo a algumas estratégias. Em primeiro lugar procurou-se intervir de acordo com os pressupostos técnicos e científicos inerentes à formação. O enfermeiro deve agir apenas dentro dos parâmetros atribuídos à sua profissão e não executar tarefas para as quais não possui as competências exigidas e necessárias. Em situação de pressão ou alguma falta de conhecimento acerca das funções a desempenhar por parte das entidades profissionais, colegas ou outros profissionais o enfermeiro deve clarificar perante os outros qual o seu papel e as suas atribuições. Durante os ensinamentos clínicos não se constataram situações de pressão e de forma geral os profissionais tinham um conhecimento real acerca das atribuições de cada especialista. Por vezes houve a necessidade, nomeadamente em questões de partilha de informação, de esclarecer perante outros profissionais os princípios éticos que asseguram a confidencialidade. Uma forma de manter a qualidade da prática profissional é atuar de forma ética e cumprir os pressupostos do Código Deontológico da OE.

Em toda a prática profissional é fundamental que o enfermeiro avalie o seu trabalho, os métodos e estratégias utilizados e a forma como interage com os clientes, famílias e demais intervenientes. Ao longo do período de estágio reservou-se alguns momentos de autorreflexão. Este processo de olhar interiormente é fundamental para o crescimento profissional e pessoal e nesta situação especificadamente para a qualidade e evolução profissional. A interação com uma equipa multidisciplinar é crucial para repensar algumas

ações e analisar alguns pontos, mas fundamentalmente, este processo deverá ser uma iniciativa individual e frequente. Realizou-se uma autorreflexão diária dos pontos positivos e menos positivos do trabalho realizado. Para além de registar estes pontos procurou-se definir estratégias que permitissem uma atuação mais eficaz e mais segura. Este simples registo proporcionou, de certa forma um conjunto de ferramentas, de uso frequente e que potenciaram o trabalho realizado.

2.1.3. Gestão de cuidados

O domínio da gestão de cuidados assenta em duas competências, assim, o enfermeiro especialista, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019).

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista, tem um papel preponderante e ativo quando gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde e seus colaboradores, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e quando adequa os recursos às necessidades de cuidados adotando um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados (Magalhães, 2017).

A gestão representa um domínio de grande importância para a manutenção de um padrão elevado de qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista (Magalhães, 2017). Representa um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar, suportar e coordenar os cuidados ao cliente através da continuidade dos serviços de saúde (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Conceitos centrais da gestão de cuidados provêm das competências do enfermeiro de cuidados gerais, tais como: a gestão dos cuidados, a delegação de tarefas e sua supervisão, cuidados de saúde multiprofissionais, e a promoção de um ambiente seguro. É esperado, de acordo com a OE (2004a), que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para tal é imperativo que este especialista seja capaz de garantir assessoria à sua equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam solicitados, cooperando nas decisões da equipa multidisciplinar e tomando consciência da necessidade de encaminhar o cliente para outros prestadores de cuidados de saúde (Lúcio, 2013).

Uma vez que a gestão dos cuidados é transversal aos contextos de estágio, o enfermeiro deve atender às necessidades do cliente de forma eficaz e eficiente, priorizando as mesmas de forma a otimizar os cuidados prestados.

Organizou-se a prestação direta dos cuidados sempre de acordo com o processo de enfermagem que respeita as seguintes etapas: avaliação inicial; identificação dos focos de atenção importantes para a prática de enfermagem; identificação de diagnósticos de enfermagem reais e potenciais; o planeamento de intervenções de enfermagem, sua implementação e avaliação. De acordo com Herdman (2013), o processo de enfermagem, enquanto ferramenta que organiza a intervenção clínica da profissão de enfermagem, é uma mais-valia para a identificação das condições apresentadas pelos doentes que necessitam da intervenção do enfermeiro e de uma tomada de decisão terapêutica assertiva que potencie os resultados que fazem parte das responsabilidades do enfermeiro.

No SU foi determinante proceder de acordo com o processo de enfermagem, identificando prioridades, pois num serviço onde a afluência de clientes é grande, é crucial agir de forma eficaz e assertiva no atendimento ao cliente urgente/emergente.

De acordo com o Regulamento nº 122/2011, o enfermeiro “considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

A OE (2006), refere que os enfermeiros têm o dever de excelência de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. Acrescenta que a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

Em contexto de BO, a gestão do risco clínico foi essencial, pois o cliente cirúrgico está sujeito a vários riscos clínicos e o enfermeiro perioperatório depara-se muitas vezes com situações particulares onde a sua consciência cirúrgica é determinante. Em contexto de BO, verificou-se uma situação evidente de falta de segurança asséptica do instrumental cirúrgico. Na disposição da mesa operatória, a enfermeira instrumentista constatou a existência de vestígios biológicos no porta-agulhas, ao verificar o material. Esta situação põe em causa todo o processo de reprocessamento do instrumental cirúrgico o que constitui um risco clínico. Nesta situação específica, considera-se que, a enfermeira instrumentista atuou de forma assertiva recorrendo à consciência cirúrgica, controlando os riscos, promovendo a segurança através de uma decisão baseada nos princípios que regem a profissão de

enfermagem. É de suma importância observar e não descurar de todo o procedimento a ser realizado de forma a prevenir erros e pôr em causa a segurança e o bem-estar dos clientes. Segundo Watson (2011, p.57), é importante fazer o que está correto mesmo quando mais ninguém está a observar (*sterile conscience*). A consciência ética está, assim, “intimamente relacionada com a capacidade e monitorização e introdução de medidas corretivas com total autonomia” (AESOP, 2006, p.54).

Como enfermeira perioperatória a desempenhar funções de enfermeira de anestesia, aperfeiçoou-se competências na gestão de cuidados ao nível da organização dos cuidados. Coordenou-se e utilizou-se os recursos existentes de forma adequada, gerindo-os no sentido de diminuir os custos sem diminuir os ganhos em saúde. É essencial que na prestação de cuidados se faça uma boa e correta gestão dos recursos existentes (podendo ser estes de cariz físico, material, humano, financeiro, político e de informação), pois a utilização eficiente dos mesmos implica alcançar máxima qualidade com o menor consumo de recursos possível.

Neste contexto, os profissionais, encontram-se numa posição privilegiada para a perceção e gestão de uma conduta de consciência cirúrgica, promovendo um ambiente seguro para todos os intervenientes (Silva, 2015).

O enfermeiro perioperatório como enfermeiro gestor, segundo a AESOP (2006), “participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados e faz a interligação funcional de todos os utilizadores e fornecedores de cuidados” (p. 9).

Ferrito (2014), acrescenta que o enfermeiro perioperatório possui um domínio de competência na gestão de cuidados nomeadamente, na sua capacidade de organização, de gestão e liderança.

Por outro lado, temos a gestão em enfermagem, cuja missão nos dias de hoje, será a de assegurar que os contextos onde se prestam cuidados de saúde respondem às necessidades dos prestadores de cuidados e dos seus clientes (Oulton, 2006).

De acordo com Hubinon (1998), o enfermeiro gestor detém “verdadeiramente o papel de gestor de uma unidade de cuidados que consiste em planear, organizar, dirigir e controlar os recursos humanos e materiais com vista a atingir, com a maior eficiência possível, a qualidade dos cuidados de enfermagem.” (p. 178).

Salienta-se a preocupação em manter um ambiente terapêutico seguro nos contextos de estágio. No que concerne à medicação, cumpriu-se com os protocolos instituídos. Em relação ao registo de estupefacientes, procedeu-se ao registo de segurança, de forma a garantir o seu uso adequado e seguro.

Em contexto de BO utilizou-se etiquetas coloridas de identificação de terapêutica. Esta estratégia revelou-se importante no que concerne à segurança do medicamento.

Como já supracitado, o processo de tomada de decisão é um processo, na sua essência, complexo, exige experiência, conhecimentos teóricos no âmbito do respeito pelos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem. No entanto, tal não representa, por si só, um fim com garantias. O enfermeiro pode delinear um bom plano de trabalho, cumprir todos os protocolos e pressupostos, cumprir todos os objetivos e atender a todos os diagnósticos do cliente, mas sem a participação deste, muito dificilmente se obterão os ganhos desejados e dificilmente o cliente aderirá ao plano delineado. É sobejamente importante que se estabeleça uma parceria e sinergia com o cliente para que os ganhos em saúde sejam garantidos.

Todo o processo de tomada de decisão deve ser contínuo, intencional, com enfoque na relação interpessoal e na participação do cliente, com verdadeiras e atualizadas bases científicas (OE, 2006).

Ao longo dos estágios, o enfoque numa correta prestação de cuidados foi transversal e prioritário, desde o serviço de urgência, aos cuidados intensivos e ao perioperatório, e na qual teve-se especial atenção aquando da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. O âmbito de prestação de cuidados é muito exigente pois compreende um conjunto de situações clínicas de elevada complexidade, nomeadamente na assistência à pessoa em situação crítica, onde a afluência deste tipo de clientes ao BO é elevada. Neste sentido a prestação de cuidados, em particular, ao doente cardíaco cirúrgico em carácter de urgência/ emergência constituiu um verdadeiro desafio.

Esta área específica do cuidar, exige ao profissional uma constante atualização de conhecimentos e um aperfeiçoamento a nível da técnica. Considera-se que a capacitação do profissional através de uma formação diferenciada e específica potencializa uma prática clínica segura e de qualidade.

Em contexto de BO assistiu-se a um caso urgente/emergente, uma rutura da aorta originada por aneurisma. Esta situação constituiu um verdadeiro desafio, no sentido em que a esta patologia estão associadas taxas de morbilidade e mortalidade significativas e por ser uma patologia pouco comum, as equipas multidisciplinares sentem algum desconforto aquando de uma emergência deste foro. A assistência à pessoa em situação crítica em caso de aneurisma tem de ser rápida, segura e eficaz, o que representa por si só um desafio. Importa agir de forma atempada no sentido de preparar o doente, que se encontra instável e em iminente risco de vida, para a cirurgia. O enfermeiro assume um papel preponderante e

de imensa responsabilidade, pois estas cirurgias não são planeadas e requerem um agir eficaz para dar resposta à sua natureza complexa. A natureza imprevisível destas emergências implica que a equipa multidisciplinar tenha uma resposta rápida, estabelecendo prioridades e prestando um cuidado mais sistematizado.

Segundo Nunes (2014), são vários os fatores que influenciam capacidade de uma equipa de enfermeiros para prestar cuidados seguros e de qualidade, nomeadamente a formação, a responsabilidade profissional, a relação entre as necessidades dos clientes e as competências dos enfermeiros, a cultura organizacional, as decisões contextuais e a liderança clínica no contexto. É esperado que o enfermeiro especialista demonstre evidências da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne a prestação cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança, é importante que existam dotações seguras. A quantidade de profissionais existentes nos serviços devem ser proporcionais ao número de clientes e em quantidade suficiente para proporcionarem cuidados em segurança. A estes profissionais é exigido o conhecimento, as habilidades e as competências necessárias de forma a executar cuidados de qualidade e segurança, sendo as suas principais tarefas, a gestão dos recursos no seu serviço, a preocupação em informar os seus superiores hierárquicos sobre a falta de dotações seguras, sobre a falta de material e de condições de trabalho que possam influenciar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Entendeu-se a importância da gestão de cuidados no âmbito das dotações seguras, onde o enfermeiro gestor deve centrar-se, maioritariamente, na sua influência na equipa de enfermagem, na sua satisfação profissional, autonomia, burnout, turnover e empenho (Gaspar, 2005).

O International Council of Nurses (ICN, 2009), define dotações seguras como o número apropriado de profissionais, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos clientes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos.

Verificou-se, no que concerne ao cuidar da pessoa em situação crítica, a importância de atender às dotações seguras recomendadas para o serviço onde este doente se encontra, pois a este tipo de doentes implicam cuidados altamente especializados, o que exige um número de enfermeiros em quantidade e competências adequadas.

Em contexto de BO e de UCIP verificou-se que o cumprimento das dotações seguras preconizadas está assegurado. De forma a garantir estas dotações em BO, devem ser

alocados três enfermeiros (um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista), devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos clientes, ser de três enfermeiros para cada cliente (Moreira, Ramalho, Morais, Moura & dos Santos, 2014).

Na UCIP, de forma a realizar uma boa gestão dos cuidados, recorreu-se ao instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), sendo prática do serviço, acompanhou-se o chefe de equipa aquando da aplicação da escala citada.

O TISS tem-se destacado como um sistema que classifica a gravidade do cliente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados. É baseado na premissa de que, independentemente do diagnóstico, quanto mais procedimentos o cliente recebe, maior a gravidade da doença e, conseqüentemente, maior tempo despendido pela enfermagem para tal atendimento.

Os índices de avaliação das cargas de trabalho de enfermagem são importantes ferramentas de gestão na unidade de cuidados intensivos. Da revisão e atualização do TISS-28 (Miranda et al., 2003) resultou a ferramenta *Nursing Activities Score* (NAS). Há ainda poucos estudos que descrevam a aplicação deste índice de avaliação. Não obstante, o número de enfermeiros, gestores e médicos intensivistas que aplicam o NAS tem vindo a crescer, com a divulgação dos seus resultados em congressos científicos (Severino, Saiote, Martinez, Deodato, & Nunes, 2010).

Apesar da utilização do TISS-28 na UCIP entende-se a importância de o serviço vir a investir noutros índices de avaliação, o instrumento aplicado avalia várias componentes, mas não contempla outras de cariz importante para o desempenho do profissional de enfermagem, nomeadamente atividades de caráter assistencial ao cliente, de suporte à família e administrativas.

No serviço de urgência, a gestão da equipa é realizada por postos de trabalho, pois o número de elementos é sempre o mesmo, o que complica o cumprimento de dotações seguras. Os enfermeiros são destacados, sempre de igual forma, para as diferentes áreas de prestação de cuidados que compõem o serviço. Assim, o número de enfermeiros nunca é adequado ao número de clientes que o SU atende. Tal obriga, muitas vezes a mobilizar enfermeiros de uma área para outra o que por si só já compromete o cumprimento de um trabalho ajustado que resulte numa prestação segura dos cuidados.

Pode dizer-se que em contextos de UCIP e BO, a gestão dos cuidados foi mais fácil pois, a par de toda a complexidade que estes serviços apresentam, o rácio enfermeiro/cliente é mais adequado que a realidade vivida em contexto de SU.

No SU foi imperativo adotar uma postura atenta sobre os diferentes clientes que recorreram ao serviço, com entendimento sobre as suas necessidades, tratamentos e cuidados a realizar.

É crucial que todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, pela dignidade do exercício profissional de enfermagem, cumpram a dotação segura adequada de enfermeiros. Este cumprimento não está associado a um aumento de despesas, mas sim a um investimento com ganhos garantidos, nomeadamente, na satisfação dos clientes, redução de eventos adversos e de complicações clínicas.

Assim, ao longo dos ensinamentos clínicos, constatou-se que gerir processos de doença crítica é um desafio, requer uma vigilância mais personalizada e uma atuação mais rápida de forma a auxiliar o cliente da melhor forma possível. Neste sentido, avaliou-se cada situação clínica de acordo com a especificidade de cada cliente, delineando diagnósticos e avaliando de forma rápida e eficaz os resultados obtidos face aos esperados.

Todo este processo desenvolve-se naturalmente enquanto se cresce como profissional, pois a experiência em situações parecidas vai sendo utilizada como um guia orientador para uma prática assertiva, tal como é esperado de um enfermeiro especialista (Benner, 2005).

Temas como a comunicação, a motivação e a liderança são aspetos fundamentais da gestão em enfermagem, representando saberes a que os enfermeiros com funções aos vários níveis de gestão recorrem (Potra, 2015).

Pode depreender-se que todos os enfermeiros deverão ser detentores de competências de gestão e liderança. São vários os autores que enumeram competências de gestão que podem ser adaptadas à realidade do enfermeiro gestor. Cunha e Neto (2006) enumeram como competências de gestão o saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica. Fleury, Boog e Dutra (citado por Potra, 2015) identificam como competências individuais necessárias ao gestor: a liderança, a persuasão, o trabalho em equipa, a criatividade, a tomada de decisão, a determinação, o planeamento e a organização.

Os enfermeiros com competência na gestão dos cuidados são profissionais “habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação” (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e de Liderança [APEGEL], 2010, p.1).

Santos e Miranda (2007) e o Regulamento nº 122/2011 afirmam que, na gestão dos cuidados, o enfermeiro adequa os recursos às necessidades dos cuidados e na base da sua liderança, utiliza as suas competências para identificar as características da equipa e definir o estilo de liderança mais adequado à realidade apresentada e à promoção da qualidade dos cuidados.

