

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
DOENTE CRÍTICO ÀS COMPETÊNCIAS DE
MESTRE EM CONTEXTO DE NEUROTRAUMA
CEREBRAL**

Mara Vanessa Fernandes Nunes

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2018**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
DOENTE CRÍTICO ÀS COMPETÊNCIAS DE
MESTRE EM CONTEXTO DE NEUROTRAUMA
CEREBRAL**

Mara Vanessa Fernandes Nunes

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Pestana

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2018**

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny que me proporcionou as condições para a aquisição e desenvolvimento de competências que me definem enquanto pessoa e profissional.

À Professora Doutora Cristina Pestana pelo apoio, orientação e preocupação ao longo deste percurso.

À minha família que me permitiu ter disponibilidade para ingressar e levar a cabo todo o meu percurso académico.

À minha amiga Mónica que teve um papel preponderante no meu autodesenvolvimento.

Aos colegas cuja postura me impulsionou.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no contexto do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, ano lectivo 2016-2018, cuja apresentação e discussão pública almejam a obtenção do grau de Mestre.

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, com o presente relatório, pretendeu-se descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica partindo das competências de Enfermeiro Especialista nessa área, aliando-as à experiência profissional e ao percurso formativo/académico, fundamentando na mais recente evidência científica, assim como, nos referenciais da profissão de Enfermagem. A descrição desse percurso, pautada de reflexão e defesa fundamentada, foi guiada pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, nomeadamente pelas unidades de competência descritas e relativas ao grau académico de Mestre.

A reflexão apresentada contribuiu para a consolidação das capacidades adquiridas ao longo dos cursos de pós-licenciatura e de mestrado e, simultaneamente, para a consciencialização da importância de investimento contínuo na formação pessoal e profissional.

Ressaltou-se também a importância do projetos de autoformação como grandes impulsionadores na aquisição de competências de Mestre em Enfermagem-Médico Cirúrgica, em particular no âmbito do neurotrauma atendendo ao projeto desenvolvido no âmbito do Estágio de Opção deste Curso de Mestrado, intitulado de “Promoção da Segurança do Doente Vítima de Traumatismo Crânio-Encefálico”.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Competências, Neurotrauma.

ABSTRAT

This report was developed in the context of the 2nd Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the São José de Cluny's Nursing School, regarding the 2016-2018 academic year, and its presentation and public discussion aims to obtain the Master's degree.

The Master's degree in Medical-Surgical Nursing is assigned to the holders of in-depth knowledge and expertise in their field of intervention, who demonstrate high levels of clinical judgment and decision making in a particular area of intervention (Nurses' Order, 2010). Thus, with the present report, was intended to describe the course of acquisition and development of Master's competences in Medical-Surgical Nursing, starting from the skills of Specialist Nurse in this area, combining them with professional experience and the academic / more recent scientific evidence, as well with the references of the Nursing profession. The description of this course, based on reflection and reasoned defense, was guided by Decree-Law 65/2018 of August 16, namely by the units of competence described and related to the academic degree of Master.

Those reflection contributed to the consolidation of the skills acquired through post-masters and masters courses and, at the same time, to the awareness of the importance of continuous investment in personal and professional training.

It was also emphasized the importance of project based learning as major driver in the acquisition of Master's skills in Medical-Surgical Nursing, at neurotrauma area, trough the project developed at this Master's Course , entitled "Promotion of the Safety of Patients Victims of Traumatic Brain Injury".

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Nursing Master, Specialist Nurse, Skills, Neurotrauma.

LISTA DE SIGLAS

CDE- Código Deontológico de Enfermeiro

DGS- Direção Geral da Saúde

ESESJC- Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

EOE- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

GCS- Glasgow Coma Scale (Escala de Coma de Glasgow)

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INR- Índice Internacional Normalizado

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PBE-Prática Baseada na Evidência

NC- Neurocirurgia

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU- Serviço de Urgência

TCE- Traumatismo Crânioencefálico

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM ...	14
2.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: PERCURSO INDIVIDUAL	17
2.1.Desenvolvimento de competências de mestre	22
2.1.1. Conhecimento, capacidade de compreensão e aplicação de conhecimentos ...	24
2.1.2.Realização de julgamento/tomada de decisões	44
2.1.3.Comunicação	51
2.1.4.Competências de autoaprendizagem	56
2.1.4.a. <i>Desenvolvimento de competências na área de especialização: neurotrauma cerebral</i>	59
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES	i
APÊNDICE A- PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA DE DOENTES VÍTIMAS DE TCE LEVE/MODERADO (VERSÃO INICIAL)	iii
APÊNDICE B- SUPORTE INFORMÁTICO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	xi
APÊNDICE C- DIAGNÓSTICOS E PLANOS DE CUIDADOS ELABORADOS ..	xxv
APÊNDICE D- POCKET CARD/FOLHETO INFORMATIVO	xxix
APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO/PROTOCOLO/POCKET CARD	xxxi
APÊNDICE F- PROTOCOLO E FOLHETO (VERSÃO FINAL)	xli

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos específicos do Projeto de Autoformação e respectivas atividades.....70

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado espelha o encerrar de um ciclo iniciado em 2014 com o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e concluído com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica frequentado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC) no ano letivo 2016-2018. Pretende-se, com o mesmo, descrever e fundamentar o percurso efetuado a nível pessoal e profissional na aquisição e aprofundamento das competências de mestre, bem como a apresentação e discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

A elaboração deste relatório vai ao encontro do que é preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, artigo 20, que propõe a realização, entre outros, de um estágio de natureza profissional objeto de relatório final.

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010) na área de especialização. Adquiridas anteriormente as competências especializadas na referida área de intervenção, em concreto no cuidar do doente crítico, na dinamização da resposta a catástrofes e na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, o Curso de Mestrado possibilitou a aquisição e desenvolvimento das competências de liderança, de investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem.

O desenvolvimento de competências é um processo, em que a educação e formação constituem a etapa inicial do desenvolvimento permanente (Santos, 2009). O profissional competente é aquele que aprende e cria conhecimento, assim como, mobiliza-o, transforma-o e adapta-o aos diferentes contextos, ou seja, aprende a aprender permitindo-lhe ter uma postura crítica/reflexiva e autónoma na sociedade (Dias, 2010). Neste contexto, considera-se que o desenvolvimento das competências de Mestre foi, em conjunto com as competências de especialista já adquiridas, impulsionado pelo projeto de autoformação com intervenção em serviço, no âmbito do neurotrauma/traumatismo crânioencefálico, inserido no Estágio de Opção do Curso de Mestrado. Tal projeto possibilitou o desenvolvimento de competências em trabalho de grupo, de gestão, cognitivas e de autoaprendizagem.

Para se atingir o objetivo preconizado optar-se-á por organizar o relatório em dois capítulos. No primeiro capítulo, relativo ao enquadramento teórico da profissão de Enfermagem, abordar-se-á a evolução histórica da Enfermagem, a sua afirmação enquanto profissão e as transformações enquanto disciplina. No segundo capítulo, dedicado ao percurso individual no desenvolvimento de competências de Mestre, proceder-se-á à análise detalhada de cada competência associada ao segundo ciclo de estudos, descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto. A análise dessas competências compreenderá a justificação da aquisição das mesmas, com base no percurso profissional e académico, em particular na frequência do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apoiando-se em fundamentação científica atual e na reflexão sobre as experiências vividas ao longo do processo formativo à luz dos referenciais da profissão de Enfermagem.

Denote-se que ao longo do relatório os artigos do Código Deontológico dos Enfermeiros serão referenciados tendo por base o Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro, porém na sua análise serão tidos por base os comentários das suas publicações em 2005 (de Nunes, Amaral & Gonçalves) e 2015 (desenvolvido pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros sob a coordenação do Enfermeiro Sérgio Deodato) nos quais a numeração dos artigos difere, pois têm por base as leis anteriores (Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril e Decreto-Lei n.º111/2009 de 16 de setembro) atendendo a que não existem diferenças significativas na sua redação.

A elaboração deste relatório será baseada numa metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e análise reflexiva e segundo as normas de apresentação designadas pela ESESJC. A pesquisa bibliográfica electrónica será realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online*, B-on, Pubmed e Google Académico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Para abordar o percurso profissional e académico individual que conduziu ao desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e especificamente no contexto da neurotraumatologia torna-se imperioso enquadrar a Enfermagem enquanto ciência e profissão e a importância da formação e diferenciação académica no percurso profissional.

Na sua forma mais informal, a Enfermagem existe desde o início da humanidade tendo, posteriormente, evoluído do simples ato de cuidar para uma profissão complexa e com fundamento científico, cujo foco é o cuidado e atender às necessidades humanas básicas (Vaughans, 2012). No entanto, e apesar das provas dadas, a profissão continua a enfrentar desafios na sua afirmação enquanto ciência (Pires, 2009; Vaughans, 2012; Pires, 2013), nomeadamente no que concerne ao “domínio de um campo específico/próprio de conhecimento” (Pires, 2009, p.740).

Os critérios de classificação de um trabalho como sendo uma profissão envolvem a sua utilidade social, possuir um corpo de conhecimento próprio, ter autonomia, representação social, possuir legislação e código ético próprio (Vaughans, 2012). Atendendo aos critérios descritos, a Enfermagem constitui uma verdadeira profissão, na medida em que acrescenta conhecimentos especializados no campo da saúde, reconhecidos como necessários à sociedade sendo desenvolvida por indivíduos com formação própria (Pires, 2009).

Em Portugal relata-se a existência de enfermeiros desde 1120, sendo que os cuidados eram prestados, tal como em outros pontos do mundo, por monges e freiras. O primeiro manual dirigido a enfermeiros data de 1714 cujo autor, Frei Diogo de Santiago, revela essa estreita ligação entre a enfermagem e a religião. Na altura em que a Florence Nightingale implantou a Enfermagem Moderna, em Portugal existia um conjunto de pessoas, o qual incluía religiosos, que trabalhava nos hospitais e asilos.

Os primeiros cursos de Enfermagem no nosso país surgiram nas últimas décadas do século XIX sendo que o primeiro, em 1881, foi nos Hospitais da Universidade de Coimbra, que orientava a Enfermagem para trabalho de assistência técnica.

Na década de 30 do século XX, desenvolveram-se os primeiros movimentos sindicais e nos anos 40 existiram alguns cursos de aperfeiçoamento em diferentes áreas da

enfermagem, assim como, determinou-se que seria preciso formação especializada para exercer a profissão, um diploma. Nos anos 50, o ensino foi reestruturado e o Curso de Enfermagem passou a ser constituído por três anos, mas devido à pouca adesão dos alunos em completar o curso, em 1955 foi criada uma comissão para incentivar a formação dos profissionais. A construção da Enfermagem enquanto disciplina surgiu da necessidade emergente de definir o cuidado de enfermagem perante a sociedade. Neste âmbito os períodos pré-paradigmático e paradigmático, primeiramente com a construção das teorias a partir dos anos 50 e seguidamente com a realização de pesquisa e produção de conhecimento, foram fundamentais para clarificar os focos de atenção da disciplina (Saúde, a Pessoa e o Ambiente), definir cuidado, cuidado de enfermagem e o processo de cuidar (Pires, 2009). Já nos anos 60 existiu uma nova reestruturação no ensino da Enfermagem determinando que o ensino da disciplina deveria ser feito exclusivamente por enfermeiros.

Em 1973 no I Congresso Nacional de Enfermagem abordou-se a necessidade de integrar o Curso de Enfermagem no Ensino Superior e, pela primeira vez, ponderou-se a possibilidade da criação de uma Ordem. No final desta década assistiu-se também a uma valorização dos profissionais de enfermagem e nasceu, em 1979, o SNS que fundamentou o direito universal e gratuito à saúde.