Cunha e Neto (2006) defendem que no âmbito da gestão de cuidados é exigido que o enfermeiro seja competente na sua atuação e que garanta que os membros da sua equipa tenham competência para executarem as tarefas que lhes são delegadas.

É imperativo que o enfermeiro, como o principal recurso humano existente, tenha consciência que a sua motivação é de suma importância para o seu nível de eficiência. A liderança assume um papel primordial, sendo um processo interpessoal que implica motivação e influência nas ações de outrem para o estabelecimento e alcance de objetivos sobrepõe-se à gestão. A gestão estará relacionada com a concretização propriamente dita das tarefas, quer pelo próprio ou por outro, sendo uma componente indissociável da liderança (Ribeiro, 2012).

O enfermeiro líder deve desenvolver competências no sentido de desenvolver uma liderança eficaz, para tal importa, de acordo com Santos e Miranda (2007, p.113),

conhecer os processos sociais, culturais, comportamentais dos sujeitos, bem como as formas como as instituições de saúde estão organizadas.” Os mesmos autores enaltecem, numa perspetiva ética, a importância de o líder/gestor ter em conta valores humanos como o respeito, a humildade, a dedicação e a dignidade (Santos & Miranda, 2007).

De forma a entender a dinâmica dos serviços, a sua organização e gestão, acompanhou-se, nos três ensinamentos clínicos, o enfermeiro responsável de equipa no desempenho das suas funções. O chefe de equipa desempenha funções de assessoria e consultoria com perícia e fundamento científico, as suas competências de gestão são determinantes para a organização do serviço. De acordo com as especificidades do serviço, perante as necessidades dos clientes, mobiliza os profissionais de enfermagem, atendendo à sua área de competência, de forma a assegurar os cuidados.

Nos três ensinamentos clínicos foi evidente as tarefas desempenhadas pelo enfermeiro chefe, este estabelece o plano de trabalho, coordena a equipa de enfermagem, supervisiona o trabalho desenvolvido quer por enfermeiros quer por assistentes operacionais, procura conhecer a situação clínica de cada cliente e assume também a prestação de cuidados diretos.

É crucial ser detentor de competências de gestão e liderança de forma a organizar e coordenar a equipa com perspicácia, para que se possa prestar os melhores cuidados com segurança e qualidade, perante todas as situações que assim o exigirem.

O cuidar em enfermagem é assumido, segundo Hesbeen (2000), como uma prática, uma intervenção de atenção especial que se presta a outra pessoa numa situação particular da sua vida, com o objetivo de contribuir de forma positiva para a sua saúde e bem-estar. O mesmo autor diz ainda que

os cuidados designam, assim, os atos através dos quais se cuida, através dos quais se conserva o corpo nas diferentes etapas da vida. Quando estes se enquadram numa perspetiva de cuidar, trata-se de cuidados que revelam o cuidado que se teve com a pessoa (Hesbeen, 2000, p. 11).

Adquiriu-se competências no âmbito da gestão dos cuidados ao aprimorar elementos como a liderança, a motivação e a comunicação. Ser um bom líder implica inspirar os outros para atingir objetivos, motivando-os com criatividade e reconhecimento. A motivação opera como um requisito indispensável à eficácia de qualquer projeto e como condição primordial para o desenvolvimento do ser humano. Pozo (2002) defende que “ninguém levará os outros a atingir objetivos se não houver nele também um movimento para esse fim” (p.145).

Apreendeu-se a importância da comunicação para o sucesso do processo terapêutico. É sobejamente importante que se proporcione a comunicação, que se ouça e se seja ouvido, que se tenha comprometimento em cada cuidado prestado.

Aliados a estes elementos esteve sempre o conhecimento técnico-científico e a ética que, segundo Santos e Miranda (2007), são fulcrais para uma prestação de cuidados de excelência, baseados na competência profissional, na satisfação dos clientes e na consolidação e desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados.

2.1.4. Aprendizagens profissionais

Ao longo dos anos ocorreram avanços importantes a nível científico e tecnológico que exigiram por parte dos profissionais de enfermagem a necessidade de repensar a sua prática de forma a que esta acompanhasse tal evolução.

No domínio das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências está intimamente relacionada com o investimento pessoal que se faz para acompanhar a evolução científica e tecnológica, atualizando conhecimentos e ambicionando sempre um crescimento profissional com autoconhecimento e maturação pessoal.

Neste domínio, o enfermeiro especialista que desenvolve o autoconhecimento e a assertividade é um profissional que “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. O enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, 2019). O autoconhecimento representa um dos pontos fundamentais para o fortalecimento e atuação ética do ser humano. Está presente em muitas situações e aspetos da vida de cada um, tornando-o único e singular. Não será possível alcançar uma praxis de excelência, ser-se líder, trabalhar em equipa, aplicar as competências os “talentos” na prática, respeitar processos, gerir conflitos, entre muitos outros aspetos, sem o conhecimento de si mesmo.

Num mundo onde a complexidade domina, um mundo repleto de desafios, o agir correto, com uma ação, uma consequência e uma intenção positivas, é fundamental para que se possa crescer a nível singular, profissional e organizacional (Invok, 2016). O autoconhecimento permitiu uma praxis clínica com base em valores e competências como a integridade, a responsabilidade, a dedicação e confiança, tendo um impacto direto no trabalho exercido e nas pessoas envolvidas. O trabalho com equipas multidisciplinares, o contato com diferentes contextos e a observação dos cuidados prestados aos clientes, foram promotores do autoconhecimento o que se traduziu em consequências positivas sobre as ações realizadas.

Elaborou-se reflexões críticas ao longo dos ensinamentos clínicos, abordando diversas temáticas. Estas reflexões foram realizadas através da metodologia do ciclo de GIBS, que tem como objetivo analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e meta reflexivas no processo de aprendizagem e de desenvolvimento do estudante de enfermagem, em contexto de ensino clínico. Assim, o ciclo de GIBS permite ao enfermeiro potencializar a construção de saberes experienciais e de aquisição de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. O ciclo reflexivo de GIBS consiste em seis fases: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação futura.

De forma a perceber de que modo o exercício reflexivo contribui para a construção do pensamento em enfermagem e que estratégias ou condições, na aprendizagem clínica

influenciam o exercício reflexivo, Mendes, Henriques, Pereira, e Domingos (2011) realizaram um estudo onde concluiu que o exercício reflexivo na aprendizagem clínica quando realizado de forma sistemática e monitorizado pelos orientadores contribui para a construção do pensamento em enfermagem tornando-se assim essencial na aprendizagem clínica.

Conquistar um lugar na enfermagem foi possível graças a todo o trabalho desenvolvido, um trabalho contínuo e motivado por ambições de crescimento e afirmação na profissão desempenhada. Ser enfermeiro exige uma aquisição de competências a vários níveis, entre eles, os níveis emocional, comunicacional e relacional. Manter-se atualizado sobre os mais diversos temas dentro dos contextos de atuação, desde os recursos existentes, as técnicas e atividades praticadas, constituiu uma estratégia eficaz para a construção de conhecimento e aprendizagens promotores de boas práticas.

Segundo Hesbeen (2000) o enfermeiro adquire o conhecimento e a capacidade de ilação desencadeando um processo que possibilita ao enfermeiro amplificar as suas competências individuais no cuidar. Para que este processo ocorra é fundamental observar, analisar, debater e apreciar a prática clínica e a própria estrutura da instituição em que se encontra inserido.

A formação permite ao profissional obter conhecimentos e desenvolver competências na medida em que o profissional adota atitudes promovendo alterações de comportamentos. Constitui um dos pilares no desenvolvimento dos cuidados promovendo uma prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de qualidade.

Benner (2001), em relação à formação, sublinha que na prática clínica o mais importante é a ligação e compromisso com o cliente. Esta relação determina a excelência do cuidar quando incorpora a habilidade técnica com a científica.

De referir que, a formação realizada, devido à forte componente prática da profissão manteve-se desde sempre relacionada com o contexto de trabalho. A autoformação proporcionou, de igual forma, um desenvolvimento pessoal e profissional com crescimento na área de interesse, conferindo mais responsabilidade e autonomia nas intervenções prestadas. Em contexto de cuidados Intensivos, de forma a efetivar a aprendizagem, realizou-se um processo fundamentado, elegendo um cliente acometido de paragem cardio-respiratória.

Neste percurso, destaco a aplicação do processo de enfermagem, pois a elaboração de planos de trabalho específicos e individualizados promove a autonomia da profissão e a qualidade dos cuidados prestados.

Todo o conhecimento, experiências e recursos foram estímulos para a aquisição de novos conhecimentos. Atuou-se sempre de acordo com a realidade específica de cada equipa e serviços.

Segundo Bártolo (2007) a aprendizagem em ambiente de trabalho permite ao profissional de saúde desenvolver competências individuais e coletivas. O profissional através das suas ações, da sua experiência no cuidar, aprende, reflete na sua ação e mobiliza os saberes originando assim um processo dinâmico onde o indivíduo, a equipa e a organização partilham aprendizagens. Neste sentido, o mesmo autor citou os trabalhos de Costa (1998) que confirmaram que é no ambiente hospitalar que os profissionais de saúde, são mensageiros de saberes provenientes da sua prática clínica, através da experiência, da reflexão sobre a prática, das experiências informais e não formais.

Há uma década, Bevis e Watson (2005) afirmaram que “o conhecimento e os processos de aprendizagem em enfermagem para o futuro exigem muito mais pensamento contemplativo e reflexão sobre os conceitos e os fenómenos associados com a mudança dramática das condições e dos processos de vida humana.”

Adquirir aprendizagens profissionais deverá ser um processo de carácter contínuo, na carreira de enfermagem, com enfoque na atualização técnico-científica e em projetos de investigação.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

O enfermeiro especialista, possui um conjunto de competências especializadas, resultantes do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais, possuindo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza na sua prática, permitindo-lhe detetar necessidades de saúde e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção. Segundo o Regulamento 124/2011, um enfermeiro especialista é “um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”, sendo as suas competências “um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (p.2).

O enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve, entre outras, melhorar as condições do doente, favorecer o processo de recuperação do doente, proporcionar ganhos em saúde e gerir, de forma eficiente, os recursos (Costa, 2012).

A pessoa em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), nº 2 do artigo 4.º. Em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2008).

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”, segundo o Regulamento nº124/2011.

O enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, na abordagem à pessoa em situação crítica, para além da competência de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, deverá também ter competências que permitam dinamizar a resposta às situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de 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, segundo o Regulamento nº 124/2011.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, segundo o Regulamento supramencionado, são

cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.

Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, conforme o Regulamento nº 124/2011.

2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A orientação para o cuidar é, de facto, uma orientação holística, uma vez que, além de atender à cura, considera a pessoa na sua globalidade, tendo em conta os fatores

biológicos, psicológicos, espirituais e socioculturais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar. Este cuidar holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida através de uma abordagem individual, direcionada para a pessoa que é vista como um todo unificado e significativo (Watson, 2002).

De acordo com o Regulamento nº 124/2011, o enfermeiro especialista, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.”

O *focus* do cuidar do enfermeiro deve ser caracterizado por uma consciência transdisciplinar, com entendimento sobre os mecanismos de funcionamento da pessoa num todo. Assim, o enfermeiro assume um papel primordial, no sentido em que atento ao cliente, desenvolve um processo de observação sobre o estado do cliente que pode estar em constante mudança e faz uma monitorização contínua ao regime instituído, identificando prontamente possíveis problemas, iniciando terapêuticas pertinentes e intervindo na prevenção ou correção de situações de risco iminente (Smith-Blair, 2010).

Numa profissão de relação que implica um conjunto de valores e crenças inerentes ao conceito holístico do ser humano e à sua individualidade, o cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, deve ser orientado segundo uma perspectiva holística pautando por uma atitude humanista (Correia, 2012).

Assim, os cuidados à pessoa em situação crítica devem ser realizados no sentido da manutenção das funções vitais e prevenção das complicações, contribuindo para a satisfação das necessidades e do bem-estar da pessoa. O enfermeiro assume um papel fundamental no auxílio ao doente crítico, cooperando nas situações de transição de modo a alcançar a homeostasia desejada (Meleis, 2010, p. 641).

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, além de permitirem manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2010), facilitam ou inibem os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela (Meleis, 1991).

Desenvolveu-se, constantemente, reflexões acerca do trabalho realizado, com consciência sobre o que se é enquanto profissional, sobre a vulnerabilidade, força e condição humana, de forma a promover a humanidade do Homem e, sobretudo, contribuir para uma prática de Enfermagem, humanamente melhor, continuando a ser técnica e empiricamente competente (Watson, 2002).

O desenvolvimento de competências envolve o desenvolvimento de diferentes atributos que combinados podem possibilitar o sucesso das atividades vinculadas a uma prática profissional (Leonello & Oliveira, 2007). Estes autores defendem que a construção de uma prática profissional não depende apenas da aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também de atitudes pessoais e relacionais que colimam em transformações positivas da realidade em saúde. A conceção desenvolvida por Leonello e Oliveira (2007) defende que é na ação desenvolvida nos diferentes contextos em que se realiza uma determinada prática que se articula conhecimentos, habilidades e valores pessoais para solucionar com eficácia uma panóplia de situações.

Assim, tendo em conta as conceções dos autores citados, assumiu-se como competências individuais a iniciativa, criatividade, habilidade interpessoal, comunicação, liderança, empatia, entre outras competências compatíveis com as atribuições a serem desempenhadas no contexto profissional. Nesta perspetiva, a componente individual, todo o empenho, motivação, investimento e componente prática contribuíram significativamente para a formação enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, evidenciando capacidades de interação entre a teoria e a prática, de aplicação de conhecimentos numa prática complexa e assertiva tal como um serviço apologiza.

Benner (2001) refere que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode apreender pela teoria” (p.61). É crucial que se concilie aprendizagens entre aquilo que se aprendeu e o que se pretende fazer com essa aprendizagem, na medida de complementar teoria e prática com benefícios para o cliente e família e para o desenvolvimento de competências do profissional de saúde.

Os ensinamentos clínicos são meios propulsores de desenvolvimento de competências, como tal importa salientar as atividades que se considerou mais importantes e complexas para a aquisição de competências específicas nestes ensinamentos, não negligenciando as experiências não relatadas que serviram de igual forma para o crescimento enquanto Enfermeira Especialista.

Para muitos autores, o cuidar é a essência da enfermagem. Watson (1985) vai mais além e define o cuidar como o foco central da profissão de enfermagem. Segundo a autora,

a enfermagem está preocupada em promover a saúde, prevenir a doença, cuidar o doente e restaurar a saúde. A enfermagem tradicional tem integrado o conhecimento biofisiológico, como conhecimento do comportamento humano, para promover o bem-estar e cuidar do doente. No presente (como no passado), a ênfase está na promoção da saúde, mais do que na especialização do tratamento da doença (p.7).

O cuidar em ambiente de urgência é um cuidar multidisciplinar, prestado por enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, administrativos e até por pessoas externas ao SU, que trabalham em conjunto. A segurança da prestação de cuidados em saúde é assegurada pela performance da equipa multidisciplinar (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

O SU funciona, muitas vezes, como linha da frente, no que concerne ao primeiro contato do cliente com o serviço de saúde. A qualidade dos cuidados prestados desempenha um papel fundamental na formação da opinião do cliente sobre o hospital e sobre os prestadores de cuidados (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

De acordo com Limbourn (2011) a satisfação do cliente com o SU pode influenciar a sua recuperação e os resultados dos profissionais de forma a obter os melhores *outcomes*. Apesar de ser um serviço com grande afluência de clientes, o SU, pode garantir uma prestação de cuidados de qualidade quando os profissionais de saúde revelam preocupação, respeito e interesse pelos clientes e suas problemáticas.

Uma vez satisfeitos com o serviço prestado, um cliente assume uma postura que pode facilitar a comunicação, a abordagem dos problemas e a adesão à terapêutica (Limbourn, 2011).

O SU é um dos serviços de maior afluência nos hospitais, sendo a procura e o grau de complexidade elevados e imprevisíveis, o acesso é absoluto e as exigências são crescentes. Para dar resposta a esta complexidade é crucial uma adequada gestão dos recursos para evitar o colapso das instituições (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

Os profissionais de saúde, neste contexto, têm de ser capazes de se integrar num ambiente dinâmico, em constante mudança, com múltiplas tarefas, exigências e pressões.

É um serviço que possibilita o desenvolvimento de competências na atuação em situações urgentes/emergentes, situações clínicas de instalação súbita, graves, sendo a porta de entrada para muitas pessoas em situação crítica.

A realização de um estágio em SU é crucial para o processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica. As especificidades deste serviço permitem obter uma grande visibilidade e pertinência aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Segundo Sheehy (2001), os profissionais de enfermagem no SU prestam cuidados de enfermagem a pessoas que apresentam alterações de saúde física ou psíquica,

percecionadas ou reais, previamente diagnosticadas ou não. O SU caracteriza-se pela diversidade e patologias cuidadas e conhecimentos, bem como pelo elevado número de clientes atendidos.

O SU do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, é um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), sendo o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência cumprindo os requisitos do despacho nº 10319/2014 integrando a rede nacional da urgência/emergência. A missão deste SU, segundo o Manual do Serviço de Urgência (MSU), é o de “prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de emergência ou urgência, em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana e sua situação de saúde”. É no cumprimento desta missão que se empenham todos os dias, 24 horas por dia, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde.

No abordar situações urgentes/emergentes, importa conhecer estes termos de forma a ter uma compreensão lógica de funcionamento do SU. Assim, urgência, corresponde às situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais; emergência diz respeito a todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001).

De acordo com os dados emitidos pelos Indicadores de Cuidados Hospitalares do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), o SU da Região Autónoma da Madeira acolheu, em 2017, cerca de 116 764 clientes. Para dar resposta à grande afluência de clientes, este serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos enfermeiros, assistentes operacionais e outros técnicos nas áreas de imagiologia e cardiopneumologia.

De forma a cumprir a sua missão, o SU articula com outras entidades de saúde, nomeadamente os centros de saúde da região e o serviço de emergência pré-hospitalar, de forma a dar respostas organizadas e planificadas na abordagem do socorro, permitindo a continuidade da resposta ao mesmo com segurança e qualidade. Esta articulação é garantida através de comunicação fixa e digital que envolve a Proteção Civil. A maioria dos cuidados prestados requerem uma equipa multidisciplinar coesa, que dê respostas rápidas, eficazes e eficientes, perante as situações imprevisíveis urgentes/emergentes.

Neste âmbito, desenvolveu-se três turnos no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) que integra a EMIR. Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica em emergência pré-hospitalar e funciona durante 24h.

Acompanhar esta equipa constituiu um desafio dada a exigência da prestação de cuidados a clientes em risco iminente e limite de vida. Proporcionou o desenvolvimento de competências no âmbito do socorro pré-hospitalar através do contato com vítimas com doença de instalação súbita, cuja intervenção rápida e eficaz da EMIR permite a estabilização dos clientes de forma a reduzir a morbilidade/mortalidade.

Desempenhar funções no SU requer conhecer a dinâmica deste que tem, na sua essência, a necessidade de resposta rápidas e eficazes. Como tal, sentiu-se, à priori, que este ambiente seria propulsor do desenvolvimento de competências.

O trabalho do enfermeiro é realizado por posto de trabalho onde cada profissional é responsável pelos clientes que se encontram presentes durante o seu turno no seu posto de trabalho. Verificou-se que nem sempre é utilizado o método de enfermeiro responsável, prevalece o espírito de equipa e de interajuda entre os elementos da equipa com os quais se trabalhou e desenvolveu competências.

A exigência de recursos humanos com especialidade em enfermagem à pessoa em situação crítica num SU é preconizada pela OE, que refere que estes profissionais são reconhecidos como recursos fundamentais face às necessidades de cuidados seguros e com qualidade às pessoas em situação crítica (OE, 2015).

Assim, o percurso no SU foi realizado no sentido de aprimorar competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consolidou-se a ideia de que o enfermeiro especialista é uma referência na equipa, atuando num ambiente tao vasto e complexo, coordena várias tarefas com elevado grau de responsabilidade. Este profissional, gere recursos humanos e materiais, inteira-se da situação clínica global dos clientes de forma a dar respostas adequadas, promove a informação à família diminuindo a sua ansiedade e realiza uma avaliação dos cuidados prestados.

Toda a intervenção teve por base uma atitude humanista, com respeito pela pessoa como um todo, seguindo o postulado de Meleis (2010, p. 641) que valoriza a pessoa em cada fase do desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade, o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. Assim, importa ressaltar que o cliente necessita de respostas que facilitem o cuidado individualizado a cada situação (Meleis, 2010, p. 641).

De forma a descrever as atividades desenvolvidas no SU que tiveram por finalidade a aquisição de competências, considerou-se adequado definir o percurso do cliente desde a sua admissão no serviço até à sua saída do mesmo, podendo a sua saída ser por transferência para outro serviço da instituição ou para o domicílio. O desenvolvimento e aplicação das

competências comuns e específicas foi possível através da prestação de cuidados ao cliente nas diferentes áreas que compõem o SU.

O referido SU localiza-se estrategicamente no edifício central do hospital, no andar técnico, com acesso interno e externo, sendo constituído pela área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, Sala de emergência (designada sala 0), área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação e área de informação e comunicação com familiares.

Dada a sequência da admissão do cliente a este serviço, iniciou-se a integração ao SU na área de acolhimento e triagem. Tomou-se conhecimento acerca dos elementos da equipa presentes no turno, do espaço físico propriamente dito, da dinâmica desta área e ainda do procedimento a adotar em caso de catástrofe. De forma a dar respostas válidas, consultou-se o manual do Sistema de Triagem de Manchester (STM).

A triagem de prioridades está implementada na maioria dos hospitais públicos Portugueses, o modelo de STM é válido, pela sua capacidade discriminativa, na avaliação do risco clínico do cliente à entrada do SU (Sheehy, 2001). Este modelo de triagem permite distinguir os clientes por gravidade clínica, possibilitando uma metodologia de trabalho coerente, enaltecendo uma prática de excelência em situações urgentes/emergentes (Grupo Português de Triagem).

Possibilitando a distinção dos clientes por gravidade, a triagem garante que são os doentes críticos os prioritários, garantindo uma resposta atempada e eficaz aos mesmos (Sheehy, 2001).

A triagem ao identificar a gravidade clínica do cliente e quando identificadas situações de doença crítica, de acordo com a tomada de decisão do enfermeiro, este aciona as vias verdes em funcionamento. O Serviço de Urgência do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça tem em vigor quatro vias verdes, nomeadamente: Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC); Via Verde Coronária; Via Verde da Sépsis e Via verde do Trauma. De acordo com o despacho n.º 10319/2014, as vias verdes são sistemas de resposta rápida no atendimento a doentes considerados críticos e consistem em algoritmos clínicos de avaliação rápida e de tratamento de patologias frequentes em que o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico. Estas permitem reduzir a morbilidade/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, isto é, que os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantam a continuação e a integração dos cuidados.

Cada cliente identificado como doente crítico e direcionado para uma via verde passa a ser um cliente de categoria emergente e o tempo de espera para o seu atendimento médico não deverá ser superior a 10 minutos. Após avaliação médica, é decidido se as vias acionadas são mantidas ou desativadas. Mantendo-se ativadas, são direcionados pedidos de apoio às áreas de especialidade e discussão de tratamentos.

Acolheu-se um cliente com dor precordial com irradiação para o membro superior esquerdo, sudorese e dispneia, na triagem, e de acordo com a sintomatologia apresentada, decidiu-se acionar a Via Verde Coronária. Assim, este cliente foi encaminhado para a realização do eletrocardiograma de 12 derivações e realizou análises clínicas de doseamento das enzimas cardíacas de forma a confirmar o diagnóstico. Após a confirmação, o doente foi encaminhado para a hemodinâmica e submetido a cateterismo cardíaco.

Prestou-se, a par do cliente com dor precordial, cuidados a vítimas de afogamento, intoxicação alimentar, vítimas de atropelamento, AVC, Enfarto Agudo do Miocárdio, Sépsis, entre outras, acionando as vias verdes pertinentes para cada caso. Através desta assistência tão diferenciada a situações urgentes/emergentes surgiu a oportunidade de integrar a equipa da Sala de Emergência. Nesta área foi possível desenvolver competências práticas, que aliadas à teoria previamente apreendida possibilitou prestar cuidados à pessoa em situação emergente promovendo a antecipação da instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica nas diferentes vias verdes acionadas.

A Sala de Emergência é um espaço crucial dos SU que centraliza meios logísticos e recursos humanos altamente diferenciados e capazes de dar respostas ao doente emergente. O doente emergente é um doente com “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001). Assim sendo, a prestação de cuidados a este doente, consiste em restabelecer os parâmetros vitais, a respiração e circulação, de forma a preservar os órgãos vitais (Aehlert, 2013).

A Sala de Emergência também designada de Sala de Ressuscitação é dedicada à receção, estabilização e reanimação do doente crítico, devendo estar sempre disponível e desocupada. Assim que o diagnóstico diferencial do doente esteja realizado e este se encontre estável em termos ventilatórios e de hemodinâmica, deve ser transferido para os serviços mais adequados à sua condição (Nunes et al., 2009).

Efetivou-se o transporte de um doente que se encontrava na Sala de Emergência e seria transferido para a UCIP. Realizar o transporte de um doente implica seguir as recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), de forma a garantir a segurança do cliente e dos profissionais que o acompanham.

O transporte do doente crítico envolve três fases: decisão, planeamento e efetivação.

Após a decisão do intensivista sobre o internamento do doente na UCIP, procedeu-se à verificação dos equipamentos, materiais e fármacos; comunicou-se com o local de destino de forma a antecipar problemas técnicos que pudessem ocorrer na receção do doente e após verificadas as *guidelines* necessárias ao transporte, efetivou-se o mesmo.

Consultou-se o protocolo do serviço de forma a assegurar a uniformização e sistematização de procedimentos de enfermagem nas situações de urgência/emergência nas salas de emergência. A equipa, nesta sala, é composta por três elementos, A, B e C, onde cada um desempenha as suas funções. Sendo que, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, elemento A, assume funções como a coordenação da equipa de enfermagem e de estabelecimento de prioridades de forma a assegurar a eficácia da ventilação e a vigilância dos sinais vitais do doente.

A abordagem “ABC(DE)” (A – Airway – Vias aéreas; B – Breathing – Respiração e Ventilação; C – Circulation – Circulação; D – Disability – Exame neurológico sumário e E – Exposure – Exposição a fatores externos com controlo de hipotermia) é uma forma de sistematizar os cuidados iniciais ao doente crítico, ajudando a focalizar as prioridades na sua abordagem. Esta abordagem foi estabelecida pelo American College of Surgeons (Silva, 2015).

A equipa não se encontra em permanência na Sala de Emergência. Sendo um trabalho acrescido e de grande responsabilidade do enfermeiro, importa uma comunicação eficaz e assertiva entre a equipa, apelando à mesma linguagem, com informações precisas sobre a abordagem à pessoa em situação crítica. A chamada para a Sala de Emergência funciona através de um sinal sonoro que é percebido em todo o serviço (Nunes et al., 2009). A equipa da Sala de Emergência deve apelar a uma intervenção pautada pela organização de objetivos claros e responsabilidades de cada elemento, de forma a que a sua intervenção seja eficaz e que a identificação e correção das patologias sejam identificadas.

Entendeu-se rapidamente a dinâmica desta Sala, cooperando com a equipa de forma a desenvolver intervenções eficazes para o doente. Numa situação de um doente com diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta, o doente chegou à Sala de Emergência acompanhado pela equipa da EMIR e apresentava palidez, hematótese e hipotensão. Em cooperação com a equipa definiu-se os procedimentos a dotar de forma a estabilizar o doente. Assim, procedeu-se com recurso à abordagem ABCDE, sendo o elemento C, responsável pela Circulação, colheu-se sangue para determinação do grupo, estudo e para análises

clínicas. A avaliação realizada permitiu identificar características e valores de forma a adequar a terapêutica ao doente e prevenir possíveis complicações.

Perante as situações de emergência encontradas foi possível prestar cuidados a vítimas de trauma, através de uma abordagem primária (abordagem A B C D E), e de uma abordagem secundária (avaliação física completa da vítima), como nos recomendam Nunes et al. (2009).

A abordagem secundária não deve ser iniciada sem que o doente esteja estável e demonstre as funções vitais normalizadas. Assim, quando estabilizado, o doente pode ser transferido para o BO, para a UCIP, ficar sob vigilância contínua na Sala de Observação (SO) ou, caso necessite de uma monitorização contínua e maior vigilância hemodinâmica, para os Cuidados Especiais.

Em contexto de Cuidados Especiais desenvolveu-se competências específicas no cuidar de doentes com alterações significativas do seu estado clínico, desencadeadas por insuficiência respiratória, alterações iónicas, intoxicações agudas, complicações agudas de diabetes, fibrilação auricular, edema agudo do pulmão, pneumonia, entre outros.

O atendimento a estes doentes foi facilitado através da observação e avaliação dos doentes bem como da consulta prévia do plano de cuidados de enfermagem inserido no processo clínico do doente, de acordo com a CIPE. Assim, foi possível adequar as intervenções segundo os diagnósticos elaborados, sendo os mais frequentes o risco de queda e risco de infeção, entre outros. A atuação nesta área dos Cuidados Especiais possibilitou o desenvolvimento de habilidades na deteção precoce de diagnósticos de enfermagem, assim como de várias técnicas de intervenção ao doente hemodinamicamente instável. Na Sala de Cuidados Especiais é frequentemente utilizada a Ventilação Não Invasiva (VNI) de forma a promover uma ventilação eficaz, como tal, consolidou-se conhecimentos de técnicas de intervenção a doentes aqui internados, nomeadamente na entubação endotraqueal, no cateterismo central, na linha arterial, na drenagem torácica, entre outras.

Elaborou-se diagnósticos, planeou-se intervenções em resposta aos diagnósticos, fez-se a avaliação e o registo dos cuidados prestados, contribuindo para a continuidade dos cuidados.

Houve a necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, afirmando conhecimentos ao nível das complicações e das respostas esperadas, o que culminou no desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem às complicações e problemas encontrados.

A dor, hoje considerada como o 5.º sinal vital, deve ser avaliada e registada de forma quantificada para se poder monitorizar a eficácia do seu controlo (Ponce, 2012). Neste contexto, de assistência ao doente politraumatizado, teve-se a preocupação com a dor do mesmo. Enquanto enfermeira importa considerar a dor como 5.º sinal vital, pois a avaliação é o início do processo para o controlo da dor. Este sintoma é o que mais habitualmente leva a pessoa ao SU, por este motivo, tratar a dor deve ser uma prioridade no atendimento ao cliente (Lúcio, 2013). Muitas vezes, o melhor avaliador da dor pode ser o próprio cliente, pois este pode fornecer com precisão a localização, intensidade, duração e frequência da sua dor. A dor é subjetiva e individual, modelada por fatores emocionais, pelo que a forma mais correta da sua avaliação é a autoavaliação. Para o efeito, utiliza-se escalas de autoavaliação numéricas ou escalas visuais analógicas em que o doente assinala a intensidade da dor numa escala de números ou imagens, onde o número zero corresponde à ausência de dor e o 10 à dor pior possível (Ponce, 2012).

É crucial proporcionar um ambiente de confiança, na avaliação da dor, de forma a recolher a informação mais fidedigna possível acerca do que o doente sente (DGS, 2003).

Saliento um doente que chegou a Sala de Emergência pela EMIR, vítima de trauma que se encontrava muito queixoso. Teve-se preocupação em avaliar a dor do doente tentando suprimi-la através da administração de um analgésico (morfina). A terapêutica utilizada foi eficaz na amenização da dor do doente. O controlo da dor para além de ser um dever dos profissionais de saúde é um direito dos clientes que com ela sofrem, contribuindo para a humanização dos cuidados em saúde (DGS, 2003).

No SU surgem clientes que procuram, muitas vezes, não uma abordagem curativa, mas uma abordagem paliativa. Segundo Twycross (2001) os cuidados paliativos são cuidados ativos e totais ao cliente e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, no momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e a expectativa de vida é relativamente curta.

Prestou-se cuidados a uma cliente com diagnóstico de cancro da mama, em estado já avançado, já com múltiplas metástases. A cliente apresentava queixas álgicas intensas, dispneia, vómitos e náuseas. Ciente da sua situação, percebeu-se que esta cliente, procurava um cuidar humanizado no sentido de amenizar a sua dor e condição. Assim, procedeu-se de forma a dar algum conforto à cliente amenizando a sua dor, ansiedade e alguma tristeza. Administrou-se um analgésico para estabilizar a dor da cliente e prestou-se apoio emocional através de uma comunicação pausada, empática e assertiva. Em conversa com a cliente

tentou-se perceber se esta se fazia acompanhar de algum familiar de forma a envolver a família no processo do cuidar.

Para que a inclusão da família no processo de cuidados seja possível, é necessário que se crie uma relação de ajuda e confiança, que só é possível se o profissional de enfermagem conseguir averiguar quais as reais necessidades da família (Esteves, 2012).