Já nas décadas de 80 e 90 do século XX, foram publicados diplomas da Carreira de Enfermagem e verificaram-se várias conquistas para a profissão nomeadamente no que concerne ao regime de trabalho. Em 1992 iniciaram-se os primeiros Mestrados em Ciências de Enfermagem e em 1996 aprovou-se o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), um instrumento jurídico que permitiu a regulamentação e clarificação da profissão, constituindo um instrumento para a sua construção e um guia para a prática de Enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) foi criada em 1998 no decurso da publicação em Diário da República do Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril, potenciando o desenvolvimento da profissão, já que esta instituição passou a estar responsável pela regulamentação e controlo do seu exercício profissional, inclusive dos seus aspetos deontológicos e disciplinares. Assim, desde então, têm sido elaborados os documentos e diplomas que procuram ajustar a Ciência de Enfermagem, com responsabilidade, à prática. Recordemos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, o Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Após a criação da OE, o ensino passou a ser assegurado por um curso com duração de quatro anos, Curso de Licenciatura em Enfermagem, verificando-se um acréscimo de competências profissionais. Actualmente, o ensino da Enfermagem é levado a cabo em Escolas Superiores de Enfermagem, públicas e privadas, sendo da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros. Após a integração de Portugal no conjunto de países que assinaram a Declaração de Bolonha houve, no ensino da Enfermagem, uma nova adequação do curso explanado no Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de Março. Refira-se ainda que os primeiros Mestrados em Ciências de Enfermagem surgiram em 1992 e o Curso de Doutoramento em 2004 (Moreira, 2017).

Presentemente, o exercício de Enfermagem encontra-se apoiado em três diplomas estruturantes para a profissão, que visam dar firmeza, confiança e estabilidade a todos aqueles que diariamente prestam cuidados de enfermagem à população. Reconheça-se neste sentido o REPE, plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro; o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), contemplado no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, já publicado na versão resultante das alterações operadas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro e, por último, a própria Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, que introduziu as primeiras alterações ao Estatuto. O EOE contempla ainda o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que se afirma como um “... pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 7).

O CDE integra os deveres dos profissionais atendendo aos direitos dos recetores dos seus cuidados, e perante as responsabilidades sociais da profissão. Enquanto que a dimensão deontológica refere-se às características da profissão e ao conjunto de normas/regras pelas quais os membros se deverão reger, procurando a correção da acção, a dimensão ética invoca a reflexão sobre a acção. Desta forma, Nunes, Amaral & Gonçalves (2005), consideram o CDE como a definição de um “dever ser profissional” (p.16) assente na reflexão moral e nos princípios do direito, tendo em vista as boas práticas no âmbito da profissão.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: PERCURSO INDIVIDUAL

A Deontologia Profissional, no artigo 109º referente à excelência do exercício profissional (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro) , deixa explícito o dever do enfermeiro em analisar regularmente a sua prática e manter os seus conhecimentos atualizados visando a qualidade dos cuidados, ressaltando-se a necessidade de não alienar a base humanista em prol da tecnologia (comentário ao artigo 88º de Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, com base no Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril). No mesmo documento constata-se que a competência não é assumida como um estado estático ou adquirido e os enfermeiros são reconhecidos como agentes responsáveis e ativos na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências em meios formais e informais. Assim, em Enfermagem existem diferentes estádios de desenvolvimento profissional e na equipa nem todos os elementos estarão no mesmo estágio refletindo diferentes níveis de competência entre os profissionais (Festas, 2006).

Festas (2006) considera a competência profissional como “... o estado de ter conhecimentos, julgamentos, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais” (p.31). A competência profissional não é um estado estático, nem decorrente unicamente de um processo formativo, pois um profissional pode possuir conhecimentos ou capacidades e não ser competente na medida em que não consegue aplicá-los oportunamente. A autora considera a competência como o saber agir responsável e assertivo conseguido através do saber mobilizar, do saber integrar e do saber transferir. Já Simões e Simões em 1997, afirmavam que no exercício profissional não se pretendem competências de aplicação simplista, acrescentando que se procura uma metacompetência reflexiva e crítica, inteligente e estratégica. Desta forma, o conceito de competência não se reduz ao desempenho técnico ou desempenho performativo.

Ao abordar o modelo de competência profissional Pires (1994), por sua vez, afirma que a competência profissional assenta em três dimensões: o saber, o saber-fazer e o saber-ser ou estar. Ao incluir o saber-ser /estar, o autor, ressalta a arte de cuidar que exige que a competência dos enfermeiros não se resuma ao saber e saber-fazer, já que a natureza relacional e contextual das interações em Enfermagem exige a articulação de fatores pessoais e profissionais desenvolvidos ao longo da vida (Pires 1994; Sousa, 2008). Do

mesmo modo, no preâmbulo do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2010) está claro que o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal enfermeiro-recetor de cuidados, ressaltando os princípios humanistas da profissão.

Benner (2001) refere que, na aquisição e desenvolvimento da competência profissional, o indivíduo passa por cinco sucessivos níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

- Iniciado: corresponde ao profissional recém-formado ou a um profissional que mudou de serviço. Nesta fase de escassa experiência profissional existe dificuldade em mobilizar conhecimentos para actuar em situações distintas ou complexas. É recomendada a tutela de outros profissionais e o seguimento de normas ou regras;
- Iniciado avançado: corresponde a um profissional que já vivenciou determinado número de experiências que o permite aperceber-se que existem aspectos significantes que se reproduzem em situações concretas;
- Competente: um profissional que trabalha há alguns anos no mesmo serviço o que lhe permite efectuar análises conscientes, abstractas e analíticas das situações;
- Proficiente: diz respeito ao profissional que já consegue tomar consciência da globalidade das situações, sendo o seu desempenho guiado por máximas. Tem mais facilidade na tomada de decisão, pois é capaz de identificar e filtrar aspectos realmente significativos;
- Perito: é um profissional já não guiado por normas, indicações ou máximas. Age com convicção da sua acção, fazendo o melhor que sabe e pode. O agir é baseado numa experiência sólida e reflectida. É capaz de mobilizar, integrar e transferir o saber em relação a cada situação.

De acordo com a autora, estes níveis distinguem-se por mudanças em três domínios. O primeiro domínio refere-se à passagem de uma confiança baseada em princípios abstractos, à utilização de saberes provenientes de experiências vividas. O segundo diz respeito à modificação da forma de percepção e interpretação da situação por parte do indivíduo apercebendo-se, agora, do todo da situação e destacando o que é relevante na mesma. O terceiro domínio refere-se a um estágio avançado de compreensão da realidade, baseada numa longa experiência profissional, em que o indivíduo faz uso do pensamento intuitivo na interpretação da situação e age partindo de uma profunda e global compreensão da mesma.

A competência profissional resulta então de um processo de desenvolvimento e crescimento e da estruturação e organização interna da pessoa do enfermeiro, onde a meta a atingir é a excelência. Um profissional competente será aquele que possui um leque vasto de conhecimentos e capacidades, toma decisões e avalia-as, em circunstâncias imprevisíveis, de modo a que as soluções sejam adequadas (Festas, 2006). Nesta linha de pensamento, Le Boterf (2015) define a competência não apenas como um estado de formação, de educação ou de conhecimentos/capacidades aprendidas, mas sim a capacidade de mobilizar todos os anteriores e adaptá-los a um contexto específico, neste caso aos contextos da prática. O autor acrescenta que esta capacidade de compreensão de interpretação de uma situação, ao invés da aplicação tácita de procedimentos, garante melhores resultados (maior segurança/maior qualidade), ao permitir enfrentar a imprevisibilidade e unicidade dos contextos de prática.

O mesmo autor em 2006, já havia referido que um profissional que age com competência emprega três dimensões da competência:

- Dimensão dos recursos disponíveis: esta dimensão engloba os recursos pessoais (intrínsecos) e que englobam os conhecimentos, saber-fazer (decorrente da experiência, aptidões físicas, entre outras), capacidades cognitivas, entre outras; e os recursos do meio, aos quais recorre (por exemplo, bases de dados, competências de colegas, manuais, entre outros).
- Dimensão da ação: corresponde à prática profissional, à qual o profissional recorre perante as exigências. Ou seja, refere-se ao agir com competência, apresentando uma prática profissional pertinente face às metas a atingir.
- Dimensão da reflexividade: um profissional competente compreende a situação sobre a qual atua, mas também, a forma como o faz. Esta dimensão de análise da prática, tomando consciência sobre a mesma (reconstrução da realidade), é responsável pela capacidade de autoaprendizagem e de transferibilidade.

Em suma, a competência poderá ser vista como o leque de recursos que um indivíduo detém e a capacidade para lidar com as situações, num determinado contexto e momento, fazendo uso dos mesmos (Fleury & Fleury, 2001) e que para tal, segundo Schön, é exigida reflexão na e sobre a ação (Graveto, 2005 citado por Santos, 2009).

No decurso do desenvolvimento das minhas competências pessoais e profissionais, em 2014, após seis anos no desempenho de funções como enfermeira generalista no Serviço de Neurocirurgia (NC), após uma série de experiências profissionais e formativas e, de acordo com Benner, sendo já uma profissional proficiente, capaz avaliar as situações

como um todo e tendo a capacidade/conhecimento de responder de forma competente, tinha consciência de que necessitava aprofundar conhecimentos teóricos e científicos que fundamentassem os meus cuidados e ao mesmo tempo que me levassem a formas diferentes de estar e de responder às diversas situações e contextos.

A prática numa determinada área de cuidados pode levar-nos a rotinas prejudiciais ao nosso desenvolvimento e ao nível da prestação de cuidados não comprometendo a resposta, mas limitando-a, existindo momentos em que temos a percepção de que precisamos sair da nossa zona de conforto e aprofundar os nossos conhecimentos com conteúdos teóricos e em contextos distintos e diversificados. Uma das experiências que mais me provocava essa sensação era o momento de supervisão clínica de alunos do Curso de Licenciatura em que via claramente a minha evolução, mas que também me proporcionava a sensação de que tinha muito mais caminho a percorrer enquanto profissional no serviço de NC. Por outro lado, pretendo ser uma enfermeira que produz e se envolve em projetos mais complexos dando o seu contributo na evolução da profissão, pois, tal como Nunes, Amaral & Gonçalves (2005, p.39) acredito que “o percurso profissional de cada enfermeiro é relevante no sentido da dignificação da profissão”.

Referente ao dever dos enfermeiros para com a profissão, artigo 111º da Deontologia Profissional (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro), constata-se novamente que o enfermeiro deverá levar uma conduta profissional e pessoal que honre a profissão. Nesse sentido, a especialização assume-se como processo capaz de preparar os enfermeiros para intervir, mas também para transformar a prática (Cavalcanti, Viana & Garcia, 2010) e contribuir para a visibilidade da profissão a nível social.

Consciente da importância que o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica teria no meu percurso e na qualidade dos cuidados, em 2014 ingressei no mesmo, tendo em vista o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em concreto no âmbito do doente crítico. A escolha recaiu nessa área de especialidade por interesse pessoal, sensação de aptidão e constatação prática do risco a que os doentes neurocirúrgicos estão sujeitos no que concerne ao risco eminente de disfunção cerebral e multiorgânica.

Durante o curso de especialidade, em particular no Estágio de Opção, orientei a minha área de estudo para o doente neurocrítico, concretamente para o desenvolvimento de competências do cuidado do doente vítima de neurotrauma com o diagnóstico médico de Traumatismo Crânioencefálico (TCE). Essa escolha deveu-se ao contexto da minha prática de cuidados enquanto enfermeira, procurando a melhoria da qualidade dos cuidados

prestados, pois os conhecimentos teórico-científicos ganham sentido quando aplicados. Nesta lógica, tal como é referido no preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), o enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado de um domínio que se traduz em competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Findo o Curso de Pós-Licenciatura que me concedeu o título de enfermeira especialista foram-me reconhecidas as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, consoante o publicado em Diário da República, 2ª série, nº35 de 18 de Fevereiro de 2011, no que se refere ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, enquanto enfermeira especialista possuo conhecimentos aprofundados e responsabilidades acrescidas nos domínios:

- Da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Da melhoria contínua da qualidade;
- Da gestão de cuidados;
- Das aprendizagens profissionais.

Enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são-me atribuídas competências específicas no:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou na falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2010).

Desde a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica continuo a desempenhar funções no Serviço de NC, mas integrando as competências supra referidas.