Tentou-se criar condições facilitadoras de comunicação de forma a informar a família sobre a condição da cliente, prestando apoio naquela hora difícil. A aceitação da possível perda de um ente querido não é fácil, enquanto profissional importa cuidar do doente e família de forma a que estes se adaptem às condições adversas que a doença implica.

Todo o caminho que é viver com uma doença sem cura, com agravamento progressivo até à morte, exige do ser humano uma grande resiliência e superação, muito difícil de alcançar, perante a sua condição de doente, dependente e carente. Aqui o profissional de saúde desempenha um papel fundamental no acompanhamento à pessoa em todo este processo, respeitando a vida deste e a morte que está iminente.

A morte sempre representou para as pessoas um mistério, suscitando muitas dúvidas para as quais a ciência, a religião e outras doutrinas procuram dar respostas, com intuito de amenizar a angústia, a ansiedade e compensar a dor ou vencer o temor da morte (Lúcio, 2013).

A perceção da morte depende sobretudo da satisfação previamente auferida com a vida. Diante disso, a literatura salienta que a perceção da morte é ainda uma experiência eminentemente individual e que, por isso, deve ser considerada a perceção subjetiva de cada cliente (Borges et al., 2006).

O cuidar, na UCIP é um cuidar urgente e emergente direcionado para a cura, através da estabilização das funções orgânicas alteradas. Muitas vezes, os clientes que ocupam as camas deste serviço são acometidos com doenças avançadas, com prognóstico de limite de vida, para o qual não existe efetivamente nenhuma hipótese de cura, encontrando-se em fim de vida (Fernandes, 2017). A UCIP é um local único e evoluído onde os cuidados de enfermagem integram-se com as técnicas mais sofisticadas de forma a lidar com doenças potencialmente fatais (Smith-Blair, 2010).

As Unidades de Cuidados Intensivos refletem o desenvolvimento científico e tecnológico aplicado à saúde, promovendo a utilização de técnicas de diagnóstico e tratamentos decisivos na recuperação dos doentes. Assumem-se como serviços especializados, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais habilitados,

através de equipamento sofisticado e com base em protocolos complexos e específicos para cada intervenção (Borges, 2015).

Enquanto enfermeira procurou-se sempre alargar o campo de ação, indo além de um saber teórico, pautando sempre pela estabilização do doente, através de cuidados de prevenção e controlo de riscos. O trabalho do enfermeiro em contexto de UCIP não envolve apenas o cuidado à pessoa em situação crítica, o enfermeiro nesta unidade atua muito ao nível da prevenção, diminuindo e eliminando eventos patológicos futuros.

O Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. ° Nélio Mendonça, local onde foi desenvolvido o ensino clínico em UCIP, recebe cerca de 500 doentes por ano. Tem por missão a vigilância e tratamento do doente crítico, a Emergência Intra-hospitalar e a Oxigenoterapia Hiperbárica (SESARAM).

De referir que a UCIP se articula com o Modelo Nacional e Oficial de Acreditação de Unidades de Saúde (Modelo ACSA) desenvolvendo políticas, procedimentos e protocolos. Neste sentido, no ano de 2017, foi acreditada com a atribuição do nível Bom, pela Direção Geral de Saúde.

O ser humano possui necessidades que o motivam para a adoção de comportamentos e atitudes que visam satisfazê-las. Abraham Maslow desenvolveu a Teoria da Motivação Humana, que defende a premissa de que todos os seres humanos têm necessidades comuns, as quais precisam ser colmatadas, caso a satisfação de uma necessidade não se verifique, poderá surgir propensão para a doença (Zalenski & Raspa, 2006). Maslow defende que a hierarquia entre as necessidades está ligada às características intrínsecas de cada ser humano, sendo estas que definem o seu comportamento, pois cada indivíduo está em constante desenvolvimento e transita entre as suas diferentes necessidades (fisiológicas, segurança, pertença e amor, estima e autorrealização) (Zalenski & Raspa, 2006). Importa assim, o enfermeiro atender às necessidades de cada cliente primando sempre pela sua dignidade e agindo com base no paradigma “*nursing care as deeply human activity*”.

O cliente em enfermagem é, segundo Meleis (1991), um ser humano com necessidades, em constante interação com o meio e com grande capacidade de adaptação, mas que, devido a doença, risco ou vulnerabilidade a possível doença, pode experienciar um certo desequilíbrio. Assim, perante situação de doença, o cliente entra num processo não adaptativo para se auto cuidar, prevalece o papel do enfermeiro que potencia condições facilitadoras no processo de transição saúde/doença (Meleis, 2000).

Os enfermeiros sempre cuidaram do indivíduo, família e comunidade durante períodos de mudança das suas vidas. Sendo que as fases de desequilíbrio são marcadas por

pontos de viragem e por um processo de transição mais ou menos longo. O que transforma a transição num foco de atenção do enfermeiro é o risco potencial que a mudança acarreta. Desta feita, o enfermeiro, através da sua intervenção, procura prevenir esse mesmo risco, promover o bem-estar, maximizar as capacidades do cliente e desenvolver o seu autocuidado (Meleis, 2010, p. 641).

Em contexto de UCIP os protocolos são cruciais sendo fundamental geri-los com competência. De salientar que apesar de seguir os protocolos instituídos, é esperado que o enfermeiro tenha competência, conhecimento e autonomia para gerir as perfusões dentro dos protocolos (Administração de Noradrenalina; Nutrição Entérica; Monitorização do Potássio Sérico, entre outros), de acordo com a resposta fisiológica do doente à farmacologia (Bento, 2017).

Assim, sendo a administração terapêutica uma das grandes responsabilidades do enfermeiro, apostou-se numa atualização contínua acerca dos conhecimentos farmacológicos, contribuindo para a segurança terapêutica do doente.

A compreensão do processo de transição implica a compreensão das experiências do indivíduo no seu contexto familiar e das relações, bem como, as forças facilitadoras ou contrárias que ajudam ou dificultam o indivíduo a alcançar transições saudáveis (Meleis, 2010, p. 641). Pode dizer-se que o principal objetivo da enfermagem neste contexto é ajudar o indivíduo, através do processo de transições saudáveis, a alcançar ganhos em saúde (Meleis, 2010, p. 641).

Os cuidados de enfermagem baseiam-se nas relações entre enfermeiro/cliente e enfermeiro/família (Esteves, 2012). Para que tal interação seja possível, o enfermeiro deve apelar a uma ferramenta primordial a todas as intervenções, a comunicação. Esteves (2012) no seu estudo sobre comunicação, frisa que “os objetivos da comunicação em enfermagem relacionam-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar, atuar sobre o equilíbrio emocional e saúde psíquica e induzir sentimentos”, o que se estende a todo o processo de cuidado e acompanhamento do doente e família. A comunicação e a própria existência são conceitos indissociáveis. De acordo com Lourenço (2012, p.22), “a comunicação é um processo social básico fundamental em todos os sectores da vida, do mais simples ao mais complexo, constituindo a base da nossa vivência e existência em relação com o outro”.

Assim, através da comunicação entre as pessoas envolvidas no processo de transição é possível promover uma recuperação mais tranquila e efetiva da pessoa em situação crítica.

Prestou-se cuidados a um cliente do sexo masculino, de 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, que deu entrada no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) com um quadro de aneurisma cerebral. O cliente deu entrada no SU acompanhado pela EMIR, por apresentar cefaleia intensa, vômito e alteração do estado de consciência, sendo que a avaliação, segundo a escala de coma de Glasgow, correspondia a três. Após a realização de TAC revelou extensa hemorragia sub aracnóideia.

Posteriormente, em conversa com a família, ficou-se a saber que o cliente era uma pessoa ativa, dinâmica, com passatempos diferenciados e que agora encontrava-se num estado crítico. Para a família aquela situação seria pontual, um simples desmaio ou dor de cabeça um pouco mais forte, mas que na realidade levou o seu ente querido ao internamento em UCIP, com um prognóstico difícil de aceitar.

Importa, perante estas situações e enquanto enfermeira, compreender a especificidade de cada família, identificando as suas reais necessidades, de forma a ajudar esta família na adoção de estratégias que facilitem a receção de más notícias e a adaptação a esta nova realidade.

O modo como se comunica ao doente o diagnóstico e a terapêutica, mesmo que tecnicamente estes estejam corretos, influencia de uma forma muito importante a maneira como o doente vai reagir a ambos. Existe o protocolo de Buckman que, quando aplicado, é de grande utilidade na transmissão das más notícias (Leal, 2003).

A família deve ser considerada, pela equipa multidisciplinar, como continuidade da pessoa que está sob cuidados, a qual necessita de igual modo de uma intervenção que amenize a sua ansiedade e potencie a sua capacidade de prestar suporte ao seu familiar que se encontra em estado crítico (Leal, 2003).

A pessoa em situação crítica necessita de cuidados especializados, como tal, tem de ser cuidada num todo, não só com todos os métodos e procedimentos invasivos, essenciais a sua recuperação, como também, ao envolvimento familiar. Cuidar de um doente crítico em ambiente de UCIP é um desafio, contudo, cuidar da sua família é um desafio ainda maior.

A OE evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”, segundo o Regulamento nº124/2011 (p.8656).

Importa estabelecer uma relação segura e de confiança com doente e família, apologizando sempre a humanização dos cuidados prestados. Pereira (2008, p.17), enfatiza

que “as relações interpessoais fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, numa lógica de atendimento das necessidades de pessoas únicas, que precisam de alguém que as cuide e trate”. O enfermeiro, para dar resposta a tais necessidades, deve dispor de um instrumento considerado crucial na essência do cuidar, a comunicação.

Através da informação partilhada com a família sobre o estado de saúde do seu familiar, da atenção dada a cada sentimento, dúvida e angústia partilhada, conseguiu-se instituir uma relação terapêutica que potenciou positivamente o trabalho realizado em prol do bem-estar da pessoa em situação crítica.

Ficou claro, perante esta e outras situações, o valor da comunicação com a família da pessoa em situação crítica, para a obtenção de ganhos em saúde e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, consolidando assim o desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação.

Comunicação, saúde e enfermagem são conceitos que se interpõem, falar em saúde e enfermagem implica falar sempre em comunicação. Sendo um conceito transversal em saúde, a comunicação assume um papel muito importante nas organizações de saúde, nas equipas e principalmente na relação enfermeiro/cliente/família (Stefanelli & Carvalho, 2005).

O processo comunicacional em saúde pode influenciar significativamente a satisfação dos doentes/famíliares, a sua adaptação psicológica à doença, os seus comportamentos de adesão e a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Borges, 2015).

Muitas vezes, devido ao estado do doente, não é possível estabelecer uma comunicação verbal. Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias comunicacionais que o permitam adaptar a comunicação ao estado do doente de forma a potenciar uma intervenção correta e consciente.

Na UCIP, são várias as situações que levam a que o enfermeiro seja criativo na sua abordagem. Deve ser-se sensível e persistente, apelando a estratégias que permitam a comunicação com o doente que pode estar condicionado pela sua situação clínica. Assim, perante uma situação de um doente que se encontrava com tubo endotraqueal para suporte ventilatório, usou-se um quadro de acrílico, presente no serviço, que contém algumas frases como “tenho sede”, “tenho dores” e um teclado onde o doente pôde escrever outras necessidades que não constavam no quadro. Através de um simples toque, da presença, de um olhar que diz “estou aqui para o que precisar”, é possível, muitas, estabelecer uma relação terapêutica com o doente facilitando assim o processo de enfermagem.

Na UCIP é muito frequente o doente manifestar sinais de dor, ou pela doença ou pelos próprios tratamentos e procedimentos invasivos (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014). É importante que o doente consiga comunicar com o enfermeiro acerca da sua dor, para que este possa compreender o seu quadro algico e assim implementar medidas terapêuticas que contribuam para amenizar o sintoma, prevalecendo a comunicação na relação doente/enfermeiro para o bem-estar do doente.

Segundo Pinho, Carneiro e Alves (2010), a dor deverá ser avaliada através da escala de avaliação Behavior Pain Scale (BPS) para os doentes que, devido à sua condição clínica (sedação, ventilação), não conseguem comunicar verbalmente. Em contexto de UCIP recorre-se, na maior parte das vezes, à escala de avaliação de dor BPS, que avalia a dor do cliente num score de três a doze, tendo por base “observação da expressão facial, de movimentos do corpo, de tensão muscular e sincronia com o ventilador”, sendo de fácil aplicação (Fortunato, Furtado, Hirabae, & Oliveira, 2013).

A par da dor, a avaliação do nível de consciência é um ponto fundamental na prática clínica de todos os profissionais que lidam com doentes críticos. Entre os meios mais comuns para avaliar o nível de consciência encontra-se a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS - pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação), uma escala precisa e fácil de utilizar.

De salientar também que quando se utiliza a RASS o objetivo é manter o doente num nível de -2 "Sedação Leve: acorda rápido e mantém contato" a zero "Alerta calmo", uma vez que um indivíduo nestas condições é muito mais suscetível de colaborar no seu tratamento, havendo também uma maior facilidade de o colocar em ventilação espontânea (Bwizer, 2017).

As experiências desenvolvidas em contexto de UCIP permitiram uma prática mais consciente, segura e competente. Dada a complexidade que caracteriza esta unidade, foi possível prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica prevendo e detetando precocemente as complicações de instabilidade e risco de falência orgânica e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Com a prática desenvolveu-se técnicas e aprimorou-se conhecimentos que facultaram a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com falência orgânica eminente ou estabelecida de vários sistemas orgânicos: sistema cardiovascular; sistema circulatório; sistema respiratório sistema musculoesquelético e sistema urinário de diversas etiologias.

Assistiu-se um doente com Enfarte Agudo do Miocárdio, com Supra ST, hemodinamicamente instável (com bradicardia 25 p/min e com hipotensão), com suporte de noradrenalina, entubado e conectado a prótese ventilatória, em volume controlado. Procurou-se consolidar conhecimentos e atuar de acordo com as *Guidelines of European Society of Cardiology* (2015).

Colaborou-se na implantação de um pacemaker provisório e manteve-se os cuidados inerentes ao procedimento.

Ainda na prestação de cuidados a um doente com traçado de Eletrocardiograma (ECG) compatível com fibrilação auricular, procedeu-se à monitorização contínua dos sinais vitais, preparou-se e administrou-se a sedação, segundo prescrição, ajustou-se a carga elétrica, vigiou-se o traçado, cumprindo as medidas de segurança.

O exercício do enfermeiro é pautado por conhecimentos científicos e tecnológicos, com respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar da comunidade. Para tal, este profissional procura manter uma atualização contínua dos seus cuidados. A evolução tecnológica permitiu avanços no sentido de prestar cuidados mais sofisticados de monitorização e terapêutica. A UCIP, como um ambiente que emana tecnologia, potencia tratamentos avançados à pessoa em situação crítica.

Segundo Silva e Lage (2010), o enfermeiro é um elemento fundamental na qualidade do cuidar, tratar e curar. O enfermeiro, como recurso humano fundamental na UCIP, confere qualidade à Unidade pelas suas competências práticas.

O cuidar da pessoa em situação crítica em contexto de perioperatório, constituiu um verdadeiro desafio. Assim, no sentido de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem em segurança à pessoa em situação crítica, e perante a especificidade do cuidar do doente crítico no perioperatório, destacou-se o cuidar da pessoa na cirurgia cardiorácica no domínio da anestesia.

Ao longo da prática clínica, importa refletir sobre o que significa “cuidar”, um termo que apologiza conhecimento e competência do enfermeiro que presta cuidados. Assim, o enfermeiro deve ser um profissional que possui competências para ajudar a pessoa a desenvolver estratégias para lidar e enfrentar a doença promovendo o seu equilíbrio (Gomes, 2009).

É crucial que se crie um ambiente facilitador de uma prática de cuidados que revele conhecimentos e competências. Sendo uma parte integrante da excelência na prática de enfermagem é fundamental que evidencie a importância do trabalho do enfermeiro para a promoção do bem-estar do cliente (Gomes, 2009).

Os cuidados à pessoa, no BO, são prestados por uma equipa multidisciplinar, onde cada elemento desempenha funções específicas e definidas, contribuindo para um cuidar seguro e de qualidade. O enfermeiro, integrado nesta equipa, cuida da pessoa na sua globalidade, o que significa para essa pessoa, uma garantia de qualidade e segurança dos cuidados prestados (Lourenço, 2004).

O cuidar de uma pessoa que será sujeita a uma intervenção cirúrgica exige, por parte do enfermeiro, um conhecimento acerca de todo o processo cirúrgico, com respeito pelas concetualizações do cliente acerca da cirurgia (Silva, 2002). Cruz e Varela (2002) defendem que o papel que o enfermeiro irá assumir no BO é primordial para o sucesso de todas as fases que constituem o período perioperatório.