Em 2016, tendo em vista a continuidade do desenvolvimento de competências, desta vez de Mestre, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, ingressei no Curso de Mestrado.

2.1. Desenvolvimento de competências de mestre

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010). Neste prisma, o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto refere que o grau de mestre é conferido numa especialidade com a possibilidade de se dividir em áreas de especialização.

Após a reformulação da Lei de Bases do Sistema Educativo decorrente do Processo de Bolonha exigiu-se a passagem de um ensino tradicional assente na transmissão de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências. Decorrente dessa reformulação definiram-se três ciclos de estudos no ensino superior, no qual o segundo ciclo de estudos corresponde ao grau de mestre. O Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de Agosto que regulamenta atualmente a Lei de Bases do Sistema Educativo, no que concerne ao novo modelo de organização do ensino superior relativamente aos ciclos de estudos, preconiza que o Grau de Mestre seja atribuído àqueles que demonstrem:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação;
- Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo;
- Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades;
- Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- Competências de autoaprendizagem.

Constata-se que o ciclo de estudos correspondente ao Grau de Mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de componente académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais. Debruçando-me sobre as competências associadas ao grau de Mestre constato que todas elas interrelacionam-se, em que a existência de cada uma predispõe a aquisição da outra. Por exemplo, a capacidade de tomada de decisão em contextos de informação incompleta, exige conhecimentos aprofundados, capacidade de compreensão e resolução de problemas decorrentes do exercício da análise crítica e autoaprendizagem.

Atendendo às competências preconizadas no referido Decreto-Lei, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na ESESJC, visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológica e humanas altamente diferenciadas, tendo em vista a formação de Enfermeiros Especializados e Mestres nesta área de intervenção, com capacidade de:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica;
- Constituírem-se líderes e modelos de referência e apoio para os seus pares perante situações de mais complexidade em contextos de urgência, emergência, cuidados intensivos e outros;
- Utilizar a metodologia de investigação pautada de análise crítica;
- Mobilizar a evidência científica face à pessoa em situação crítica e incorporá-la no processo de tomada de decisão subjacente à prestação de cuidados especializados (ESESJC, 2016).

Reconheça-se que, aquando do meu ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ano letivo 2016/2017, e procurando o prosseguimento de estudos para a obtenção do Grau de Mestre, o meu currículo foi submetido à avaliação pelo Conselho Técnico-Científico do estabelecimento de ensino, por forma a creditar a formação realizada no Curso de Pós-Licenciatura de especialização, a experiência profissional na área de especialidade e a formação pós-graduada. Neste processo foram-me creditadas as competências em Investigação; Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem; Enfermagem em Urgência e Emergência; e Enfermagem em Cuidados Intensivos; suportadas pela análise das seguintes unidades curriculares do Curso de Pós-Licenciatura:

- Investigação e Enfermagem à Pessoa em situação crítica, já que, as competências, objetivos e os resultados da aprendizagem da unidade curricular são equivalentes aos da unidade curricular de Investigação que integra o Curso de Mestrado;
- Desenvolvimento pessoal; Formação e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; e Liderança, Gestão e Supervisão no Contexto de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, atendendo a que as competências e resultados da aprendizagem conduzida no

Curso de Pós-Licenciatura, nestas três unidades curriculares, são equivalentes às da unidade curricular de Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem do Curso de Mestrado;

- Enfermagem em Situações de Disfunção Orgânica em contextos de urgência e emergência; e Patologia e terapêutica em situações de disfunção orgânica em contextos de urgência e emergência, pois os seus conteúdos, objetivos e competências adquiridas são sobreponíveis aos conteúdos, resultados da aprendizagem e competências da unidade curricular Enfermagem em Urgência e Emergência;
- Enfermagem e a Pessoa em Cuidados Intensivos, sendo que os conteúdos curriculares são equivalentes à da unidade desenvolvida no Curso de Mestrado;
- Ensino Clínico I e II (Urgência e Cuidados Intermédios) considerados equivalentes ao Estágio I (Urgência) do Curso de Mestrado;
- Ensino Clínico III (Cuidados Intensivos), em que a análise detalhada das fichas curriculares suportou a equivalência do mesmo ao Estágio II (Cuidados Intensivos) do Curso de Mestrado.

Face ao referido e para a descrição do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre, através da mobilização das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de todos os conhecimentos científicos e prática que se associam, optar-se-á por fundamentar e defender essa aquisição de acordo com o Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de Agosto. Desta forma, apresentar-se-á em seguida a análise de cada grupo de competência descritas no Decreto-Lei procurando justificar e fundamentar o aprofundamento das competências profissionais ao longo do meu percurso profissional/científico e, em particular com recurso ao projeto inovador de autoformação desenvolvido na área de especialização.

2.1.1. Conhecimento, capacidade de compreensão e aplicação de conhecimentos

De acordo com o Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de Agosto, “o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (p.4162), acrescentando, neste sentido, que um Mestre é capaz de “... aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de

compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares...” (p.4162). Partilhando desta visão, a OE (2010) preconiza que um Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua conhecimentos aprofundados e diferenciados na sua área de especialização, reconhecendo-lhe igualmente capacidades e habilidades associadas, que emprega na prática permitindo a avaliação de possíveis necessidades de saúde e atuação em todos os níveis de prevenção.

As definições apresentadas remetem-nos para a primeira dimensão da competência profissional designada por Le Boterf- dimensão dos recursos disponíveis- nomeadamente para os recursos pessoais (intrínsecos) que englobam os conhecimentos, saber-fazer e capacidades cognitivas. Denote-se que o conhecimento resulta de processos intelectuais, de conexões, adaptações e amadurecimento mental, desenvolvidos ao longo da vida (Lazarotto, Cardoso & Nazzari, s.d.) e engloba aspetos cognitivos, afetivos e psicomotores.

O conhecimento é fruto do processo de aprendizagem que deverá ser entendido como uma acção dinâmica, na qual, o indivíduo aprende, adquire e produz conhecimento mais ou menos inovador (Albuquerque, Costa & Almeida, 2004). De acordo com os autores, “Aprender é uma construção que envolve toda a actividade do ser humano: biológica, psicológica, social e cultural, nos seus múltiplos aspectos” (Albuquerque, Costa & Almeida, 2004, p.148). É a capacidade de aprendizagem que permite ao ser humano a adaptação a um meio em constante mudança, permitindo a resposta aos seus problemas. Face à provisoriedade do conhecimento, e atendendo às constantes e rápidas mudanças sociais/contextuais, torna-se essencial aprender a aprender e saber pensar/compreender (Mendes, et. al., 2012) permitindo a transformação do conhecimento na prática. Em Enfermagem, o conhecimento combina conteúdos de ciências físicas, humanas e sociais (Ferreira, Prado, Heimann & Oliveira, 2013), em que o enfermeiro se baseia para cuidar, resolvendo problemas com os quais se depara na sua prática de cuidados e nos diferentes contextos da mesma (Medina Moya, 1999).

Na qualidade de disciplina, a Enfermagem possui um corpo de conhecimentos próprios que conjuga com o conhecimento de outras disciplinas, sendo na relação da teoria com a prática que se produz o conhecimento profissional (Viana, 2005). No entanto, esta relação não se reduz à transferência direta, já que o carácter científico da prática de enfermagem, que compreende a tomada de decisões baseadas no conhecimento científico, exige avaliação das situações/contextos com aplicação racional e adequação aos mesmos (Kim, 2010).

Tal como se pode constatar, o exercício profissional carece não apenas de conhecimentos científicos, mas também de capacidade de compreensão, pensamento, análise crítica e aprendizagem constantes, passíveis de proporcionar a resolução de problemas em diferentes contextos de atuação, tal como, defendido por Le Boterf (2006) aquando da definição das três dimensões da competência.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, a teoria deverá sustentar a prática de forma ajustada. Esse processo de prática baseada na evidência (PBE) científica opõe-se à prática baseada em tradição e em rotinas, promovendo uma prática refletida e baseada em conhecimentos científicos atualizados (Galvão & Sawada, 2003) contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem preconizada no artigo 109º do CDE (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro). Mais uma vez, Kim (2010), salvaguarda que a prática baseada no conhecimento científico não implica a transferência direta de conhecimentos científicos para a prática/contextos, defendendo a análise, reflexão e adequação às situações. Desta forma, o Grau de Mestre, além de preconizar conhecimentos aprofundados, exige a capacidade de aplicá-los, de forma refletida e ajustada, para resolução de problemas nos diferentes contextos quer dos cuidados, quer de equipas, suscetíveis de promoverem a segurança dos cuidados e conseqüentemente a qualidade dos mesmos.

Enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi-me reconhecido o domínio de conhecimentos aprofundados e especializados, e sua compreensão, através do Curso de Pós-Licenciatura em conjunto com o meu percurso profissional e formativo, nomeadamente no processo de creditação levado a cabo pelo Conselho Científico da ESESJC, anteriormente exposto.

Analisando o currículo do Curso de Pós-Licenciatura constata-se uma oferta educativa e formativa direcionada e fundamentada cientificamente, orientada para a prestação de cuidados de excelência na área de especialização. Assim, o curso preconizou o desenvolvimento de competências nos domínios do saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender. Considera-se que todos os referidos domínios influenciam as competências em análise, já que a prática especializada é assente em conhecimentos aprofundados e científicos, os conhecimentos formulam-se e fortalecem-se na prática e a reflexão crítica na e sobre a prática é essencial para a compreensão das situações/contextos, assim como, para a adequação dos cuidados exigindo também o desenvolvimento intrapessoal e interpessoal.

Ao nível do domínio do saber, as competências são assentes nos conhecimentos científicos referentes à área de especialidade nas vertentes de ética e deontologia, direito,

gestão e investigação, enfermagem face ao doente em situação clínica e de maior complexidade, e patologia e terapêuticas perante as situações de maior complexidade. No que concerne a este grupo de competência o CDE (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro), ao realçar o dever do enfermeiro a exercer procurando a excelência dos cuidados (artigo 109º), associa o dever de atualização ao direito do cliente em receber cuidados de qualidade baseados em conhecimentos recentes e atualizados, salvaguardando que essa atualização contínua de conhecimentos deverá ser acompanhada de reflexão (capacidade de compreensão).

Objetivando o desenvolvimento de competências de resolução de problemas e o saber-aprender com recurso ao conhecimento científico aprofundado e diferenciado, o Curso de Pós-Licenciatura foi estruturado de forma a que os estudantes também fossem sujeitos e agentes no processo de ensino-aprendizagem, sendo empregues metodologias ativas e de resolução de casos promovendo a decisão autónoma, assim como, a integração do seu saber disciplinar na compreensão dos problemas de saúde e nos processos de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar (Neves, 2012). Para tal, a estrutura curricular foi organizada com unidades suscetíveis de oferecer conhecimentos científicos atuais, promover a transposição para a prática dos mesmos de forma refletida e ponderada, promover a investigação e a prestação de cuidados de enfermagem especializados em diferentes contextos onde se encontram doentes críticos. No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura promoveu-se a aplicação dos conhecimentos desenvolvidos em sala com estágios em diversos contextos, favorecendo a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações não familiares.

Assim, os diferentes estágios clínicos foram desenvolvidos em diferentes contextos da prática suscetíveis de englobarem cuidados a doentes críticos e seus familiares com necessidade de cuidados especializados, nomeadamente nos serviços de urgência (SU) e cuidados intensivos (polivalente e monovalente- Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos [UCIN]). Considere-se doente crítico aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, estando a sua sobrevivência dependente de meios de vigilância, monitorização e terapêutica avançadas (OE, 2010).

Os cenários em que se desenvolveram os estágios representaram novos contextos para a minha prática que até então era desenvolvida em contexto de enfermagem no Serviço de NC. Esses contextos polivalentes requereram cuidados altamente diferenciados permitindo a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do exercício e formação

profissional, em particular no Curso de Pós-Licenciatura, com as adaptações requeridas fruto da análise das situações e contextos concretos dos cuidados ao doente em situação crítica, pois, apesar de todos os contextos de estágio serem ambientes onde se prestavam cuidados ao doente crítico, todos possuíam dinâmicas distintas e focos de atenção particulares (principais diagnósticos de internamento distintos e individualização dos cuidados de enfermagem) pelo que a compreensão, transferência e adequação dos conhecimentos foram essenciais. Reconheça-se que em Enfermagem nunca existem duas abordagens ou cenários iguais, necessitando-se constantemente da personalização, individualização e adaptação aos doentes e contextos.