O enfermeiro perioperatório presta cuidados de enfermagem ao doente que irá ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou invasiva no BO, assistindo de igual forma a sua família. A AESOP (2012) define a enfermagem perioperatória como

o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações através de um processo programado, pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado (pg. 346).

A enfermagem em contexto de BO adotou, progressivamente uma abordagem holística da pessoa doente na satisfação das suas funções, em detrimento da intervenção outrora assumida com um carácter predominantemente técnico (Rebelo, 2013).

Segundo Amendoeira (2000, p.66-77) “não há cuidados de enfermagem sem relação com a pessoa ou com a família”, assim, “os cuidados de enfermagem, prestados a cada pessoa de modo personalizado e em contexto definidos a partir das dimensões científico, técnico, relacional e cultural, faz emergir a diversidade e qualidade da fonte de saberes em enfermagem”.

A prática de uma enfermagem centrada no doente contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006).

Com estas mudanças, a enfermagem desenvolve um novo papel associado ao cuidado da pessoa com necessidade de cuidados cirúrgicos e anestésicos: a Enfermagem Perioperatória (Silva, 2013).

Representa, assim, o conjunto dos conhecimentos, habilidades e atitudes utilizados pelo enfermeiro, correspondendo ao saber, saber fazer e saber estar da especificidade perioperatória, cumprindo, transversalmente, as fases pré, intra e pós-operatória da experiência do doente. A aquisição destes saberes e o desenvolvimento de competências nas

diferentes funções são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, num ambiente seguro (AESOP, 2006).

Segundo Ladden (1997), a enfermagem perioperatória é um processo profissional e dinâmico. De acordo com o autor, os enfermeiros perioperatórios asseguram aos clientes cirúrgicos cuidados de enfermagem, através da identificação e planeamento das intervenções e ações, apoiados em bases fundamentadas. Assim, estes enfermeiros proporcionam aos clientes um ambiente seguro e eficiente para que o cliente alcance resultados positivos ao longo de todo o processo cirúrgico.

Segundo a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA), citado pela AESOP (2006),

os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com os cuidados perioperatórios. (AESOP, 2006, p. 7-8)

Os doentes cirúrgicos, são doentes especialmente vulneráveis pela sua situação clínica e experiência a que vão ser sujeitos e por dependerem de estranhos a quem vão confiar para cuidar da sua pessoa e do seu corpo. Estes doentes por estarem sedados ou anestesiados, ficam mais suscetíveis e vulneráveis à ocorrência a qualquer tipo de risco ou acidente (AESOP, 2006).

Os enfermeiros perioperatórios assumem a responsabilidade de prestar cuidados individualizados no BO, primando pela promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, bem como a adoção de medidas que garantam um ambiente seguro (Ferreira & Magalhães, 2002). Assim, este enfermeiro, no cuidar da pessoa em situação crítica, desempenha atividades no âmbito da segurança, prevenção de infeção, controlo da dor, manutenção da temperatura corporal e a adequação de posicionamentos cirúrgicos. A par destas funções, é esperado que o enfermeiro desempenhe outras que se reflitam no doente, através de um cuidar humano e de ajuda (AESOP, 2006).

Salienta-se ainda que, segundo a AESOP (2006), “qualquer das funções do enfermeiro perioperatório, é essencial, com idêntica importância na prestação de cuidados perioperatórios em que o todo contempla, dá continuidade e otimiza os benefícios de uma enfermagem perioperatória centrada no doente e na qualidade.” (AESOP, 2006, p. 108)

Organizações como a AESOP e a AORN defendem que o enfermeiro de BO deve cuidar da pessoa nas três fases da sua experiência cirúrgica, pré, intra e pós-operatório,

devendo estar habilitado para desempenhar funções de enfermeiro instrumentista, circulante ou de anestesia e ainda desempenhar funções na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) (AESOP, 2006).

O período pré-operatório é o tempo que antecede o procedimento cirúrgico, tendo início quando o cliente é informado sobre a necessidade de ser submetido a um ato cirúrgico e finalizado quando termina transferência para a mesa cirúrgica. O período pré-operatório é variável pois depende das circunstâncias do cliente, desde a patologia associada até ao seu estado clínico (Gomes, 2009).

É durante o período pré-operatório que o cliente vai tomando consciência da importância da cirurgia e necessidade de realizá-la para promover o seu bem-estar. É nesta fase que podem surgir dúvidas, medos, anseios e muitas perguntas, desempenhando o enfermeiro um papel primordial para a preparação do cliente para o ato cirúrgico (Gomes, 2009).

Esta preparação passa por informar o cliente sobre os aspetos associados ao processo da cirurgia, de forma a reduzir a sua ansiedade e fomentar a participação deste em todos os procedimentos a efetuar e também contribuir para uma recuperação adequada em todas as fases que compõem o período perioperatório.

Neste período, em contexto de BO, adotou-se estratégias que permitiram agir de forma precisa e objetiva, ajudando o cliente sobre os aspetos que o preocupavam, acerca da cirurgia. De acordo com Gonçalves (2003) é crucial que o enfermeiro, no cuidar do cliente

tenha conhecimento e consciência que é sua função suavizar, senão eliminar o processo ansioso que o doente vivência (...) uma boa relação enfermeiro / doente / família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital (p.18)

Uma correta preparação no período pré-operatório, primando por um cuidar centrado no cliente, é crucial para a eficácia de todas as fases que constituem o processo cirúrgico. Toda a ação do enfermeiro na fase pré-operatória terá consequências na recuperação e êxito da cirurgia, o que apela a um cuidar responsável, planeado e competente por parte do profissional de enfermagem.

A admissão do doente no BO, representa o início de uma nova etapa. Para o doente é um momento muito importante, por se encontrar num ambiente totalmente desconhecido e para muitos, aterrador. O comportamento do enfermeiro é decisivo para que o doente sinta confiança e segurança na equipa. O enfermeiro na admissão do doente deve apresentar-se; orientar o doente relativamente a aspetos gerais do ambiente clínico em que se encontra;

explicar ao cliente as funções das pessoas responsáveis pela sua assistência; rever com o utente as finalidades e particularidades dos documentos que ele tenha assinado e confirmar o doente e a cirurgia a realizar.

Procurou-se, aquando do acolhimento, estabelecer uma relação de empatia no período pré-operatório sempre com atenção acerca das necessidades do doente/família. Informou-se todos os procedimentos a realizar neste período. Preservou-se o respeito pelo doente / família. Demonstrou-se discrição, cortesia e disponibilidade. A informação dada ao doente / família foi apresentada de forma adequada, respondeu-se apropriadamente a todas as questões, solicitações e aos problemas do doente, dentro da área de competência. A continuidade de cuidados através da comunicação escrita (informática) e verbal foi assegurada.

Acompanhou-se e assistiu-se a enfermeira tutora na prestação e gestão dos cuidados diretos e especializados ao doente cardíaco/ família no perioperatório da cirurgia Cardiorácica, na gestão de protocolos terapêuticos, na gestão de protocolos anestésicos, na comunicação e gestão de transferência dos doentes para o serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos (UCICT).

Compete ao enfermeiro explicar o seu trabalho, os cuidados que vai prestar e o objetivo dos mesmos, as consequências e os riscos que podem surgir caso não se pratiquem os cuidados adequados. Importa salientar a importância de se obter o consentimento informando, assentando esta premissa na proteção dos direitos à integridade física e moral do cliente (Lobão, 2003).

De acordo com Dias (2003) o consentimento informado “é uma ação voluntária e livre feita por uma pessoa autónoma, maior e na posse das suas faculdades mentais de forma a decidir uma escolha inteligente permitindo algo proposto por alguém” (p.55).

Para Hesbeen (2000) os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas ações que são sobretudo, uma imensidão de pequenas coisas que dão possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares ao longo do período que antecede o ato cirúrgico.

Toda a preparação efetuada e informações transmitidas no pré-operatório têm revelado resultados positivos na resposta do cliente no pós-operatório (Melo, 2005).

Na fase intraoperatória as funções de cada enfermeiro são bem distintas. Não obstante, em alguns hospitais os enfermeiros têm competências para desempenhar os três papéis, rotativamente, e noutros estas funções são fixas, enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista/circulante.

Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro de anestesia tem como funções: prevenir, reduzir, e controlar a ocorrência de situações de risco, pelo fato do doente estar sob o efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência; garantir o bem-estar físico e psicológico; verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de acordo com o doente e os protocolos instituídos, para evitar fatores de risco acrescido, pela possibilidade de ocorrência de falhas na previsão dos mesmos; colaborar eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras anestésicas e promover um ambiente terapêutico seguro.

Segundo a OE (2004b), o enfermeiro circulante é responsável pela “redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no BO, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.”

A AESOP (2006) defende que o enfermeiro circulante deve ser experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas de modo a dar resposta a situações de urgência/ emergência no BO. Tem atribuições específicas de responsabilidade no que se refere a segurança do doente e equipa cirúrgica, segurança do ambiente (limpeza e temperatura adequada, funcionamento dos equipamentos, disponibilidade de consumíveis clínicos e preenchimento da verificação do procedimento e local cirúrgico), controlo de infeção e gestão de riscos inerentes a um BO.

O enfermeiro instrumentista segundo a AESOP (2006), tem como função prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção operatória; cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica e das contagens dos itens quantificáveis; diminuir os custos do procedimento cirúrgico, por uma melhor gestão dos gastos e um adequado controlo dos dispositivos médicos; promover a durabilidade dos instrumentos, pois exige cuidado na sua manipulação, utilização e manutenção.

Assim, a título de conclusão, a enfermagem perioperatória, segundo, Cheever e Hinkle, (2006), engloba toda a vivência cirúrgica e divide-se em três períodos: o período pré operatório que tem início aquando da tomada de decisão de realizar a cirurgia e termina na passagem do doente para a sala de operações; o período intraoperatório que vai desde o início da cirurgia até ao seu término, quando o doente é transferido para a UCPA, e o período pós-operatório que diz respeito ao período em que o doente dá entrada na UCPA sendo depois transferido para outra unidade de cuidados diferenciados ou para o serviço de origem e posteriormente para o domicílio.

O BO é um serviço complexo e dinâmico que, pelas suas características que exigem muito dos profissionais de enfermagem, quer pela condição do doente, pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quer pelas tecnologias avançadas utilizadas, comporta a ideia de ser um ambiente desgastante e de grande stress. O trabalho neste contexto, complexo e exigente, implica que o enfermeiro atualize constantemente os seus conhecimentos e competências (Cruz, 2004).

No BO, mais do que em qualquer outra unidade, a segurança do cliente é uma prioridade e o enfermeiro deve atuar de forma a garantir essa segurança, pois tem conhecimentos e competências para o fazer.

Todo o cuidar em saúde é prestado em prol do bem-estar do cliente e os esforços dos profissionais são realizados sempre no sentido de aprimorar as suas funções e contribuir para uma intervenção que pautada pela qualidade e pela segurança dos cuidados. Não obstante, dada a complexidade dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos que a prestação de cuidados envolve, existe o risco inerente de ocorrência de erros e de eventos adversos (ICN, 2009). Se, por um lado, as inovações e o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, no âmbito da saúde, propiciam a sobrevivência dos doentes, por outro lado, aumentam o risco de complicações, devido ao seu carácter agressivo e invasivo (AESOP, 2005).

O BO é um serviço fechado e isolado do exterior, sendo que a sua conceção depende da população a que se destina, as especialidades cirúrgicas e tipo de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio, bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar resposta às necessidades (Cruz, 2004).

O trabalho no BO depende do desempenho de cada profissional, sendo crucial que cada um conheça quais as suas funções e como as executar de forma correta. Observou-se que as tarefas são sempre realizadas segundo as normas preconizadas pelas associações profissionais como a EORNA, a AESOP e a União Nacional de Enfermeiros do Bloco Operatório com Diploma do Estado (UNAIBODE) no desenvolvimento da boa prática profissional.

Considerou-se pertinente a realização do estágio de opção no BO de Cirurgia Cardiotorácica no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, por este serviço ser considerado um centro de referência e pelo número de intervenções cirúrgicas diárias realizadas ser elevado, o que permitiu desenvolver competências nesta área de intervenção.

Este serviço tem interligação com vários serviços como a hemodinâmica, banco de sangue, anatomia patológica, laboratório e ainda com o serviço de unidade de cuidados

intensivos de cardiologia. Os recursos humanos são constituídos por uma equipa multidisciplinar: cirurgias cardiotorácicas, anesthesiologistas, enfermeiros perioperatórios, perfusionistas e assistentes operacionais.

Prestou-se cuidados de enfermagem especializados à pessoa na cirurgia cardiotorácica no domínio da anestesia.

Os métodos utilizados na prestação dos cuidados tiveram por base a observação, a capacidade de análise, a compreensão, a reflexão, a colaboração no cuidar numa unidade especializada: o BO de Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG/E).

O doente do foro cardíaco é um doente crítico que pela natureza e gravidade da disfunção do sistema cardíaco pode ter a sua vida ameaçada e cujo impacto dessa disfunção pode significar morte ou elevados níveis de dependência, trazendo grandes repercussões pessoais, na família e na sociedade. A identificação, reconhecimento e tratamento precoce destas disfunções poderão ser fundamentais na recuperação destes doentes. Pode considerar-se doente crítico cardíaco, aquele que apresenta disfunção ou falência profunda do sistema cardiovascular, nomeadamente do doente com EAM (Silva & Rocha, 2005).

As cirurgias realizadas no BO são: revascularização miocárdica (com ou sem circulação extracorporal), aneurismas/ dissecções da aorta, substituições de válvulas aórticas e mitrais (colocação de prótese mecânica ou biológica), plastias mitrais ou tricúspide e encerramento de comunicação intra-auricular. No fim do ato cirúrgico procede-se ao transporte intra-hospitalar do cliente para a UCICT. Esta transferência é efetivada quando estão reunidas todas as condições para o transporte e após informar a UCICT. O cliente é acompanhado pelo anestesista, pelo cirurgião e pelo enfermeiro de anestesia.

Na UCICT, o enfermeiro passa a informação relativa ao procedimento cirúrgico/anestésico, às intercorrências, bem como outras informações que considere pertinentes e úteis.

Segundo Cheever e Hinkle (2016), a compreensão da história natural, o aparecimento de meios de diagnósticos mais precisos, as melhorias nos procedimentos perioperatórios e ainda a evolução nas técnicas e no número de intervenções cirúrgicas contribuíram para o progresso no tratamento da doença cardíaca adquirida.

Com o aparecimento de tratamentos inovadores como a terapia trombolítica e a terapia de anti coagulação, a angioplastia por balão e a laser e a colocação de stent da artéria coronária, contribuíram para uma melhoria no tratamento clínico da doença cardíaca, proporcionando aos doentes portadores de cardiopatia isquémica e mio cardiopatia

idiopática um tratamento eficiente e eficaz. As intervenções cirúrgicas com recurso a novas técnicas cirúrgicas, cada vez menos invasivas e com resultados cada vez mais positivos, mantêm-se como o tratamento de eleição para os clientes em que a cirurgia aumenta a probabilidade de uma maior qualidade de vida em relação ao tratamento clínico (Silva & Rocha, 2005).

Toda a situação clínica do doente e características inerentes a esta exige cuidados altamente especializados que são prestados por profissionais com competências específicas. No que diz respeito ao enfermeiro perioperatório, a OE (2004b, p.1), refere que o enfermeiro

no desempenho das suas competências tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções incluindo em situações de emergência ou de limite.

As cirurgias de emergência implicam uma grande capacidade de resposta rápida por parte de toda a equipa cirúrgica. Estas cirurgias não sendo planeadas, de carácter imprevisível, representam um desafio para o enfermeiro ao longo de todo o procedimento perioperatório.

Uma vez de carácter emergente, as etapas destas cirurgias, são preparadas num tempo diminuído, dificultando a avaliação no período pré-operatório. Assim, é crucial estabelecer prioridades e trabalhar em conformidade com a equipa multidisciplinar, de forma a garantir uma resposta rápida que se traduza em bons *outcomes*.

De forma a dar respostas eficientes e competentes em contexto de BO e a desenvolver as competências preconizadas, efetuou-se uma revisão bibliográfica sobre os procedimentos de enfermagem no perioperatório da cirurgia cardiorácica e sobre os tipos de anestesia e fármacos utilizados e sua farmacocinética.

Houve a oportunidade de conversar com a enfermeira tutora sobre o percurso da pessoa em situação crítica no perioperatório, nomeadamente, em situação de cirurgia programada e cirurgia de emergência. Antes de iniciar esta prática clínica procurou-se conhecer o funcionamento, a função e a filosofia dos cuidados de enfermagem do CHVNG/E. Já no serviço do BO de Cardiorácica acompanhou-se a enfermeira anestesista, perita em perioperatório, a qual incorpora um processo de perícia que integra e sintetiza o conhecimento científico, o conhecimento advindo da sua própria experiência no seu percurso profissional.