Os estágios preconizaram também a realização de trabalhos escritos fundamentados que refletissem a PBE e a reflexão crítica sobre e na ação, já que o contexto clínico constitui um espaço fundamental de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (Rosário et al., 2009 citando Abreu, 2007). Os autores consideram que a aprendizagem acontece quando o profissional experiencia a situação vivida, analisa-a e reflete na e sobre a ação. Enquanto o ensino teórico satisfaz as necessidades cognitivas necessárias para o processo de enfermagem, a aprendizagem experiencial promove a integração e transformação do conhecimento (Simões et al., 2006).

O estágio levado a cabo no SU teve como objetivo geral a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e em contexto de SU, tendo-se desenvolvido no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, um serviço de urgência polivalente, constituindo o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência.

O SU constituiu um ambiente rico em situações diversificadas propiciando o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica descritas no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2010):

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença/falência orgânica.

No contexto do SU foram diversas as experiências que exigiram conhecimentos aprofundados e diferenciados na abordagem ao doente urgente/emergente, cuja pesquisa, aprofundamento e aplicação de conhecimentos foram essenciais no desenvolvimento desta competência. Entenda-se por urgência um processo que exige uma avaliação e correção num curto espaço de tempo e por emergência um processo no qual existe um risco de perda

de vida/função orgânica, a qual exige/necessita de intervenção imediata (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

O estágio nesse contexto permitiu a integração e compreensão da estrutura e funcionamento de um SU, assim como do circuito do utente desde o seu acolhimento até internamento/alta, fundamental para guiar o doente nesse circuito e para determinar as funções e objetivos de cada área desse circuito.

Um dos desafios ultrapassados foi o acolhimento e triagem dos doentes que chegam ao SU sem acompanhante e sem capacidade de comunicar o sucedido, o que exige experiência clínica e capacidade diferenciada de avaliação para selecionar o fluxograma de triagem e/ou acionar a sala de emergência. Logo à entrada deste serviço verifica-se a capacidade que o enfermeiro tem de possuir para tomar decisões baseadas no conhecimento, experiência profissional e, conseqüentemente, a capacidade de ligação dos elos/cenários por forma a compreender o potencial de risco envolvido. Esse contexto de cuidados exige conhecimentos aprofundados e capacidade de aplicação dos mesmos logo na admissão dos doentes, na identificação do foco que motivou a ida do doente a esse serviço. Essa identificação exige a compreensão de um conjunto de sinais, sintomas e de cenários (por exemplo, mecanismo de trauma), que conduzem à seleção de um fluxograma de entre os possíveis na Triagem de Manchester. Assim, no contexto de acolhimento e triagem, identifiquei focos de instabilidade suscetíveis de colocar a vida do doente em risco, encaminhando-o para a respetiva área de cuidados.

Aquando da ativação da sala de emergência, a triagem de Manchester é feita em simultâneo com a prestação de cuidados que, embora corresponda a uma avaliação sequencial e pré-determinada do doente crítico, requer adaptações pontuais dentro de cada item decorrente, por exemplo, do mecanismo de lesão, exigindo a compreensão de possíveis alterações no estado do doente ou na sua abordagem. Assim, perante a ativação da sala de emergência pela chegada de um doente em situação crítica/emergente, que é sinalizada pelo soar da campainha, os enfermeiros destacados dirigem-se para a mesma. Enquanto elemento integrante da equipa (em parceria com o team leader), no decorrer do estágio foi-me exigida rapidez e eficiência na abordagem à vítima, as quais só são conseguidas com conhecimentos diferenciados e capacidade de transposição e transformação dos mesmos. Apesar da avaliação dos doentes em risco eminente de vida ser sempre organizada pela abordagem ABCDE descrita pela American College of Surgeons (Kool & Blickman, 2007) permitindo uma observação padrão completa e segura do doente, dentro de cada parâmetro os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, têm de estar

atentos a sinais e sintomas que possam conduzir a intervenções específicas e individualizadas, capazes de salvar a vida. Constatou-se que esses sinais e sintomas podem variar consoante um conjunto vasto de patologias/focos de instabilidade, exigindo atenção máxima, rapidez, conhecimentos e capacidade de organização mental para intervenções que muitas vezes ocorrem simultaneamente. Neste âmbito, além dos conhecimentos adquiridos em sala de aula (teóricos e práticos através de simulações), da experiência profissional adquirida até então, sublinha-se a participação e conclusão anterior dos cursos de Advanced Trauma Life Support, o Advanced Cardiovascular Life Support e o Fundamental Critical Care Support que foram de grande utilidade nesse contexto, pois capacitaram-me para responder de forma imediata e antecipada a esses focos de instabilidade com recurso ao suporte imediato e avançado de vida.

Ao longo de toda a permanência do doente nesse serviço, e nas diferentes áreas do circuito, cabe ao enfermeiro manter a vigilância do estado do doente, prevenir, detetar complicações/imprevistos, o que exige conhecimentos aprofundados e capacidade de avaliação/compreensão dos fenómenos, diagnóstico e atuação.

Embora a missão do SU hospitalar esteja orientada para a abordagem de doentes urgentes, muito urgentes e emergentes, verificou-se que muitos dos casos, após a Triagem de Manchester, eram não urgentes ou pouco urgentes. Assim, embora o meu estágio tenha incluído o acompanhamento dos doentes ao longo de todo o circuito do SU, focalizou-se nas áreas onde permaneciam doentes críticos e com maior instabilidade atendendo à minha área de especialização. Estas áreas incluíram a Sala de Recuperação, onde os doentes permanecem após tratamentos iniciais podendo resultar na alta ou internamento consoante a resposta aos mesmos; Sala de Observações onde a vigilância é fundamental; e Sala de Pequena Cirurgia onde se realizam tratamentos cirúrgicos minor, mas também se identificam, vigiam e preparam os doentes para ida ao Bloco Operatório. Como se pode inferir, em todas estas áreas são exigidos conhecimentos específicos e diferenciados para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto em que os doentes são acometidos de doença aguda, existem perturbações emocionais decorrentes da instalação súbita da doença ou de uma situação de trauma inesperada, pelo que me foram exigidas conhecimentos específicos na gestão da ansiedade e medo experienciados pelo doente e pela família.

Cabe ao enfermeiro avaliar as necessidades do utente e da família e intervir, tal como preconizado nos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015), nomeadamente no que se refere

à satisfação do cliente. Ressalte-se, neste âmbito, o dever da informação (artigo 105º, Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro) e o direito do doente à mesma (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011), que em contexto de abordagem ao doente crítico toma particular ênfase atendendo a que o doente nem sempre está capaz de dar o seu consentimento perante os cuidados. Desta forma, urge a necessidade de possuir conhecimentos de bioética e considerar a família parceira de cuidados e como tal, informá-la no que respeita aos cuidados de enfermagem.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2011), considerando a informação como um conjunto de dados que visa o conhecimento e compreensão das situações e sua envolvência, defende que na relação de ajuda a informação constitui um recurso precioso na tomada de decisão associada à autonomia. No entanto, e não esquecendo o dever de sigilo (também descrito no artigo 106º do CDE, Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro), a informação partilhada, quando não ao próprio, carece de proteção, partilhando somente a necessária aos envolvidos no plano terapêutico tendo em vista o bem-estar, a segurança física, emocional, social e os direitos do próprio. A impossibilidade de informar baseia-se na incapacidade do doente em compreender, tal como acontece em doentes em situação crítica inconscientes, no entanto, o dever de informar mantém-se, de forma ajustada, perante as pessoas significativas ou representantes legais (Silva, 2007). Essa partilha permite que as pessoas significativas ou representantes legais entendam as situações e participem nas decisões, assim como, apoiem o doente. Neste cenário, os enfermeiros são procurados para apoio emocional e informação devendo estar disponíveis, fundamentados e cientes do impacto que essa informação pode ter (Phaneuf, 2005).

Aquando do meu estágio sublinho como desafiante as situações de intoxicações medicamentosas voluntárias cujos doentes e famílias manifestam profunda tristeza e depressão; nestas situações, a disponibilização de informação, a comunicação terapêutica e possibilidade de contacto através da flexibilização de horários/regras foi essencial. Por outro lado, tal como preconizado no artigo 104º referente ao direito ao cuidado, foi exigida a capacidade de identificar situações que ultrapassavam a minha competência e orientar para outro profissional mais bem colocado para intervir, mesmo dentro da equipa de enfermagem, como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima (conceção e ação)

Catástrofe é aquela situação em que as necessidades de atendimento excedem os recursos materiais e humanos imediatamente disponíveis, havendo necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento (Lopes et al., s.d.). Neste sentido Silva (2010) descreve que quando temos uma ocorrência de grandes dimensões, na qual além de um grande número de vítimas há envolvimento do meio ambiente, dificuldade de comunicação, transporte, abastecimento, infra-estruturas e logística estamos perante uma catástrofe. A intervenção nestas circunstâncias tem por primeiro objetivo garantir recursos humanos e materiais extras e especializados para o atendimento às vítimas.

Durante o meu estágio não se verificou nenhuma ocorrência com multivítimas ou catástrofe, no entanto, tal como todos os enfermeiros do SU, tive conhecimento do Plano de Emergência Hospitalar, a ordem de procedimentos (nomeadamente a hierarquia das comunicações) e o papel do Enfermeiro Chefe na gestão de recursos humanos e materiais, assim como, da reestruturação das áreas do SU.

Perante estes cenários compreende-se a pertinência de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica enquanto elemento da equipa prestadora de cuidados, mas também na coordenação dessa mesma equipa. Uma das sugestões é que seja elemento triador dos doentes identificando as necessidades de cuidados de forma mais eficiente atendendo à sua área de especialização.

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados...” (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2007, p. 4) com cada vez mais impacto em Portugal, tendo o Relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, demonstrado uma prevalência de 7.8% nos doentes internados (DGS, 2017).

O aumento da incidência destas infeções está relacionado com diversos factores, nomeadamente com o aumento da esperança média de vida, o uso de tecnologias mais avançadas e invasivas e o uso de medicação imunossupressora. Como consequência verifica-se o aumento da mortalidade e morbilidade e aumento do consumo de recursos. No entanto, a evidência internacional revela que sensivelmente um terço dessas infeções seriam evitáveis (DGS, 2007). Reconhecendo o problema, a DGS, através do Programa de

Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, emitiu normas de prevenção e controlo da infeção, sendo igualmente responsável pela vigilância epidemiológica.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com competências acrescidas neste âmbito, demonstrar conhecimentos aprofundados e fundamentados no controlo e prevenção da infeção baseados na evidência científica, nas normas emitidas pela DGS, normas institucionais e circuitos do serviço. Desta forma, possui responsabilidades aquando da prestação direta de cuidados aos doentes críticos (que incluem, na sua maioria, medidas invasivas), mas também ao nível da conceção de um plano para diminuição da incidência das IACS e no desenvolvimento de normas com o mesmo fim. Neste sentido, o Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica descreve os elementos essenciais para que o enfermeiro especialista previna complicações, em concreto na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2015).

Desde que Florence Nightingale demonstrou a importância do ambiente na saúde, em 1863, tendo desenvolvido a Teoria Ambientalista, as medidas e mecanismos básicos de prevenção da transmissão de infeção foram evoluindo com as contribuições da ciência que tornaram cada vez mais claras as relações entre a Pessoa e o ambiente (Martins & Benito, 2016). Neste sentido, almejando maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, no decorrer da minha aprendizagem em contexto clínico do SU, fui elemento responsável pela monitorização do reprocessamento dos dispositivos médicos reutilizáveis, nomeadamente nas etapas de limpeza/desinfeção, transporte no serviço, acondicionamento e uso, por forma a garantir a qualidade e segurança dos doentes aquando do uso dos mesmos. Os dispositivos médicos são “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo (...) para fins de diagnóstico ou terapêuticos...” (Ministério da Saúde, 2009, p. 3710), em que todas as etapas do seu ciclo de reprocessamento (quando são dispositivos reutilizáveis) são de extrema importância no que concerne à prevenção de IACS.

Denote-se que a função desempenhada exigiu o conhecimento dos dispositivos/materiais, nomeadamente no que respeita à classificação de Spaulding que os organiza em três grupos: não críticos, semicríticos e críticos, relativamente ao risco face ao doente. Assim, os materiais críticos referem-se aos utilizados em procedimentos invasivos em que existe a penetração da pele, mucosas e cavidades estéreis e têm como tratamento recomendado a esterilização; os semicríticos são aqueles que entram em contacto com

mucosas íntegras e pele não íntegra, devendo ser submetidos à desinfecção de alto nível; e o material não crítico que apenas contacta com pele íntegra deverá ser sujeito a limpeza (OMS, 2004).

Embora não tenha participado na conceção do plano de prevenção e controlo de infeção desse serviço, analisei e refleti acerca do plano existente e, em particular, a sua implementação ao longo do portefólio desenvolvido na prática clínica nomeando ações de melhoria fundamentadas na evidência científica.

Ainda procurando a prevenção das IACS e, enquanto enfermeira prestadora de cuidados, ao longo de todas as áreas de prestação de cuidados do SU, adequiei a utilização dos equipamentos de proteção individual às normas estabelecidas, e de acordo com o risco associado à técnica/cuidado a executar/prestar, bem como à vulnerabilidade do utente, servindo de modelo para os pares na implementação das medidas/plano de intervenção e controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica. Tais conhecimentos e experiência foram igualmente espelhados no trabalho escrito referente a este estágio através da análise crítica, apontando possíveis ações de melhoria na prevenção e controlo da infeção por parte da equipa de enfermagem, nomeadamente na separação e acondicionamento de resíduos e adequação dos equipamentos de proteção individual em particular na sala de emergência e de pequena cirurgia, fundamentando-as em investigações, normas e procedimentos internacionais, nacionais e institucionais.

Como referido anteriormente, o estágio no SU compreendeu a entrega de um portefólio final integrando o relato de um conjunto de experiências selecionadas de forma refletida, comentadas, fundamentadas, sistematicamente e temporalmente organizadas por forma a refletir o percurso profissional, pois a prática por si só não gera conhecimento (Alarcão & Tavares, 2007). Tratou-se de uma criação única e pessoal na medida em que fui responsável por selecionar as evidências da minha aprendizagem incluindo reflexões sobre o meu percurso, possibilitando o desenvolvimento de habilidades importantes, como a reflexão, autoavaliação e a análise crítica, essenciais no agir competente (Le Boterf, 2006). O referido trabalho foi partilhado com o Enfermeiro Chefe do SU atendendo ao reconhecimento do seu potencial para implementação de ações de melhoria assentes numa análise crítica, cientificamente fundamentada de um profissional externo ao serviço e com competências na área. Desta forma, o portefólio em si constituiu um instrumento de prevenção de complicações identificando situações possivelmente problemáticas e referenciando-as.

Findo o estágio no SU, prosseguiu-se para o estágio em contexto de UCI polivalente. Sublinhe-se que os ensinamentos clínicos e o seu encadeamento foram designados pela escola, no entanto, cada aluno foi responsável por elaborar o seu próprio plano de atividades, em termos de ordem de desenvolvimento dos estágios, horários e experiências para a consecução das competências esperadas. Ao refletir sobre o desenrolar dos estágios no Curso de Pós-Licenciatura, constatei que foram planeados de forma lógica, em que os conhecimentos e complexidade dos cuidados aumentam progressivamente, tal qual degraus sequenciais numa escadaria para níveis superiores, pelo que, no meu plano de atividades optei por manter a sequência designada pela escola.

O SU constitui uma porta de entrada dos doentes em falência ou em risco de falência em que são prestados os primeiros cuidados tendo em vista a estabilização/prevenção de complicações. No entanto, os doentes com necessidades acrescidas, cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, são internados no ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde decorreu o meu estágio é uma unidade polivalente (com doentes das diversas especialidades médicas), de Nível III, ou seja, possui um quadro de enfermeiros e médicos próprios, com intensivista presente 24 horas, com os meios, terapêutica e equipamentos necessários, com medidas de controlo contínuo da qualidade e idoneidade formativa (Ministério da Saúde, 2013). Neste contexto, o estágio teve como principal objetivo prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico internado nesse ambiente e culminou com a entrega e discussão de um processo de enfermagem fundamentado.

Embora em diferente contexto, esse estágio permitiu sequência na aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente no que concerne ao:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença/falência orgânica.

Os doentes internados na UCI podem provir de qualquer internamento/serviço hospitalar, já que a Medicina Intensiva integra um variado leque de condições clínicas em diferentes especialidades e meios, que pretende prevenir, diagnosticar e tratar situações de doença aguda de possível reversão, em doentes críticos (White, Cardenas & Nates, 2017; Sistema Nacional de Saúde, 2017).

Apesar das UCIs constituírem os locais mais adequados para tratar de doentes críticos, no entanto, representam ambientes potencialmente hostis para os doentes que,

devido à sua especificidade, se encontram vulneráveis. Nestes ambientes, os doentes encontram-se suscetíveis ao stresse físico (decorrente da doença, dor, sedação, intervenções e da ventilação mecânica) psicológico e psicossocial que contribuem fortemente para a síndrome de delirium/psicose. Entre os fatores ambientais potencialmente stressores encontram-se o ruído, luz ambiental, restrições de mobilidade e isolamento social (Wenham & Pittard, 2009).

O ambiente tecnológico, com equipamentos de monitorização altamente diferenciados e o contacto com doentes em estado crítico com elevada possibilidade de morte e sofrimento, é igualmente stressante para os enfermeiros (Rodrigues & Ferreira, 2011) que têm atividades complexas na prestação de cuidados e na gestão, que exigem competência técnica e científica, em que a tomada de decisões e práticas seguras, fazem a diferença entre a vida e a morte das pessoas (Camelo, 2012). Nesse contexto a minha experiência profissional prévia, o estágio de SU, a pesquisa científica, a formação realizada (em concreto os já referidos Fundamental Critical Care Support [2012], o Advanced Trauma Life Support [2016] e o Advanced Cardiovascular Life Support [2017]) e orientação tutorial revelaram ser essenciais perante a exigência dos cuidados prestados.

Embora tenha prestado cuidados a doentes com diagnósticos de diferentes especialidades médicas, fui enfermeira responsável por um doente do foro Neurocirúrgico, direcionando a minha área de cuidados/interesse.

Pude verificar que as medidas de suporte de vida são transversais à maioria dos doentes internados em UCI, pelo que há requisito de conhecimentos em determinados equipamentos, materiais e princípios que todos os enfermeiros devem ter, em concreto ao nível da anatomofisiologia dos órgãos nobres (e consequentemente sinais e sintomas de falência dos mesmos), ventilação mecânica, interpretação de meios complementares de diagnóstico (nomeadamente gasometrias), medidas de proteção, isolamento e princípios/fundamentação de técnicas invasivas e gestão de terapêuticas específicas e complexas. Esta aplicabilidade de conhecimentos inicia-se com a preparação das unidades individuais, com a montagem e verificação dos equipamentos, assim como, com a pré-definição de parâmetros básicos definidos/protocolados.

Num ambiente altamente complexo e exigente, em que a segurança do doente tem de ser garantida, a vigilância por parte da equipa de enfermagem ganha especial relevo e importância na prevenção e identificação de complicações e, por outro lado, na própria intervenção. Neste âmbito o International Council of Nurses, considerando a segurança essencial à qualidade na saúde, refere que o seu desenvolvimento envolve várias medidas

de largo espectro de acção, nomeadamente a melhoria do desempenho e gestão de risco, englobando o controlo de infeção, manutenção de um ambiente de cuidados seguro, uma prática clínica segura, entre outros (OE, 2006).

Os profissionais de enfermagem são reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes, intimamente relacionado com o dever do exercício profissional com adequados conhecimentos científicos e técnicos e com o compromisso de adotar medidas que melhorem e visem a qualidade dos cuidados e serviços prestados (Jones, 2013).

Neste sentido, Oliveira, já em 2007 no VII Seminário da OE, e relativamente à Tomada de Posição sobre a segurança, teve como pontos de partida o direito que os clientes e famílias têm a cuidados seguros; o dever de excelência dos enfermeiros; o papel crucial dos enfermeiros na identificação de situações de risco e na participação ativa na procura de soluções; e a necessidade de investigação que potencie a integração de evidências como recomendações para a prática- que em análise cruzam-se e resultam das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e as de Mestre. A segurança, anteriormente referida, traduz-se igualmente na prevenção de complicações plasmada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015), apontando que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá identificar o mais rapidamente possível problemas potenciais e prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar o seu impacto; desempenhar os cuidados especializados com rigor técnico/científico exigido; executar cuidados técnicos de alta complexidade de forma correta; gerir de forma adequada protocolos terapêuticos complexos; e responsabilizar-se por todas as decisões tomadas.

Atendendo à segurança e bem-estar dos doentes muitos dos cuidados são padronizados, com base em guidelines, normas e protocolos, assim como, utilizam-se Escalas de Avaliação para obtenção de dados fidedignos e uniformes, suscetíveis de serem interpretados da mesma forma e utilizados pelos diversos profissionais.

Uma das escalas utilizadas prende-se à avaliação do “sinal vital”- dor, através da Behavioural Pain Scale associada à *Ramsay's Sedation & Anesthesia and Sedation Scale*, que permitem o ajuste da medicação sedoanalgésica. Este sinal vital é muito valorizado pela equipa de enfermagem, pois além de constituir um sentimento desagradável, face a um dano real ou potencial (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002), é potenciador de alterações fisiológicas (hemodinâmicas, metabólicas e neuroendócrinas) e psicológicas

potencialmente agravantes do estado do doente (Georgiou et al., 2015; Torres, Ramires-Torres & Mendiola-Roa, 2016).

A importância que a gestão da dor assume nos cuidados especializados ao doente crítico é igualmente evidenciado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (DR, 2015) que, ao nível do enunciado relativo ao bem-estar e autocuidado, sublinha a gestão diferenciada e eficaz da dor através da implementação de instrumentos de avaliação e de protocolos terapêuticos (farmacológicos e não farmacológicos) para o alívio da dor. Neste prisma, a OE (2008) elaborou um Guia Orientador de Boa Prática, onde emanou recomendações para a prestação de cuidados à pessoa com dor e família independentemente da fase do ciclo vital e ambiente em que se encontrem inseridos.

Reconheça-se que no doente do foro neurocirúrgico a presença de dor tem também um efeito negativo sobre o cérebro através do aumento do seu metabolismo, exigindo o aumento das necessidades de oxigénio e nutrientes com repercussões na demanda de volume de sangue cerebral, sendo suficiente para aumentar a pressão intracraniana (Pereira, 2014).

No decorrer do estágio desenvolvido na UCI foram diversas as situações de deteção de alterações/prevenção de complicações e atuação precoce perante as mesmas em que estive envolvida. Refiram-se alterações no padrão respiratório que resultaram em ajustes nos parâmetros do ventilador ou no tubo orotraqueal (por exemplo, mudança de tubo por retenção de dióxido de carbono), ajustes medicamentosos (nomeadamente de anticonvulsivantes após presenciar e classificar um episódio convulsivo do doente), correções hidroeletrolíticas por alterações em exames complementares (análises sanguíneas e em particular gasometrias).

Ainda nessa realidade, enquanto prestadora de cuidados geri diversos protocolos. Esses protocolos exigem do enfermeiro conhecimentos e experiência diferenciados, pois, carecem de uma tomada decisão responsável e fundamentada para os aplicar ou não. Refiram-se os protocolos de monitorização do potássio sérico, monitorização da glicemia e administração de insulina, nutrição entérica, testes de morte cerebral, administração de noradrenalina e os procedimentos de hipotermia induzida e ventilação mecânica em decúbito ventral. Face à gestão de protocolos terapêuticos, a diferenciação de um enfermeiro generalista para o especialista, assim como, de um iniciado para um perito, foi bastante evidente, na medida em que o iniciado é inflexível na aplicação dos mesmos, mas um perito e especialista ajusta as intervenções ao contexto e ao doente, adequando por

exemplo, intervalos de monitorização de acordo com as alterações e intervenções iniciadas ou não iniciadas.