Para uma melhor compreensão e de forma a dar resposta as situações complexas que surgissem ao longo deste ensino clínico mobilizou-se conhecimentos adquiridos em sala de aula e pesquisou-se bibliografia sobre alguns fármacos específicos de anestesia cardíaca,

nomeadamente, com ação no sistema cardiovascular, de forma a prestar cuidados de enfermagem com segurança.

Assistiu-se e prestou-se cuidados inerentes ao procedimento anestésico através da implementação de intervenções técnicas de enfermagem na área de anestesia. Consultou-se, geriu-se e aplicou-se no intra-operatório da cirurgia cardiorácica os protocolos complexos de terapêuticas antecipando a instabilidade hemodinâmica do doente crítico cirúrgico.

Sempre que solicitada colaborou-se com a enfermeira circulante onde pôde constatar-se que esta é a gestora da sala operatória. Observou-se ainda a importância da enfermeira instrumentista.

Ao longo deste ensino clínico manipulou-se equipamentos específicos do BO: monitor (Dräger- Infinity Delta) - monitorização com ECG (5 derivações), FC, FR, SpO₂, etCO₂, T°C, TA invasiva, BIS e de PVC); ventilador-Dräger Primus, aparelho de gasometria, aparelho de ACT, seringas e bombas perfusoras, Invos (aparelho de oximetria cerebral). Neste BO é usado o Eco trans esofágico no procedimento cirúrgico, cell-saver, máquina de CEC, ECMO, aparelho de medição de fluxo das revascularizações.

Promoveu-se a segurança do cliente através da otimização dos equipamentos (sistema de ventilação mecânica, sistema de ventilação manual, sistema de aspiração e monitores de sinais vitais, BIS e oximetria cerebral), disponibilização e verificação de todo o material (para entubação endotraqueal, para a colocação de cateter central, linha arterial, sonda nasogástrica, entre outros) e preparação de fármacos anestésicos segundo prescrição do anestesista da sala operatória. Neste âmbito de prestação de cuidados de forma a efetuar uma melhor gestão de cuidados manteve-se uma vigilância rigorosa, realizou-se balanço hidroelectrolítico, procedeu-se a interpretação de valores obtidos através dos vários tipos de monitorização e de valores gasométricos de maneira a realizar uma avaliação precisa do estado hemodinâmico de cada cliente. Assim, antecipou-se situações de deterioração ou agravamento do estado clínico através de um diagnóstico precoce de complicações potenciais/ reais.

Refletiu-se e discutiu-se com a enfermeira tutora e por vezes com o anestesista presente na sala operatória, acerca dos resultados obtidos através da vigilância hemodinâmica, da determinação do Activated Clothing Time (ACT), e de administração de heparina e outros fármacos cardiogénicos, avaliou-se a adequação das intervenções implementadas com base nos resultados obtidos. Tal promoveu o desenvolvimento do pensamento crítico acerca dos procedimentos intrínsecos ao intra-operatório.

Cada vez mais a sociedade de hoje exige uma prática de enfermagem em que se verifique habilidade de pensamento crítico como uma atividade orientada para o resultado, é sistemática e organizada, não errática conduzindo a tomada de decisão mais assertiva (Cheever & Hinkle, 2016).

No final do ato cirúrgico assistiu-se a reversão da anestesia e participou-se e efetivou-se o transporte intra-hospitalar com a equipa multidisciplinar do doente da sala operatória até a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica. Apesar da proximidade da unidade ao BO, o transporte de um doente crítico por si só constitui um risco. Assim, a nível nacional o transporte de doentes encontra-se regulamentado para que haja uma uniformização de procedimentos, tendo por base o princípio de que o doente tem direito a cuidados de qualidade, sendo a segurança um elemento fundamental (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Constatou-se, no que diz respeito a gestão da dor e de forma a maximizar o bem-estar do cliente, que é realizada a avaliação do cliente no período pré-operatório. É extremamente importante atender a este sintoma de forma a atender a cada cliente de forma diferenciada com atenção e respeito pelas suas especificidades. Assim, a gestão de analgesia é realizada na indução (fentanil) e na manutenção anestésica (remifentanil). No fim do ato cirúrgico, procede-se à administração de morfina de forma a proporcionar ao cliente um despertar calmo e sem dor.

Ao longo deste ensino clínico incorporou-se alguns dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, pois são orientações e referências para uma prática especializada, refletindo-se numa melhoria no exercício dos cuidados prestados.

Assim, desenvolveu-se aquando das aulas teóricas, um projeto de autoformação acerca do cuidar do doente cirúrgico perioperatório, que serviu de base para o desempenho de uma prática fundamentada e para um posicionamento na *praxis* clínica que impulsionou uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Desenvolveu-se competências no âmbito da especificidade do doente crítico no intraoperatório da cirurgia cardiotorácica no domínio da anestesia, na gestão de protocolos terapêuticos, na liderança, na supervisão clínica, na comunicação e na relação terapêutica com os doentes e seus familiares.

É difícil apurar um único significado ou definição que faça justiça ao conceito de cuidar. Cada autor concebe este conceito de acordo com as suas crenças, valores e ideais. Não obstante, será unânime considerar que o cuidar é a essência e o foco central da profissão de enfermagem. Assim, é esperado que o enfermeiro assuma a prestação de cuidados apoiado

numa intervenção ética, técnica, científica, prática e relacional, de forma a dar resposta ao grande desafio que é cuidar.

2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação.

As catástrofes e as emergências com multivítimas têm vindo a aumentar em Portugal e pelo mundo. Estes fenómenos cada vez mais crescentes são reflexo do aumento da população a nível global, do movimento de pessoas oriundo do turismo e da migração e a produção, transporte e uso de materiais perigosos que aumentam a ocorrência de catástrofe ou situação multivítima (Lúcio, 2013 & Cardoso, 2014).

É imperativo que qualquer serviço esteja preparado para a possibilidade de intervir numa situação de catástrofe e multivítima sendo objetivo primordial reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os posteriores efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

A OMS definiu catástrofe como “uma ocorrência que causa danos, desequilíbrio ecológico, perda de vidas humanas, numa escala suficiente para desencadear a necessidade de uma resposta extra à comunidade afetada” Sally (2014, p.48).

Perante a possibilidade de ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes dimensões é fundamental que as instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) realizem, regularmente, uma análise da situação, planeando de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência adequada a qualquer cenário de catástrofe referido, ou a outro, que, pela sua natureza ou dimensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, instalando-se assim uma crise (DGS, 2010).

De acordo com Lennquist (2012), a principal preocupação da instituição e dos profissionais de saúde, em caso de catástrofe, prender-se-á com o facto de apurar se os recursos disponíveis são suficientes para as necessidades de saúde emergentes. É crucial que se estabeleçam prioridades e se mobilizem recursos capazes de dar respostas adequadas, à falta ou incapacidade de atender às necessidades imediatas de cuidados de saúde pode comprometer a prestação de cuidados com consequências incontornáveis, tais como perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes.

Face a uma catástrofe onde se verifique em elevado número de vítimas e um reduzido número de equipas de emergência é crucial atender a dois fatores: deslocar os recursos disponíveis para o local onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos humanos e materiais e fazer uma correta e eficaz utilização dos recursos disponíveis, estabelecendo prioridades e recorrendo a métodos simples de diagnóstico e tratamento (Lúcio, 2013).

Elaborar um plano de emergência é responsabilidade prioritária das unidades de saúde. Considerando a realidade atual dos sistemas de saúde, particularmente no que diz respeito ao seu funcionamento diário que acontece já no limite das suas capacidades, é crucial adotar um plano que avalie os meios de reação da Unidade de Saúde perante uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (DGS, 2010).

Neste âmbito torna-se vital definir regras ou normas gerais de atuação. Cada unidade de saúde assegura então a elaboração do Plano de Emergência de forma a garantir a segurança e gestão de risco através de uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição em situação de crise.

De acordo com a DGS (2010) o Plano de Emergência deve ser dinâmico, avaliado e reatualizado de acordo com as instruções comunicadas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pelos Planos Nacionais de Contingência/Emergência, de acordo com os riscos sanitários e as alterações estruturais na Unidade de Saúde.

O plano deve ser estruturado de forma a dar resposta nas vertentes de organização e gestão dos serviços, nos recursos humanos, na prestação de cuidados e em recursos gerais.

Neste contexto cada profissional deve identificar o seu papel, conhecer a sua missão e o seu domínio de competências.

O SU possui um Plano de Catástrofe Externo, constituído por um conjunto de normas e regras de procedimentos destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na RAM, conduzindo a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência do Hospital Central do Funchal, que podem esgotar os recursos disponíveis. Esse Plano define os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um fluxo maciço de vítimas, garantindo uma eficaz atuação em caso de receção de multivítimas, de modo a reduzir a sua morbilidade e mortalidade (Bento, 2017).

Em relação ao plano de catástrofe, o MSU define-o como

um conjunto de normas e regras de procedimentos destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na RAM., conduzindo a uma

procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência do Hospital Central do Funchal, que podem esgotar os recursos disponíveis.

Este Plano de catástrofe constitui uma resposta em casos de riscos de origem natural: como aluviões, sismos, deslizamento de terras, inundações, ciclones, incêndios florestais e urbanos; riscos derivados do desenvolvimento tecnológico: acidentes de tráfego rodoviário, marítimo e aéreo, colapso de edifícios, túneis, pontes e riscos relacionados com o comportamento humano: provas automobilísticas, espetáculos pirotécnicos e atos de terrorismo.

Salienta-se que o ensino clínico SU foi o serviço em que os profissionais demonstraram mais experiência e como tal mais preocupação na efetivação e concretização do plano neste campo de ação. Pode afirmar-se que se concretizou o objetivo de tomar conhecimento do procedimento deste serviço no que concerne a atuação dos profissionais em caso de catástrofe.

É esperado que o enfermeiro que presta cuidados perante estes cenários dantescos possua uma panóplia de conhecimentos e competências capazes de garantir a qualidade e a segurança no cuidar da pessoa em situação crítica vítima de catástrofe ou emergência com multivítimas (Cardoso, 2014). O enfermeiro deve atuar como elemento facilitador do processo de transição pelo qual a pessoa em situação crítica, vítima de catástrofe ou emergência com multivítima e suas famílias vivenciam.

Segundo o ICN (2009) os enfermeiros assumem grande importância em situações de catástrofe, por serem dotados de conhecimentos, competências e habilidades para dar apoio aos esforços humanitários, contribuindo de forma positiva na resposta às catástrofes (Bento, 2017). Para tal, é imperativo que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada (OE, 2011)

Perante o exposto e no âmbito do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica a OE (2011) através do seu Regulamento n.º 124/2011 defende que o enfermeiro especialista “Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção a ação”. De acordo com o preconizado, desenvolveram-se atividades e reflexões sobre a prática clínica de forma a adquirir e aprofundar conhecimentos neste campo de atuação, desenvolvendo ao longo dos ensinamentos clínicos, na medida em que foi traçado um conjunto de objetivos, competências que me permitissem atuar de forma assertiva em caso de crise ou catástrofe.

Assim, procurou-se ao longo dos estágios nos diversos ambientes clínicos, nomeadamente em ambiente de SU, UCIP e BO, compreender e solidificar conhecimentos dados em sala de aula sobre a atuação do enfermeiro especialista neste cenário de catástrofe com multivítimas. De referir que, ao longo dos três estágios, não surgiram situações que convergissem no sentido de ativar o plano de catástrofe/emergência multivítimas. Não obstante, procurou-se informação sobre os planos de catástrofe/ emergência multivítimas nomeadamente os protocolos de atuação e através da realização de um curso de pós-graduação sobre catástrofe, *Medical Response to Major Incidents* (MRMI).

O referido curso constituiu uma formação muito importante pois permite uma aprendizagem efetiva na resposta à catástrofe. É do conhecimento geral que as situações de catástrofe atingem muitas vezes grandes dimensões e ocorrem situações imprevisíveis, inclusive situações de limite de vida. Este curso ao reunir vários profissionais como a proteção civil em todas as suas vertentes, médicos, enfermeiros, psicólogos, bombeiros, polícia, militares, seguranças, gestores e pessoal administrativo da área da saúde, possibilita uma articulação de todas as estruturas envolvidas no socorro em catástrofe. Sendo que o treino em simulacro, promove uma resposta rápida e eficaz aquando de situações reais de catástrofe. Competências como a gestão dos cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe foram consolidadas através da realização de cursos teórico-práticos.

Participou-se de um simulacro aquando das aulas teóricas. Este foi realizado nas instalações da Proteção Civil com o objetivo de averiguar se o plano de emergência estaria operacional. Participou-se no simulacro de forma dinâmica e com funções de triagem, transporte de doentes, abordagem às vítimas obedecendo a abordagem A B D C E, minimização de lesões traumáticas e estabilização de doentes.

A participação no simulacro contribuiu de forma positiva para a afirmação da competência de enfermeira especialista neste âmbito da catástrofe, potenciando conhecimentos válidos e específicos para uma intervenção na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima.

2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica.

Na procura pela excelência do seu trabalho, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser detentor de competências no âmbito da infeção, demonstrando conhecimentos profundos e fundamentados no controlo da infeção com fortes

bases científicas. Assim, de acordo com o Regulamento nº 124/2011, na complexidade das situações e na necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista tem uma participação ativa na conceção de um plano para a diminuição da incidência das IACS e no desenvolvimento de normas com o mesmo fim. Este plano deve estar sempre atualizado com base na evidência científica, definindo estratégias de prevenção e controlo da infeção a implementar no serviço.

As IACS constituem uma ameaça à saúde pública, na medida em que ocorrem com muita frequência, estão associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade e envolvem um acréscimo de recursos financeiros.

Estas infeções têm cada vez mais impacto em Portugal. O Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) de 2017, demonstra uma prevalência de 7.8% nos doentes internados (DGS, 2017). “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados” (DGS, 2007, p. 4).

Através de um estudo nacional realizado em 2012 a taxa de prevalência das IACS era de 10.6%, sendo que as mais frequentes foram as infeções das vias respiratórias com 29.3%, as vias urinárias com 21.1%, do local cirúrgico com 18% e da corrente sanguínea com 8.1% (DGS, 2012).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos clientes, nas unidades de saúde e na comunidade (DGS, 2017).

Neste sentido, a DGS através da norma 029/2012 recomendou que as unidades prestadoras de cuidados de saúde facilitem a implementação das Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), sendo que esta norma atribui aos dirigentes das instituições a responsabilidade de garantir a sua implementação, através de sistemas ou recursos facilitadores e com a monitorização do cumprimento das medidas pelos profissionais que prestam cuidados (DGS, 2012).

Assim, os dirigentes devem ainda assegurar a formação e o treino adequado dos profissionais, disponibilizar as normas existentes e os recursos necessários para a implementação, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas e definir a periodicidade da realização de auditoria interna que deverá ser registada de acordo com o serviço (DGS, 2012).

De forma a reduzir as taxas de infeção associadas às IACS, contribuindo para uma política de segurança e para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, foram criadas as Comissões de Controlo de Infeção (CCI) através do despacho 18052/2007 da DGS.

As CCI são órgãos de assessoria técnica de apoio a gestão, na prevenção e controlo de infeção. Possuem um carácter vinculativo, multidisciplinar e com autonomia técnica executiva o que as torna fundamentais na efetivação do compromisso de implementação do programa nacional de prevenção e controlo da infeção na medida em que promovem e fazem cumprir os planos e as recomendações internas de prevenção e controlo de infeção. Estes são estrategicamente direcionados para a prestação efetiva de cuidados através de formação dos profissionais, com as recomendações de boas práticas e ainda abrangem a vigilância epidemiológica de estruturas, procedimentos e resultados através de auditorias internas (Lúcio, 2013).

A DGS (2017) defende que

prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde deverão constituir uma prioridade estratégica de longo prazo para as instituições de cuidados de saúde. A cooperação deverá alargar-se a todas as funções e níveis hierárquicos para que os comportamentos e as mudanças organizativas sejam orientados para a produção de resultados, definindo responsabilidades a todos os níveis, organizando estruturas de apoio e recursos técnicos locais e instituindo procedimentos de avaliação (p.19).

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde detém os conhecimentos necessários para intervir em diversos contextos de prestação de cuidados, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade, onde assume funções importantes na prevenção e controlo da infeção. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é o enfermeiro que possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua prática clínica, de maneira a intervir na prevenção e controlo da infeção, o que vai de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. A OE através do Regulamento n.º 124/2011, define que este enfermeiro “maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.” (p. 4).