Nesse ambiente um enfermeiro perito ou especialista sabe interpretar os alarmes perante a situação clínica dos doentes conseguindo distinguir situações de real urgência/emergência de alterações transitórias e associadas à condição do doente procedendo aos necessários ajustes dos parâmetros. Neste sentido, nas Jornadas Académicas de Enfermagem: Da intervenção à Pessoa em Situação Crítica à Praxis na Comunidade (2016), na ESESJC, aquando da minha apresentação oral intitulada “Neuromonitorização”, dei ênfase, perante uma plateia com enfermeiros com diferentes níveis de diferenciação profissional, a que nem todos os alarmes (dos equipamentos) são “alarmantes”.

Constituindo a UCI um ambiente complexo, em que os doentes estão expostos e frágeis, é fundamental reconhecer a importância da presença e participação dos familiares na recuperação e bem-estar dos doentes. Nesta prática consegui integrar o carácter humanista da nossa profissão mesmo num meio tão tecnológico como a UCI, inclusivamente planeando cuidados de enfermagem dirigidos à família após diagnóstico de alterações. Denote-se a receção cuidada e personalizada dos familiares aquando da primeira visita tentando-se reduzir o impacto do cenário em que o doente está inserido, a flexibilização de horários assegurando a presença assídua junto dos familiares (desde que não haja contraindicação), o acesso a informações de enfermagem e encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar. A comunicação terapêutica e habilidades de relação de ajuda, ferramentas essenciais à prática do enfermeiro, foram de extrema utilidade num contexto tão distinto.

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante o doente crítico

Os doentes admitidos nas UCI's são os que apresentam maior prevalência de IACS, verificando-se que a taxa de infeção é superior em doentes com idade avançada, comorbilidades ou sujeitos a terapia imunossupressora. Nas UCI's europeias hospitais verifica-se que, diariamente, existem 81089 doentes com IACS (DGS, 2002; Cardoso, 2015).

As infeções hospitalares são das complicações mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos (Cavaleiro, 2011) cuja incidência encontra-se diretamente relacionada com a duração da assistência médica e de enfermagem, tempo de internamento e com as técnicas invasivas executadas (Oliveira, Kovner & Souza da Silva, 2010).

Tal como anteriormente referido, a prevenção e controlo da infeção, constitui um dos factores fulcrais para a segurança dos cuidados e, conseqüentemente, para a qualidade dos cuidados. Neste sentido, a OE (2001), aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refere a prevenção de complicações como um dos deveres dos enfermeiros face ao seu mandato social, na qual, incluem-se o rigor técnico/científico fundamental na prevenção da infeção.

O meu estágio na UCI foi pautado, também nesta unidade de competência, de rigor baseado em evidência científica traduzida no conhecimento profissional individual, fruto da pesquisa, das normas institucionais, nacionais (da DGS- do Programa de Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associadas aos Cuidados de Saúde, 2007) e internacionais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). Tal rigor traduziu-se nos cuidados nomeadamente na concretização de procedimentos invasivos efetuados, onde a assépsia foi exigida e cumprida, desde a seleção de dispositivos devidamente esterilizados, preparação do doente e do meio, uso de equipamento de proteção e de prevenção de transmissão de microorganismos, respeito pelo procedimento/princípios das técnicas, entre outros. As minhas intervenções de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde foram de encontro às preconizadas pela OMS (2002), nomeadamente na:

- ✓ Estratificação do risco: através da identificação dos doentes em risco e definição de um plano de cuidados, do conhecimento das infeções mais comuns e microorganismos associados;
- ✓ Redução da transmissão de infeção entre pessoas: com cumprimento dos momentos de descontaminação das mãos, higiene pessoal e do vestuário e uso de equipamentos de proteção individual adequados aos cuidados;
- ✓ Prevenção da transmissão pelo ambiente: através da supervisão e orientação da limpeza do ambiente hospitalar, da desinfeção do equipamento e esterilização dos dispositivos.

Neste âmbito ressalto as informações e ensinamentos efetuados às pessoas externas ao serviço, em concreto, às pessoas significativas dos doentes aquando das visitas, já que, podem ser focos de transmissão de agentes patológicos com risco para os doentes, os próprios e terceiros.

O término do estágio em contexto de cuidados intensivos envolveu a entrega de um estudo de caso referente a um doente, no caso de um doente do foro neurocirúrgico. Os estudos de casos consistem num dos métodos mais antigos utilizados no ensino de enfermagem sendo considerados como as primeiras expressões do processo de enfermagem, permitindo a exploração de um caso através da recolha detalhada de dados

em múltiplas fontes. Os estudos de casos clínicos ou processos de enfermagem fundamentados são aplicados na prática direta de enfermagem tendo em vista a realização de um estudo profundo dos problemas e necessidades do indivíduo e família (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Por outro lado, fundamentam as ações de enfermagem, proporcionam cuidados individualizados, nos quais os doentes são vistos como um todo e preconizam reflexão. No decorrer do curso de especialidade o estudo de caso refletiu a metodologia científica de enfermagem aplicada, permitindo a aquisição, aprofundamento e sistematização de conhecimentos no âmbito do doente crítico internado em cuidados intensivos e tomada de decisão baseada na compreensão e pensamento crítico.

Posteriormente, no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico, seguiu-se o estágio de opção que se desenrolou na UCIN do Hospital de São João no Porto- unidade de cuidados intensivos monovalentes. Esse estágio permitiu a continuação do desenvolvimento de conhecimentos e compreensão de cuidados especializados, em particular, a doentes vítimas de neurotrauma almejando-se os objetivos traçados num projeto individual de autoformação. A prestação de cuidados neste contexto exigiu os conhecimentos e competências já adquiridas até então nos contextos clínicos anteriores, referentes ao cuidar do doente crítico e prevenção e controlo da infeção, acrescentando os conhecimentos específicos para os cuidados de Enfermagem ao utente neurocirúrgico.

As unidades são designadas por monovalentes quando mais de 90% dos internamentos dizem respeito a uma especialidade, mas que continuam a cumprir os requisitos de uma UCI de nível III (Ministério da Saúde, 2013). Tal como refere Camelo (2012), nos ambientes de UCI's, em que existe grande diferenciação tecnológica e científica, priorizam-se os procedimentos de alta complexidade que permitem manter a vida, exigindo-se fundamentação teórico-científica aprofundada, discernimento, iniciativa, maturidade, humanidade e estabilidade.

Nesse nível de diferenciação de cuidados, em que o foco é a neuropreservação, é imprescindível compreender o efeito que todos os sistemas têm sobre o Sistema Nervoso e adaptar os cuidados de enfermagem, por forma a minimizar os efeitos secundários que possam ter (por exemplo, ao nível da circulação e oxigenação cerebral). Um especialista ou perito, neste contexto, consegue decidir inclusivamente, em segurança e de forma autónoma e fundamentada, acerca da não prestação de algum cuidado atendendo ao risco-benefício para o doente. Tenha-se em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015), que

nos enunciados descritivos relativos à prevenção de complicações e bem-estar/auto-cuidado, clarifica a competência do enfermeiro especialista de ser capaz de identificar precocemente problemas (que só é possível com um leque de conhecimentos/experiências de base e de capacidade de transferibilidade) e de intervir para impedir ou minimizar o impacto de tais eventos adversos (incluindo a participação e/ou encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar).

Sublinhem-se os conhecimentos desenvolvidos em neuromonitorização, pois esta unidade, reconhecida internacionalmente, prima pela inovação, excelência e investigação na área, dispondo de equipamentos e técnicas especializadas que providenciam sinais precoces de alterações (por exemplo, sinais de isquémia cerebral) permitindo a intervenção precoce e guiada. Neste âmbito destaco a monitorização contínua da pressão de oxigénio no tecido cerebral (monitorização invasiva), a oximetria transcutânea cerebral por espectroscopia de infravermelhos, o Índice de Reatividade Cerebrovascular e o Índice Bispectral, que em conjunto com outras modalidades resultam na Monitorização Multimodal que caracteriza essa unidade.

O estágio permitiu igualmente a presença no III Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto (2016), cujo programa incluiu temas relacionados com a neuromonitorização e abordagem ao doente neurocrítico possibilitando a confrontação de conhecimentos adquiridos na bibliografia face à prática dos especialistas nos diferentes contextos.

O estágio de opção na UCIN ficou completo com a entrega do relatório do projeto de autoformação; o projeto de autoformação consiste num “...trabalho sistemático e organizado, que deve concretizar-se num conjunto ordenado de atividades” (Alves, 2004, p. 30). O projeto conduz à mudança, pois permite alterar um contexto, situações e resolver problemas, através da aprendizagem, aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências.

A par das competências desenvolvidas ao longo do Curso de Pós-Licenciatura e da formação contínua ao longo do meu percurso profissional, a frequência do Curso de Mestrado, veio completar a minha trajetória na aquisição de competências de Mestre aprofundando e atualizando conhecimentos, possibilitando a aplicação dos mesmos nos diferentes contextos da prática (implicando capacidade de compreensão e transformação dos conhecimentos teóricos científicos) e promovendo a reflexão da prática de cuidados e seus contextos.

Realce-se que todo o processo de aprendizagem/desenvolvimento de competências, quer ao longo do Curso de Pós-Licenciatura, quer ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigiu tempo de trabalho autónomo do aluno, ou seja, exigiu a aplicação e desenvolvimento da competência saber-aprender ou aprender a aprender. Esta competência, essencial para a formação contínua, vai ao encontro aos artigos 97º e 109º do CDE (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro), dos deveres em geral e da excelência do exercício respetivamente, na medida em que se defende o exercício da profissão baseado em conhecimentos científicos e técnicos constantemente atualizados, com a adoção de medidas que resultem na melhoria dos cuidados e serviços de enfermagem.

Enquanto Enfermeira Especialista com conhecimentos diferenciados no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvi e evidenciei a competência de saber-aprender e o saber-transformar que envolvem, não só a aquisição contínua de conhecimento, mas também a compreensão do mesmo com posterior capacidade de adaptação aos contextos. O saber aprender e transformar estão patentes em todos os domínios de competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas responsabilidades de identificação e demonstração de conhecimentos/práticas especializadas, mas principalmente na execução e implementação de cuidados, assim como, na introdução de práticas de maior nível de qualidade.

No Estágio de Opção concretamente, integrado no Curso de Mestrado, evidenciaram-se os meus conhecimentos na área de neurotrauma, em particular no cuidar do doente vítima de TCE, na medida em que foram fundamentais para a identificação de um problema na prática dos cuidados de enfermagem e para a intervenção sobre o contexto para produção de resultados/solução do problema suscetíveis de melhorar a qualidade dos cuidados ao doente. Este resultado produzido pelo projeto por mim desenvolvido vai de encontro à procura permanente de excelência no exercício profissional, preconizada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), através da contribuição da organização dos cuidados de enfermagem, ao constituir uma referência para a prestação de cuidados. Por outro lado, para o desenvolvimento desse mesmo projeto, foram precisos níveis elevados de compreensão e reflexão, não só para a análise da realidade das práticas que conduziu à deteção do problema, mas também para a seleção das melhores estratégias de intervenção face ao problema e contexto.

Nesse sentido, o projeto de autoformação em serviço desenvolvido no Curso de Mestrado constituiu um cenário de aplicação de conhecimentos especializados e

diferenciados, com fundamentação científica, partindo de uma análise da realidade, compreendendo-a, identificando um problema real e traçando um plano de intervenção para a obtenção de ganhos em saúde nos doentes vítimas de TCE.

No planeamento e implementação do projeto de autoformação/intervenção desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado ficou igualmente clara a posse do “saber na ação” que, de acordo com Medina Moya (2005), resulta da história e experiências vividas por parte do profissional conjuntamente com os conhecimentos que possui no presente, em constante interação com a prática. As estratégias selecionadas no âmbito do projeto de intervenção e os instrumentos elaborados deixam transparecer a aplicação da melhor e mais atual evidência científica nos cuidados de enfermagem, assim como, a tomada de decisão e compreensão da realidade das práticas traduzidas na análise crítica da mesma.

Ainda acerca da aplicabilidade do conhecimento em diferentes contextos e resolução de problemas há que sublinhar que todo este processo de aprendizagem académica com conteúdos teórico-práticos e clínicos, constitui uma mais-valia na minha actual prática de cuidados de enfermagem no contexto de enfermaria a doentes do foro neurocirúrgico, na medida em que me capacitou para a deteção precoce de sinais de agravamento/complicações, na constatação da evidência teórica no contexto dos cuidados (por exemplo, a tradução em tempo real e numérica do efeito dos cuidados de enfermagem sobre os valores de pressão intracraniana) e na mudança de abordagens protocolares atendendo à perceção de novos riscos envolvidos (como no tratamento agressivo da hipertensão num doente com TCE atendendo a que pode corresponder a um mecanismo de compensação da vasoreatividade cerebral).

2.1.2. Realização de julgamento/tomada de decisões

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto refere que o grau de mestre exige “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 4162). Ao longo do presente relatório tem-se vindo a justificar a importância de desenvolver conhecimentos aprofundados na área de especialidade, mas também a necessária compreensão dos mesmos permitindo a sua transformação e aplicação nos diferentes cenários de prática de cuidados.

Na sua prática diária, os enfermeiros previnem, minimizam e corrigem situações complexas e imprevisíveis. Nessa realidade, os enfermeiros tomam decisões, fruto da sua

autonomia profissional, que se traduzem em ações (Fernandes, 2010; Magalhães, Lopes & Fonseca, 2013). As ações, ou seja, as intervenções de enfermagem correspondem a cuidados de enfermagem na e com a pessoa com a qual se desenvolve uma relação terapêutica (Fernandes, 2010) e perante a qual se exige do enfermeiro uma conduta responsável e ética (OE, 2015).

A tomada de decisão consiste num processo cognitivo complexo que culmina na escolha de uma opção de entre várias usando como ferramenta o pensamento crítico e reflexivo (Dutra, 2013). Tal como Nunes (2005) refere, as decisões tomadas pelos enfermeiros têm um profundo impacto na vida dos seus clientes, cujos resultados estendem-se ao futuro, constatando-se a importância e responsabilidade associadas. Reconheça-se que o enfermeiro, atendendo ao processo de tomada de decisão, poderá optar por agir de uma ou outra forma, assim como, poderá optar por não agir sendo sempre responsável pelo seu acto ou ausência do mesmo (Nunes, 2005).

A prestação de cuidados, que envolve as ações do enfermeiro resultantes da tomada de decisões, exige uma conduta responsável e ética, pautada de zelo e competência. Desta forma, é determinante a união de competências técnicas, científicas e morais, capazes de suportar o cuidado holístico preconizado (Nunes, 2005), fundamentado em evidências científicas atualizadas de enfermagem complementadas com conhecimentos de outros domínios que alicerçam as suas competências profissionais (Nunes, 2005; Fernandes, 2010; Dutra, 2013). A necessidade de tais competências e desenvolvimento contínuo das mesmas encontra-se explícita nos deveres dos enfermeiros para com a profissão, em particular nos artigos 97º, 99º, 100º, 104º, 109º referentes aos deveres gerais dos enfermeiros para a profissão, realçando-se as condições exigidas aos enfermeiros no desempenho das suas funções, em concreto a necessidade de conhecimentos científicos e técnicos; a defesa da liberdade e dignidade das pessoas onde se inclui o direito a participar e decidir sobre o seu plano de saúde; o dever deontológico de responsabilizar-se pelas decisões por si tomadas ou delegadas; e exercer a sua profissão tendo em vista a excelência dos cuidados que presta refletindo sobre e na sua prática e atualizando continuamente os seus conhecimentos (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro).

Neste sentido, os Cursos de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica frequentados, foram estruturados tendo em vista o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista neste domínio, assim como, para a utilização da metodologia de investigação com recurso ao pensamento crítico, para a mobilização de evidência científica do domínio da Enfermagem

face à pessoa em situação crítica incorporando-a no processo de tomada de decisão associada aos cuidados especializados. Os referidos cursos, através dos seus programas curriculares, contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos acerca dos Modelos de Tomada de Decisão, quer face a problemas de cariz científico na prestação de cuidados de enfermagem (Modelo de Processamento de Informação, Modelo Intuitivo-Humanista e Modelo de Decisão de O'Neill), quer perante dilemas e problemas éticos (associados ao cuidado humanista).

Nunes (2016) salienta a importância da capacitação dos especialistas em fazer uso do julgamento clínico. Benner (2011) sublinha que os enfermeiros especialistas no cuidado ao doente crítico deparam-se muitas vezes com contextos imprevisíveis que exigem respostas imediatas, e perante as quais torna-se fundamental a utilização do julgamento clínico para tomada de decisões e orientação de intervenções, não esquecendo porém da necessidade de desenvolver competências relacionais e em contexto de prática clínica. Defende ainda que em cuidados críticos são nove os aspetos orientadores do pensamento do enfermeiro: estabelecer prioridades; aquisição de conhecimentos e sua aplicação prática; capacidade de raciocínio perante a mudança; conhecimento especializado; capacidade de resposta face às alterações da situação do doente; capacidade de influenciar uma situação; identificação e resolução de problemas; articulação de princípios éticos com a prática; e capacidade de se colocar no lugar dos outros. Almejando o desenvolvimento das competências citadas por Benner (2011), os cursos frequentados foram pautados por conhecimentos teórico-científicos sólidos e atualizados, assim como, englobaram práticas clínicas orientadas, refletidas e fundamentadas, evidenciadas por trabalhos escritos.

Se diariamente, perante situações familiares, os enfermeiros tomam decisões sem grandes análises, quando se tratam de situações não habituais são necessárias análises mais longas e profundas para a tomada de decisão. Perante essas situações os enfermeiros têm de refletir na ação e conseguir justificar a mesma (Nunes, 2006).

O enfermeiro especialista é aquele ao qual se reconhece um conhecimento aprofundado sobre um domínio da enfermagem, que se traduz num conjunto de competências especializadas que o enfermeiro mobiliza na sua prática permitindo-lhe ponderar, decidir e atuar nos diferentes campos de intervenção (OE, 2010). Atendendo a que se trata de um nível aprofundado dos domínios de competências do enfermeiro generalista espera-se, igualmente, que o enfermeiro especialista demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010).

Os estágios frequentados durante o curso de especialização constituíram cenários distintos dos habituais da minha prática de cuidados que exigiram a aplicação dos conhecimentos já adquiridos até então, dos adquiridos no mesmo e de reflexão crítica na e sobre a ação, pois tal como refere Neves (2012), a tomada de decisão na prestação de cuidados é influenciada por diversos factores internos/individuais e externos/ambientais, sendo suscetíveis de facilitarem ou dificultarem o processo de decisão.

Os factores individuais englobam a idade e nível educacional, experiência, conhecimento e capacidade de reconhecimento de informação relevante, nível de comunicação, emoções e capacidade de percepção, habilidade para formulação de hipóteses e atualização das mesmas perante novos dados, o género, nível de compromisso, capacidade de pensamento crítico, entre outros (Silva, 2014 citando Hagbaghery et al, 2004). Os factores ambientais integram a natureza/contexto da atividade; complexidade da situação e risco envolvido; recursos e tempo disponíveis; fontes de informação; entre outros.

Desta forma, alguns autores concluíram que a experiência e os conhecimentos influenciam diretamente a capacidade dos enfermeiros de tomar decisões, ou seja, a experiência não depende diretamente e/ou exclusivamente da idade, mas sim do ambiente em que o profissional está inserido e experiências prévias. Acredita-se que enfermeiros experientes facilmente colhem dados de forma estruturada, identificando rapidamente os aspetos relevantes das situações, delimitam as alternativas mais prováveis e diagnosticam mais assertivamente (Silva, 2014 citando Benner & Tanner, 1987).

Enquanto enfermeira há 10 anos, tendo exercido sempre no Serviço de NC, já possuía experiência na área e capacidade de decisão perante os doentes desta especialidade. Tendo em vista a formação contínua e desenvolvimento de competências especializadas para prestar cuidados ainda mais diferenciados, seguros e de qualidade, a frequência dos cursos foi determinante, permitindo-me o aperfeiçoamento na área de neurotrauma e posteriormente intervir sobre o nível de cuidados prestados às vítimas de TCE com um projeto de autoformação com intervenção em serviço, procurando a excelência do cuidar.

O cuidado ao doente crítico e sua família exige decisões rápidas, muitas das vezes com poucos dados clínicos do doente (por exemplo, aquando da chegada ao SU diretamente para a sala de reanimação) e sem dúvida que as experiências adquiridas nos estágios do curso de especialidade e toda a reflexão crítica levada a cabo consolidaram competências desenvolvidas até então e desenvolveram outras no cuidar do doente crítico,

controle de infecção e catástrofe/abordagem a multi-vítimas, promovendo a tomada de decisões futuras mais fundamentadas e rápidas nesses âmbitos de intervenção.

Dutra (2013) citando Sordi, Bagnato (1998) refere que sendo o pensamento crítico ferramenta essencial na tomada de decisão, a sua estimulação é fulcral através do incentivo à reflexão. A reflexão, por sua vez, é desenvolvida com a prática da observação, análise, crítica, autonomia de pensamento e de criação. Indo de encontro à bibliografia, os estágios integrados no curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica promoveram o desenvolvimento do pensamento crítico e a reflexão, não só através da prática tutorada, mas também pela solicitação de trabalhos escritos fundamentados ao longo do curso, em particular nas práticas clínicas. De entre esses trabalhos, e anteriormente referidos, encontravam-se um portefólio reflexivo referente à prática clínica em contexto do SU, um processo de enfermagem fundamentado desenvolvido no estágio em contexto de UCI polivalente e um relatório do projeto de autoformação relativo aos cuidados de enfermagem às vítimas de TCE nos cuidados intensivos neurocríticos.

Os processos de enfermagem fundamentados revelaram-se de grande importância atendendo a que a decisão de cuidado traduz-se num método científico, o Processo de Enfermagem, resultante da autonomia profissional e pessoal do enfermeiro (Fernandes, 2010). No Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2010), realça-se o uso desse método científico de decisão nos cuidados ao doente crítico através da necessidade de observar/avaliar, colher dados e investigar sistematicamente, por forma a conhecer a situação da pessoa recetora de cuidados e antever e identificar complicações em tempo útil.

Os estágios desenvolvidos no âmbito dos cursos realizados foram de encontro aos domínios comuns de competência dos enfermeiros especialistas descritos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010). No entanto, o curso de especialização foi mais direcionado para a prestação de cuidados especializados, enquanto que o curso de Mestrado proporcionou um estágio mais orientado para os domínios da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados através do projeto de autoformação com intervenção em serviço. Esse projeto permitiu intervenção nas dimensões da educação de pares, educação de clientes, liderança e PBE permitindo avançar e melhorar a prática de enfermagem no serviço onde se interviu- Serviço de NC- com a criação e implementação de um protocolo de vigilância do doente vítima de TCE nas primeiras 24 horas de internamento e de um folheto informativo para os clientes/pessoas significativas.

O projeto de autoformação com intervenção em serviço proporcionou o desempenho de um papel dinamizador e, traçando um paralelo com o que é preconizado pela OE, constituiu um projeto de melhoria contínua dos cuidados em que prezou pela melhoria na segurança dos doentes. Na esfera da gestão de cuidados promoveu a otimização da resposta da equipa de enfermagem e afirmação dos cuidados prestados e importância dos mesmos no seio da equipa interdisciplinar, sendo que, para tal, a construção dos referidos instrumentos (protocolo e folheto) exigiu e alicerçou-se em conhecimentos técnico-científicos sólidos e válidos.