Assim, é espetável que este enfermeiro seja responsável por apoiar e dinamizar iniciativas e projetos dos serviços e/ou instituição que concorram para uma melhoria em termos de qualidade dos serviços e/ou instituição.

Para que o enfermeiro previna complicações no âmbito da prevenção e controlo das IACS, o Regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados

Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, preconizou elementos fundamentais para essa prevenção.

De forma a consolidar conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção, procurou-se informação acerca do PPCIRA, preconizado pelo Gabinete de Qualidade do Hospital Dr.º Nélio Mendonça.

Embora não se tenha participado na conceção do plano de prevenção e controlo de infeção nos ensinamentos clínicos, analisou-se e refletiu-se sobre os procedimentos instituídos em cada serviço.

Constatou-se, ao longo dos ensinamentos clínicos, a relevância da atuação do enfermeiro especialista nesta área, na medida em que através da reflexão sobre a prática e da formação dos seus pares, assume especial relevância na implementação de projetos e de normas orientadoras das boas práticas adotadas pela instituição. Assim, este enfermeiro promove o envolvimento de todos os enfermeiros na implementação de projetos essenciais para a redução e controlo da infeção.

Em contexto de SU, devido à grande afluência de clientes que se sobrepõe muitas vezes aos recursos humanos, as medidas de prevenção de infeção são mais difíceis de implementar. Compete a toda a equipa desenvolver estratégias eficazes de forma a combater a falta de recursos e pôr em vigor as medidas PBCI, salvaguardando os clientes de uma situação de risco com maior suscetibilidade para a infeção.

Na área de Cuidados Especiais, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por ser detentor de competências acrescidas, assume a prestação dos cuidados. Tais competências conferem a este especialista a função de assegurar o cumprimento das normas e procedimentos adotados pelas CCI em relação às PBCI, com o uso de material de proteção como máscara, bata, luvas esterilizadas, entre outros.

Nesta área, após ser admitido um doente com diagnóstico de Tuberculose, tomou-se as medidas devidas para o controlo de infeção. Sendo uma doença infectocontagiosa, isolou-se o doente de forma a prevenir o contágio e salvaguardar outros clientes e profissionais.

O atendimento rápido e eficaz à pessoa em situação crítica é característica major do SU. Impera a capacidade de vigilância constante, antecipando complicações, o conhecimento da necessidade de intervenções precoces para a prevenção de situações clínicas agravantes, sendo um serviço de grande evidência para o desenvolvimento de competências.

A UCIP, um serviço que presta cuidados de saúde complexos, admite doentes referenciados como doentes críticos. Ponce (2015) refere que os doentes admitidos neste contexto são “(...) portadores de muitas comorbilidades que limitam a sua reserva funcional prévia, somando-se a gravidade da disfunção fisiológica aguda, a necessidade de dispositivos invasivos e a total dependência dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde” (p.363).

Perante a prevalência de tecnologias inovadoras, protocolos terapêuticos complexos e com procedimentos que exigem a utilização de dispositivos cada vez mais invasivos quer para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, os doentes em UCIP têm mais predisposição para desenvolver infeções nosocomiais (Ponce, 2015).

Estes fatores predisponentes ao aumento da frequência de infeção potenciam o desenvolvimento de IACS. Segundo Ponce (2015), aproximadamente 20% de todas as infeções são adquiridas em UCIP.

O mesmo autor refere ainda que nestas unidades facilmente se recorre a uma variedade de ciclos de antibioterapia, o que desencadeia por imposição seletiva o aumento de microrganismos resistentes aos antimicrobianos, como as *entrebaterias* produtoras de beta-lactamases de espectro alargado (ESBL+), o *Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA), a *Pseudomonas aeruginosa* e o *Acinetobacter spp. Multirresistentes* (Ponce, 2015).

Tal pode potenciar uma elevada falência de terapêutica, expondo o doente a um risco acrescido de transmissão cruzada destes agentes infecciosos (Ponce, 2015).

No sentido de diminuir a prevalência de resistência aos antimicrobianos, em 2008, surge o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, que através de normas vinculativas de apoio a prevenção da infeção promove a correta utilização de antimicrobianos de forma a atingir uma maior eficiência.

Constatou-se, que a equipa multidisciplinar, cumpria as normas e procedimentos de controlo e prevenção de infeção. Sendo uma Unidade acreditada pelo Modelo ACSA, a UCIP prima pela qualidade dos seus cuidados em todos os âmbitos do cuidar, sempre com vista a melhoria contínua dos cuidados e da vida.

Enquanto elo de ligação da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em contexto de BO, teve-se especial atenção na realização de auditorias na UCIP, uma vez que muitos dos doentes permanecem entubados em ventilação mecânica mais de 48 horas nesta Unidade.

Dada toda a complexidade que preenche esta Unidade, desenvolveu-se competências no âmbito da infeção, ao analisar e aplicar os protocolos instituídos, com o cuidado e habilidade para prevenir possíveis infeções.

No sentido da prevenção e controle da infeção especialmente às IACS no intraoperatório, atuou-se segundo os protocolos do serviço, evidência científica, com as práticas recomendadas para BO pela AESOP e segundo as normas da DGS.

O risco de infeção nosocomial no hospital é mais precisamente aquando de um gesto cirúrgico invasivo, obriga a um conhecimento do ambiente operatório. Hoje este ambiente tornou-se perigoso e complexo, não só pelo facto de os microrganismos hospitalares se tornarem cada vez mais patogénicos e resistentes, mas também pela multiplicidade de atores e de tecnologias (UNAIBODE, 2001).

De forma a diminuir ou eliminar a infeção nosocomial ligada ao ato cirúrgico é primordial atender às características do ambiente perioperatório, nomeadamente: os profissionais e seus comportamentos; o material e o seu tratamento; as salas operatórias e a sua manutenção e a temperatura do ambiente. O objetivo é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona da incisão cirúrgica (UNAIBODE, 2001).

O cuidar do doente crítico em contexto de BO constitui um desafio, pois exige a prestação de cuidados complexos, com recurso a tecnologias inovadoras prestação de cuidados complexos e procedimentos invasivos realizados muitas vezes a doentes críticos, nomeadamente, a colocação de Cateter Venoso Central, Tensão Arterial Invasiva e Cateter Vesical, entre outros.

Segundo a DGS (2012), as infeções do local cirúrgico ocorrem com mais frequência, sendo também o mais monitorizado. Esta infeção afeta até um terço dos doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica, sendo o segundo tipo de infeção mais frequente na Europa e nos Estados Unidos da América. A sua prevenção consiste em adotar medidas preventivas no período perioperatório de forma a reduzir os fatores predisponentes para a infeção.

Importa seguir procedimentos e protocolos pré-operatórios instituídos no serviço de forma a prevenir e controlar a infeção. Assim, é importante a profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica; a implantação de medidas de prevenção como o banho pré-operatório; a preparação da pele do local cirúrgico; a desinfeção das mãos dos profissionais que intervêm na cirurgia; a manutenção da temperatura corporal normal (normoterapia) com o uso de dispositivos de aquecimento (corporal e de fluidoterapia) durante o ato anestésico/cirúrgico; o uso de protocolos no

perioperatório para controlo intensivo dos níveis de glicemia capilar; a gestão intraoperatória dos fluidos (normovolemia); o uso de sistemas de ventilação com fluxo laminar no contexto da ventilação da sala operatória, entre outros (DGS, 2015).

Assim, de acordo com a DGS (2015) a implementação dos “feixes de intervenção” da prevenção da infeção do local cirúrgico obriga ao cumprimento das normas e protocolos supracitados.

Neste âmbito, surgiu a oportunidade de frequentar uma formação intitulada de “Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Infeção de Local Cirúrgico”. Esta formação revelou-se pertinente, pois permitiu aprofundar e consolidar conhecimentos nesta temática.

Assim, apresentou-se, no serviço, os aspetos mais relevantes desta formação, o que serviu de suporte para momentos de reflexão e de partilha com os elementos da equipa, onde demonstrou-se conhecimentos baseados na evidência científica. Realçou-se o propósito de cumprir com as normas recomendadas pela DGS para cuidados de saúde e pela AESOP para BO, nomeadamente nos procedimentos de prevenção e controlo da infeção. Apresentou-se os aspetos mais relevantes em relação ao cumprimento das recomendações da DGS para profilaxia antibacteriana em BO e a importância do cumprimento do protocolo de antibioterapia para a prevenção de infeção do local cirúrgico. Apesar de não se ter conseguido atualizar o protocolo do serviço por motivos alheios à própria vontade, incutiu-se a necessidade e importância desta atualização nos colegas do serviço.

Observou-se e colaborou-se com o enfermeiro circulante na manipulação e manutenção de campos operatórios e de instrumental cirúrgico, respeitando as recomendações preconizadas. Conheceu-se os protocolos do serviço para a higienização das salas operatórias, aquando de uma situação de um doente infetado com MRSA, havendo necessidade de realizar a limpeza e desinfeção da sala operatória segundo os protocolos instituídos, atuando na prevenção de contágio.

Salienta-se ainda neste âmbito a norma para o uso de vestuário de BO que constitui um importante fator no controlo de infeção. Este deve ser usado apenas em ambiente cirúrgico.

Um dos aspetos importantes nas medidas de prevenção para higienização das mãos é o fácil acesso aos distribuidores de solução alcoólica que devem estar operacionais e em locais estratégicos, permitindo assim o cumprimento dos protocolos por parte dos profissionais e familiares. Verificou-se, ao longo dos ensinamentos clínicos, que esta medida era considerada fundamental nesta área de atuação, sendo cumprida pelos profissionais dos serviços.

A prevenção e controlo de infeções, incluindo a higienização das mãos é uma abordagem prática e baseada em evidências, com impacto comprovado na qualidade do atendimento e na segurança do cliente em todos os níveis do sistema de saúde (DGS, 2017).

O acompanhamento realizado com a tutora, elo de ligação à PPCIRA, contribuiu para aprofundar e consolidar conhecimentos no âmbito da prevenção da infeção. Sendo uma enfermeira dinamizadora do PPCIRA, incutiu na equipa a preocupação com as questões de prevenção e controlo da infeção e tudo o que estas questões acarretam, desde elaboração de normas de prevenção e aplicabilidade das mesmas, adoção de medidas necessárias para a prevenção e controlo de infeção, assegurando sempre os cuidados prestados de forma a contribuir para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Realizaram-se auditorias e uma reflexão escrita fundamentada, baseada em evidências científicas, atividades que contribuíram de igual forma para o desenvolvimento de um pensamento crítico reflexivo sobre o tema em epígrafe.

Quando as Unidades de Saúde atuam de acordo com as estratégias institucionais implementadas, fazendo o uso adequado das PBCI, a prevenção e controlo da infeção é mais eficaz.

De acordo com a DGS (2017), os enfermeiros especialistas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica.

Através de todas as experiências vividas nos ensinamentos clínicos, aliando a teoria com uma prática tão complexa, apreendeu-se que enquanto enfermeira especialista tem-se responsabilidades acrescidas para questionar, avaliar e procurar constantemente atualização no âmbito da prevenção e controlo da infeção, de acordo com as vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Assim, entende-se possuir capacidade para cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, fazendo monitorização, registando e avaliando as medidas implementadas. Com isto, nutrida de tais competências, pode afirmar-se que o trabalho desenvolvido e o trabalho a desenvolver enquanto enfermeira especialista pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estes clientes.

CONCLUSÃO

Findo todo este processo que foi a construção da especialidade, afirmação de saberes e aquisição de competências especializados, fica o sentimento de que o caminho terá início agora. Prevaecem sentimentos de satisfação e de objetivo cumprido por ter alcançado a meta desejada. Assim, importa refletir em modo de conclusão acerca dos aspetos que ditaram o desenvolvimento de competências ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos com enfoque para o crescimento que se obteve no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Realizar todo o estado de arte acerca do tema do relatório em epígrafe foi um processo moroso, mas que culminou num aprofundamento de saberes servindo de guia teórico para a prática profissional.

A afirmação de Daniel Sampaio (2011) “Ser é participar. Quem receia tomar posição ou quem se resguarda num anonimato discreto não forma uma identidade de ser social, existe apenas. Eu quero participar para marcar a diferença face àqueles que desistem ou se escondem”, espelha um pouco daquilo que senti aquando do início de todo o caminho percorrido. Hoje pode dizer-se que houve uma participação ativa no sentido de fazer a diferença, desenvolveu-se e adquiriu-se competências, através de um processo de integração, construção e mobilização de saberes. Processo esse, acompanhado de uma orientação tutorial que incentivou a construir um pensamento e uma prática reflexiva, promotora da aquisição de competências e construção de uma identidade profissional própria, num caminho para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Toda a descrição do relatório pretendeu demonstrar a dimensão do trabalho realizado com vista à obtenção de competências especializadas e de mestre.

O estágio é um processo de aprendizagem indispensável a um profissional que deseja estar preparado para enfrentar os desafios de uma profissão. Aliado ao conhecimento pré-adquirido permite o desenvolvimento dos aspetos ideológicos presentes nas relações pessoais e institucionais das práticas de enfermagem. Permite a consciencialização de uma prática que revela diversidade, apologizando a necessidade de uma sede de conhecimento contínua e capaz de responder às necessidades dessa diversidade.

A prática em contexto de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência e BO, constituiu momentos de grande aprendizagem, onde o trabalho com equipas

multidisciplinares, o contato com diferentes e complexas problemáticas, a intervenção à pessoa em situação crítica, entre outros muitos aspetos, contribuíram significativamente para o desenvolvimento e aprimoramento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

Na procura permanente por uma atuação de qualidade, com respeito pela especificidade dos serviços, das equipas, dos clientes e demais envolvidos, entendeu-se a importância da formação como elemento indispensável para a excelência que se pretende obter nos cuidados de enfermagem. A formação contínua representa não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão (Ribeiro, 2012).

Assim como a formação, assumiu-se a prática reflexiva como uma condição indispensável ao desenvolvimento profissional. Através da reflexão repensou-se práticas, objetivos e intervenções. Esta estratégia contribuiu de forma positiva para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Através da formação contínua e de toda a experiência adquirida nos diferentes ensinamentos clínicos desenvolveu-se competências no âmbito emocional, comunicacional e relacional, essenciais na assistência à pessoa em situação crítica e famílias. Pensar em família, enquanto enfermeiro, remete para a importância de atender a um sistema tão complexo e importante no processo terapêutico. A noção de família é diversa e complexa, este sistema funciona como uma entidade única que perante todas as mudanças, torna-se um sistema aberto a outros sistemas (Relvas, 2000).

De todos os intervenientes neste percurso para a aquisição de competência realça-se a família por toda a complexidade emocional, comunicacional e relacional que envolve o contato com esta esfera. Do contato com as famílias emergiram sentimentos que colmataram na necessidade de desenvolver estratégias de comunicação eficazes e um querer fazer mais e melhor em prol do bem-estar dos clientes, suas famílias e comunidade. Importa refletir sobre a participação da família na recuperação do cliente, devendo fazer parte da abordagem do enfermeiro que pratica um cuidar humanizado. O enfermeiro como “gente que cuida de gente” deve apelar sempre a todos os sistemas que envolvem o indivíduo de forma a garantir o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados.

Salienta-se a importância das relações humanas para um cuidar de qualidade. Todo o trabalho desenvolvido nos diferentes contextos contribuiu para o desenvolvimento de um cuidar norteado de valores éticos, dedicação, responsabilidade e qualidade. O cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa. Nesta linha de

pensamento, o momento do acolhimento e o acompanhamento realizado assim como a percepção da pessoa alvo de cuidados, o familiar de referência/pessoa significativa acerca dos cuidados prestados contribui de forma determinante para a melhoria dos mesmos. Isto porque, o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, o familiar de referência/pessoa significativa “(...) são parceiros ativos e determinantes no processo de cuidar” (Watson, 2002, p.56).

Entendeu-se os contributos intrínsecos à experiência profissional que se revelaram essenciais para a aquisição de competências específicas, contributos estes que forneceram conhecimentos práticos que a teoria por si só não permite obter. A complexidade profissional e dos serviços é impulsionadora do desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. Todos os saberes provenientes dos diferentes especialistas das equipas multidisciplinares foram impulsionadores do desenvolvimento de competências de julgamento clínico, tomada de decisão, resolução de conflitos, gestão e liderança, cuidar de excelência e autoconhecimento.

Apesar do estágio ser contínuo e entendido como um processo único, as diferentes etapas culminaram em experiências diferentes, nos diferentes ensinamentos clínicos. Em todas as etapas passou-se por um processo de integração no serviço. A integração passa pelo conhecimento da dinâmica dos serviços, que abrange o conhecimento dos métodos de trabalho utilizados, dos sistemas de registo dos cuidados de enfermagem, bem como dos protocolos instituídos, com o objetivo de facilitar a adaptação a esse mesmo serviço.

Segundo Benner (citado por Carvalho, 2016, p. 18), a integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia.

No início do estágio os aspetos a melhorar eram relativos a alguma insegurança pessoal com um contexto novo e problemáticas nunca antes confrontadas em termos profissionais. Assim sendo procurou-se compreender melhor os contextos em questão.

Ao longo do tempo e com a experiência adquirida, algumas das estratégias foram utilizadas automaticamente e com o passar dos dias sentiu-se um maior desprendimento e competência para enfrentar problemáticas outrora desafiantes.

Pode dizer-se que o fator tempo constituiu uma limitação, na medida em que foi um pouco difícil de contornar. Apesar da dificuldade em gerir o tempo conseguiu-se contornar e transformar as limitações em competências.

Toda a síntese e reflexão realizada sobre a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, contribuiu de forma significativa para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado.

A atuação demonstrada revelou autonomia, a integração em equipas multidisciplinares foi feita de forma proativa, apreendeu-se a importância de desenvolver e adquirir conhecimentos e competências ao longo da vida sempre apoiados em evidência científica e nos mais profundos princípios e valores éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem.

Pelo que foi descrito, tem-se a convicção de que as competências de mestre incluídas nos descritores de Dublin e reguladas em Portugal através da Lei nº 65 de 2018 foram igualmente atingidas.

O reconhecimento de que foram atingidas as competências expressas nesta especialização e mestrado não esgotam em si toda a motivação e ambição para fazer mais e melhor. O sentimento de que tudo terá início agora culmina em motivações, interesses e empenho para continuar a desempenhar um cuidar de excelência e para a afirmação como especialista neste âmbito de grande interesse pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbagnano, N. (1998). *Dicionário de filosofia* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Aehlert, B. (2013). *ACLS suporte avançado de vida em cardiologia: Emergências em cardiologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Amado, R. M. S. (2014). *Eventos adversos associados às práticas de enfermagem contributos para a segurança do doente* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiw1PmV9s3iAhWkz4UKHbuWBZgQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D29895%26code%3D489&usg=AOvVaw1Ol_4qaP3ckt4D0DuN1FLd
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem: Que sentido(s)?. In M. A. M. Costa, M. G. Mestrinho & M. J. Sampaio. *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação: Balanço de um projeto*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Aristóteles. (n.d.). *Quem disse*. Retrieved from <https://quemdisse.com.br/frase/nos-somos-aquilo-que-fazemos-repetidamente-excelencia-entao-nao-e-um-modo-de-agir-mas/47371/>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2005). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Lisboa: Espaço Gráfico.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem peri-operatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem peri-operatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). *Referencial de competências do enfermeiro gestor*. Retrieved from <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem a perspetiva do enfermeiro* (Monografia, Universidade Fernando Pessoa Unidade de Ponte de Lima, Faculdade de Ciências da Saúde). Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Benner, P. (2005). O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In P. Benner. *De iniciado a perito: A excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.^a ed.) (pp.39-59). Coimbra: Quarteto. (tradução do original inglês *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Bento, V. C. (2017). *Competências especializadas à pessoa em situação crítica: das situações urgentes aos cuidados intensivos coronários* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal.
- Bevis, E. O., & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: Uma nova pedagogia para enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Bonfim, R. (2012). Competência profissional: Uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistémica*, 1(1), 46-63. Retrieved from <http://www.tc.df.gov.br/app/biblioteca/pdf/AR500493.pdf>

Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Toniollo, P. B., Mazer, S. M., Valle, E. R. M., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369.

Borges, D. R. O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf

Boterf, G. (1997). *De lá compétences à lá navigation professionnelle*. Paris: Les Editions d'Organisation.

Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Editions d'Organization,

Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 3 (23). Retrieved from https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf

Bwizer (2017). *Escala Ramsay ou RASS: Por qual optar para avaliar a consciência?*. Retrieved from https://www.bwizer.com/pt/bwizer_academy/escala-ramsay-ou-rass-por-qual-optar-para-avaliar-a-consciencia-.html

Cardoso, I. M. T. B. (2014). *Cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de acidente multi-vítimas e/ ou catástrofe* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16362/1/Relatório%20de%20Estágio%20Enf.%20Ivo%20Cardoso_2º%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20na%20Área%20de%20Especialização%20PSC.pdf

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: Papel dos orientadores clínicos: Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. I. T. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf

Casimiro, S. M. S. (2015). *Padrões de qualidade na administração e gestão em enfermagem* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjQg8_Klc7iAhXBxYUKHeakAIsQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fcomum.rcaap.pt%2Fbitstream%2F10400.26%2F10728%2F1%2FRE%2520MDCSE%2520SC%2520V7.pdf&usg=AOvVaw1MLqBNHMzXJCAEr1QOZPVI

Cheever, K. H. e Hinkle, J. L. (2016). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Christóforo, B. E. B. & Carvalho, D. S. (2009). *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v43n1/02.pdf>

Collière, M. F. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

Costa, A. F. P. (2012). *Abordagem de enfermagem ao doente crítico* (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16403/1/Abordagem%20de%20Enfermagem%20ao%20Doente%20Crítico%20%20Ana%20Filipa%20Pinho%20Costa%202012.pdf>

Costa, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

- Council of the European Union. (2009). *Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Retrieved from <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>.
- Craig, J. V., & Pearson, M. (2004). Directrizes Baseadas na Evidência. In J. V. Craig & R. L. Smyth. *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp. 187-210). Loures: Lusociência.
- Cruz, A. (2004). O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório na Região Autónoma dos Açores. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9, 35-44.
- Cruz, E. & Varela, Z. (2002). Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(1), 51-58. Retrieved from <http://www.fen.ufg.br>
- Cunha, I., & Neto, F. (2006). *Competências gerenciais de enfermeiras: Um novo velho desafio?*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valoração da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Dias, C. (2003). *Consentimento informado: Como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente*. Coimbra: Formasau
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referenciação de urgência/ emergência*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Author.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacionalde-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Eixo estratégico: Qualidade em saúde*. Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf
- Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. Lisboa: Autor
- Fernandes, A. C. (2012). *Hospitais um novo modelo de gestão*. Retrieved from http://ffms.pt/upload/docs/xxi-2012-11-hospitais_ixPiHYrzC0Cf2EtsgZnE1g.pdf.
- Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem*, 4, 37-48.
- Fernandes, B. S. S. C. (2017). *O fim de vida nas unidades de cuidados intensivos: Mapeamento das práticas assistenciais em fim de vida* (Dissertação, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20981/1/ep2110%20-%20Dissertação%20O%20Fim%20de%20Vida%20nas%20UCI.pdf>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rist/n19/n19a04.pdf>
- Ferreira, C., & Magalhães, G. (2002). Conhecer o utente para cuidar no bloco operatório. *Nursing*, 172, 19-23.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3–9). Lisboa: Lidel.
- Fortunado, J. G.S., Furtado, M. S., Hirabae, L. F. A., & Oliveira, J. A. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: Uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12(3), 110-117, doi: 10.12957/rhupe.2013.7538
- Fragata, J. (2009). Gestão do Risco. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal. *Governança dos hospitais* (pp. 382). Alfragide: Casa das Letras.

- Galvão, C. M. (2009). Estratégias para a segurança do paciente cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 882-3. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/08.pdf>
- Gaspar, M., F. (2005). *A liderança relacional em enfermagem: Impacto sobre o ambiente de cuidados* (Dissertação para provas públicas de acesso à categoria de Professor Coordenador não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa.
- Gomes, N. C. R.P. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: Da informação recebida às necessidades expressas* (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto). Retrieved from <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/estudos/NO%C3%83%E2%80%B0LIA%20GOMES%20O%20doente%20cirurgico%20no%20periodo%20pr%C3%83%C2%A9%20operat%C3%83%C2%B3rio%20da%20informa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20recebida%20%C3%83%C2%A0s%20necessidades%20expressas.pdf>
- Gonçalves, R. (2003). Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório. *Informar*, 30, 14-18.
- Herdman, T. H. (2013). *Diagnósticos de enfermagem Nanda internacional: Definições e classificações*. Porto: Alegria Artmed
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hubinon, M. (1998). *Management des unités de soins: De l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité*. Paris: De Boeck Université.
- Invok. (2016). *Mindfulness, autoconceito, ética, propósito*. Retrieved from <https://www.invok.com.br/>

- Jesus, E. H., & Sousa, P. F. (2011). Sistemas de informação e profissionais de saúde: Visão dos enfermeiros. In E. H. Jesus. *Sistemas de informação na saúde: Perspetivas e desafios* (pp. 225-242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Joint Commission International. (2014). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais*. Retrieved from https://www.jcinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Ladden, C. (1997). Conceitos básicos de enfermagem perioperatoria. In M. Meeker, J. Rothrock, & J. Alexander (Eds). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Laje, M. & Sousa, P. (2013). *Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: Que ganhos podemos esperar?* Retrieved from <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/handle/10400.17/1718>.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 40-3. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9903/9641>
- Lennquist, S. (2012). Major incidents: Definitions and demands on the health-care system. In S. Lennquist (Ed.). *Medical response to major incidents and disasters: A practical guide for all medical staff* (pp. 1-7). Stockholm: Springer.
- Leonello, V. M., & Oliveira, M. A. C. (2007). Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 41, 847-52. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500019&script=sci_abstract&tlng=pt
- Limbourn, S., & Celenza, A. (2011). Patient perceptions of caring and association with emergency department activity and access block. *Emergency Medical Australia*, 23, 169-80, doi: doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01387.x

- Lobão, C. (2003). Consentimento informado. *Informar*, 30, 20-22.
- Lopes, J. C. (2004). Relação enfermeiro e Instituição. In M. Neves, & S. Pacheco (Eds.). *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (p. 109-125). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: Que trajetos? Que caminho? *Nursing*, 277, 22-27.
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*, 187, 25-28
- Lúcio, G. V. S. (2013). *Trabalho de projeto para candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal). Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4358>
- Luís, E. S. R. (2014). *A humanização dos cuidados de enfermagem: Acolhimento e acompanhamento das visitas à pessoa em situação crítica* (Projeto, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6598>
- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado* (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Retrieved from https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXv_Cthc7iAhUPDGMBHYO9BwoQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fbitstream%2F10400.14%2F15344%2F1%2FTESE_Paulo%2520Machado.pdf&usg=AOvVaw088JAR_mfcRAHRSgQYnewI

- Magalhães, C. M. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>
- Marinho, S. L. C. (2017). *Processo de aquisição de competências: Cuidados ao coto umbilical: uma revisão integrativa da literatura* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjzviWfnM7iAhUL1hoKHQ4HDuAQFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fcomum.rcaap.pt%2Fhandle%2F10400.26%2F20995&usg=AOvVaw2z-QqFNFy_5qWtVo0KmwGm
- Martins C., Kobayashi, R. M., Ayoub, A. C., & Leite, M. M. J. (2006). Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 3, 472-8. Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12>
- Meleis, A. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-rang theory. *Advanced Nursing Science*, 23(3), 12-28.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development & progress* (2nd ed.). United States of America: J. B. Lippincott Company.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: Certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência
- Mendes, A., Henriques, E., Pereira, M., & Domingos, M. (2011). Os jornais de aprendizagem em contexto de ensino clínico: Subsídio para a aprendizagem do cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 187.
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Porto: Editorial Novembro.

- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. Barueri: Manole
- Miranda, D., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G. & TISS Working Group. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31(2). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576939>
- Moreira, M. A., Ramalho, A. C., Morais, A. M. M., Moura, S. C. M., & dos Santos, S. M. P. (2014). *Dotações seguras em enfermagem suas implicações na qualidade dos cuidados e segurança do doente: Revisão de literatura*. In 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8896/livroresumos_medicocirurgica.pdf
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A.P., & Odierna, M.T. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), doi: 10.5935/0103-507X.20140057
- Nunes, F. M., Meira, P. M., Martins A. G., Carvalho, I. Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de trauma* (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. In Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Setúbal. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Oliveira, C. (2014). *Visita pré-operatória: um desafio para a melhoria dos cuidados de Enfermagem* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Setúbal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7124/1/Visita%20pré-operatória%20->

%20um%20desafio%20para%20a%20melhoria%20dos%20cuidados%20de%20e
nfermagem%20-01.12.14.pdf

Oliveira, J. (2009). Sergestor do risco. *Revista Sinais Vitais*, 83, 9-13.

Oliveira, P. H. (2007). Bioética e a filosofia de Kant. In W. Malagutti (Ed.). *Bioética e enfermagem: Controvérsias, desafios e conquistas* (pp. 117-128). Rio de Janeiro: Rubio.

Ordem dos Enfermeiros (2004a). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Author.

Ordem dos Enfermeiros (2004b). *Enfermagem em Bloco Operatório: Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf> [data da visita: 9/02/12].

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa: Coleção Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínica em enfermagem. *Revista Suplemento*, 26, 15-16.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Oulton, J. (2006). *Nursing management today: An ICN viewpoint*. Retrieved from <https://www.hrhresourcecenter.org/node/1277.html>
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., de Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática Profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 4, 760-763. Retrieved from https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%A2ncia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2010). *Resultados: Plano Nacional de avaliação da Dor*. Retrieved from http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Ponce, P. (2012). Dor aguda, ansiedade e agitação. In P. Ponce (Ed.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 298-300). Lisboa: Lidel.
- 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.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a Segurança do doente. 2011. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 205, 1.ª série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa N° 09/DGCG. 2003-06-14. A Dor como 5° sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acessível na DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização. 2007-05-01. Acessível na DGS, Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 001/2017. 2017-02-08. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 16/DQS/DQCO. 2010-06-22. Cirurgia Segura Salva Vidas. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 029/2012. 2012-12-29. Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 de dez. 2011). Regulamento n° 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n° 35/2011, 2ª Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 de fev. 2011). Regulamento n° 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n° 35, 2ª série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 de jun. 2015). Regulamento n° 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n° 361/2015, Série II*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (6 fev. 2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n° 26, 2.ª série.*

- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Pozo, J. I. (2002). *Aprendizes e mestres: A nova cultura da aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Rebello, S. M. S. R. S. (2013). *Segurança do Doente no Bloco Operatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjWs6CAis7iAhUN2BoKHQ46DucQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D26954%26code%3D125&usg=AOvVaw3l21Lr8lXjcKZ04Le9iarR>
- Relvas, A. P. (1996). *Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por de trás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Ribeiro, J. F. C. (2014). *Mestrado em enfermagem à pessoa em situação crítica* (Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria). Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1490>
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>
- Sampaio, D. (2011). *Da Família, da Escola, e umas quantas coisas mais*. Portugal: Editorial Caminho.
- Santo, C. (1999). As competências dos enfermeiros e as práticas de enfermagem: contributos para a mudança. *Revista Referência*, 3, 53-58. Retrieved from

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=107&codigo=

Santos, A., & Miranda, S. (2007). *A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Brasil: Manole.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). *Nursing activities score: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI*. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percurso%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20Índice%20de%20avaliação%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. Lisboa: Lusociência.

Silva, A. R. S. A. (2015). *Sala de emergência: Abordagem do doente crítico (Relatório de Estágio, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto)*. Retrieved from https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=33840.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.

Silva, M. (2002). *Vivências do doente cirúrgico no perioperatório da cirurgia programada* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Silva, P. R. D., & Rocha, A. S. C. (2005). Angioplastia coronariana e revascularização cirúrgica do miocárdio devem ser consideradas métodos eficientes para o controle da isquemia miocárdica na angina estável?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2(85). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n2/25308.pdf>

Smith, M., & Parker, M. (2010). Nursing Theory and the Discipline of Nursing. In M. Parker, & M. Smith (Eds.). *Nursing theories & nursing practice* (3ª ed.) (pp.3-15). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Smith-Blair, N. (2010). Cuidados Críticos. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trads.) (8ª ed.) (Vol 1, pp.195-207). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*, 8th ed., 2007, New York: Elsevier Inc.).
- Soares, T. D. N. (2012). *Cuidados de enfermagem seguros* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10914/1/RelatorioEstagio_TiagoSoares.pdf
- Stephanelli, M. C., & Carvalho, E. M. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos e enfermagem*. Brasil: Editora Manole.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado. (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura da qualidade*. Loures: Lusociência
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2013). *Critical care nursing: Diagnosis and management*. California: Mosby.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora
- Watson, D. S. (2011). *Perioperative safety*. United States: Mosby
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring* (2nd ed.). Boulder Colorado: Associated University Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Zalenski, R. J., & Raspa, R. (2006) Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 1120-1127. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17040150>