Os protocolos unem a competência e a qualidade, na medida em que promovem uma estrutura de coordenação de cuidados e promovem a integração do conhecimento mais atual concentrando informação numa estrutura resumida e clara. Consistem então num recurso clínico que ajuda os profissionais de saúde em tomar a melhor decisão clínica e guia as mudanças da prática (Marcon, 2002 citando Kingston, Krenberger e Peruzzi, 2000). Nesta linha, o instrumento por mim criado sustenta a decisão clínica nos cuidados perante a vítima de neurotrauma auxiliando a resolução de problemas e tomada de decisão, nomeadamente dos enfermeiros com níveis inferiores de competência, pois tal como é referido por Benner (2011) são os que apresentam mais dificuldade em analisar o todo das situações, fazer uso das suas experiências e adaptar as suas respostas. A construção desse protocolo, além do recurso à evidência científica atual, exigiu a aplicação das competências associadas à minha Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nomeadamente na unidade de competência referente à prestação de cuidados à pessoa a vivenciar um processo complexo de doença e à antecipação da instabilidade e risco de falência, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos e na assistência à pessoa e família no decurso destas situações gerindo a comunicação e relação terapêutica com os mesmos (OE, 2010).

O projecto de autoformação com intervenção em serviço desenvolvido teve como principal objetivo solucionar um problema da prática clínica, detetado a partir da sensibilidade intelectual/profissional e competências desenvolvidas no decorrer da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com recurso às competências já adquiridas enquanto especialista e na área de cuidados diários no Serviço de NC nomeadamente no cuidar da vítima de TCE leve/moderado, traduzindo a capacidade de emitir juízos sobre a realidade e desenvolver soluções perante os problemas da prática. Ou seja, o próprio projeto partiu de uma decisão de intervenção perante um problema da prática clínica evidenciando capacidade de emitir um julgamento sobre a realidade através

da análise crítica da mesma, exigindo simultaneamente a implementação das competências especializadas para a resolução de um problema.

Como referido anteriormente, a bibliografia consultada em particular o CDE (OE, 2015), sublinha a conduta responsável e ética que o enfermeiro deve assumir. A dimensão moral da enfermagem deriva do facto de constituir uma profissão, ou seja, das expectativas da sociedade face à mesma. Assim, o enfermeiro no exercício das suas funções assume a responsabilidade profissional perante a sociedade e, conseqüentemente, o respeito pelos direitos humanos.

A ética profissional assenta na preocupação com o bem-estar da pessoa, pois sendo os cuidados de enfermagem consolidados na relação terapêutica entre o enfermeiro e o recetor de cuidados exige-se a dimensão humana. O processo de decisão transforma a intenção em ação envolvendo a análise dos prós e contras. Eticamente a intenção tem valor, no entanto, é a ação o aspeto visível da decisão pelo que a deontologia profissional orienta o julgamento sobre as decisões tomadas pelos profissionais (OE, 2015).

A ética insere-se no campo da filosofia prática tendo por tarefa específica a orientação da conduta humana. Assim, um bom profissional, além de ser bom técnico, é alguém que rege a sua ação/decisão de acordo com os valores próprios da sua profissão, ou seja, os valores éticos e deontológicos (Freire, 2015).

Na prática de cuidados os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações que apelam à tomada de decisão ética na medida em que constituem problemas éticos. Ocorrendo um problema ético, o enfermeiro tem a necessidade e o dever profissional de resolvê-lo de forma a construir uma decisão que seja eticamente correta para a pessoa cuidada. Os problemas éticos normalmente conduzem à reflexão “na” e “sobre” a prática.

A tomada de decisão ética é um processo que exige competência e arte, sendo que a literatura descreve modelos processuais para fundamentação e facilitação da mesma. Na estrutura dos cursos frequentados, os conteúdos éticos associados aos cuidados de enfermagem foram abordados em unidade curricular própria resultando em análises de casos reais que constituem problemas éticos frequentes na prática de cuidados. Verifica-se que no cuidado ao doente crítico, tal como nos refere Cerri et al. (2011), a complexidade das situações dos doentes poderá tornar as decisões, nomeadamente as éticas, mais difíceis. Uma das principais razões é o facto dos doentes poderem estar inconscientes pela patologia de base ou por indução medicamentosa, não podendo defender os seus direitos, em particular o da autonomia e liberdade (de decisão/consentimento).

Uma das situações comuns em contexto de cuidados intensivos refere-se à obstinação terapêutica, já que, sendo um ambiente altamente tecnológico, que permite a substituição de funções vitais, por vezes, é frequente o prolongamento da vida a qualquer custo.

O uso de tecnologia ou tratamentos, quando já não se perspetiva possibilidade terapêutica/cura, constitui um elemento potenciador de sofrimento e de uma morte lenta, ou seja, distanásia. Neste cenário, a vulnerabilidade dos doentes críticos, perante a incapacidade de exercerem a sua autonomia e liberdade, constitui um desafio para os profissionais de saúde tendo em vista os cuidados humanizados (D’Arco et al., 2016). Embora a decisão de suspensão ou não de tratamentos seja médica, o enfermeiro, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, deverá abster-se de participar em tratamentos desnecessários/inúteis, tal como descrito nos artigos 108º e 110º do CDE (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro) e defender os princípios bioéticos da não-maleficiência, beneficência e justiça, assim como, o direito a uma morte digna com cuidados paliativos.

Denote-se que o enfermeiro é elemento fundamental no apoio ao doente, mas também à sua família/pessoas significativa, servindo de elo entre os mesmos e a equipa de saúde (D’arco et al., 2016). A família deverá ser considerada parceira nos cuidados, em que a sua participação e informação é pertinente nas tomadas de decisão acerca dos cuidados de saúde, embora não decisivas.

Em suma, verifica-se que os princípios bioéticos da autonomia, não-maleficiência, beneficência, justiça e equidade são imperiosos na tomada de decisões relativas aos cuidados de enfermagem ao doente crítico, na reflexão acerca das posições da equipa multidisciplinar e na participação das suas decisões.

2.1.3. Comunicação

No Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto preconiza-se que os indivíduos possuidores do grau de mestre sejam “...capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p.4162).

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e disciplina científica tem conduzido à produção de conhecimentos próprios, considerados essenciais na prática clínica e na afirmação da sua autonomia. Chicória (2013) citando Meleis (2010) defende que o desenvolvimento de suporte teórico é fundamental para a prática, pois clarifica domínios e delimita o campo da disciplina.

Na enfermagem, tal como em outras disciplinas, a evidência suporta as atividades e intervenções aplicadas na sua prática de cuidados, porém, também, a evidência tem vindo a demonstrar que os profissionais de saúde têm dificuldade em integrar o novo conhecimento na sua prática diária, mesmo perante toda a pesquisa e resultados documentados (Marcon, 2002 citando Kingston, Krenberger e Peruzzi, 2000). A teoria científica fundamenta a prática, no entanto, deverá ser transformada e refletida aquando da sua aplicação nos contextos da prática. Por outro lado, é na prática que muitas vezes surgem as necessidades de fundamentação teórica.

Verifica-se então que o conhecimento em enfermagem resulta do conhecimento privado em conjunto com o conhecimento público, ou seja, depende do conhecimento pessoal do enfermeiro conjuntamente com sua experiência associado aos saberes da disciplina de enfermagem (Kim, 2010) consistindo assim num “saber na ação” (Medina Moya, 2008), em que tais conhecimentos são influenciados pela situação e pelas características pessoais do profissional. O conhecimento permite-nos a diferenciação e a sua partilha ajuda os colegas a desenvolver competências e a trabalhar em equipa (Leal, 2015).

Ao basear-se a prática na evidência procura-se diminuir a incerteza na tomada de decisão e reduzir a incidência de eventos adversos que resultem em dano para o utente (Atallah, 2004). Constate-se que a PBE consiste na aplicação da melhor e mais atual evidência científica como base de tomada de decisão na prestação de cuidados (Chicória, 2013 citando Atallah & Castro, 1998) aliando-às preferências do utente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Quando se aborda a PBE não se descarta a experiência pessoal, no entanto acredita-se que também esta deverá ser refletida com base nessas evidências.

A identificação de necessidades da prática clínica através de interrogações/preocupações dos profissionais está na base dos cuidados de saúde baseados na evidência. Estas necessidades, quando exploradas, resultam em conhecimento que respondem às necessidades sentidas (Pearson t al., 2005). Neste contexto, considero que o projeto de intervenção em serviço por mim desenhado (no âmbito do estágio de opção do curso de mestrado) constituiu um mecanismo de promoção da PBE em neurotrauma, em concreto nos cuidados à vítima de TCE, partindo da identificação de um problema, pesquisando e implementando a evidência/conhecimento científico sobre a forma de protocolo e de um folheto. O projeto constituiu um mecanismo de comunicação de conhecimento através das intervenções planeadas para a sua implementação.

Embora as mudanças nem sempre sejam de fácil implementação, os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, assumem o dever de promover o desenvolvimento facilitador da tomada de decisão baseada em evidências (Abreu, 2011). Tal premissa está igualmente explícita no REPE, artigo 9º relativo às intervenções dos enfermeiros e 12º referente aos deveres, assim como, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), no âmbito das competências dos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

A resistência à mudança deve-se, muitas vezes e entre outros factores, ao ambiente clínico pelo que exige profissionais confiantes, empenhados, com competências de negociação e comunicação (Chicória, 2013). Perry (2004) citado por Chicória (2013) acrescenta que a opinião dos líderes, a postura dos modelos, a opinião dos pares e a força do grupo constituem também determinantes para a resistência ou aceitação à mudança. No entanto, verifica-se que basta um enfermeiro decidir mudar um aspeto da prática para que existam alterações nas dinâmicas com impacto nos colegas e utentes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Perante estas evidências vale a pena salvaguardar que, no contexto do projeto de intervenção em serviço por mim desenvolvido, procurei parcerias com os líderes e outros elementos da equipa interdisciplinar. O enfermeiro chefe do Serviço de NC e um Neurocirurgião foram por mim convidados a colaborar no desenvolvimento do projeto, tendo constituído elementos importantes na aceitação à mudança pela restante equipa. Por outro lado, o envolvimento de outra classe profissional permite o reafirmar das competências dos enfermeiros na equipa de saúde através da demonstração e partilha de conhecimentos. Sousa (2013) salvaguarda que a colaboração na equipa influencia diretamente os resultados em saúde para os utentes, na medida em que cada um dos intervenientes contribui com diferentes informações e conhecimentos.

Chicória (2013) aponta cinco estratégias para a promoção e implementação da PBE:

- Construção de parcerias: formar grupos/equipas com a mesma visão e propósito;
- Sinalização e utilização de agentes de mudança: selecionar elementos com características de potenciar a mudança;
- Partilha e disseminação da informação: selecionar os meios de comunicação atendendo à população alvo;
- Educação e formação: promover a educação/formação contínua;

- Prática padronizada: utilização de guidelines, checklists, entre outros.

A autora sublinha que nenhuma das estratégias exclui a reflexão sobre e na ação.

No que concerne à disseminação e implementação, enquanto estratégias de promoção da PBE verifica-se que a primeira diz respeito aos meios de divulgação/comunicação para que a informação esteja acessível ao público alvo, e que a segunda é o meio pelo qual se verifica que a informação está a ser utilizada da forma pretendida.

A comunicação é uma ferramenta essencial na Enfermagem resultante de um processo de aprendizagem (Alves, 2011), que em conjunto com a colaboração na equipa conduz a níveis superiores de qualidade e diminuição dos erros (Sousa, 2013). No desenvolvimento do projeto de autoformação com intervenção no serviço para criação de um protocolo de vigilância das vítimas de TCE nas primeiras 24 horas de internamento no decorrer do Curso de Mestrado, ficaram claras as minhas competências a este nível, já que tive de expôr os fundamentos do meu projeto aos responsáveis do serviço para autorização do mesmo (chefe de enfermagem e diretor do serviço), tive de solicitar colaboração e trabalhar lado a lado com o neurocirurgião (atendendo às intervenções interdependentes existentes no protocolo), apresentar o projeto aos colegas (enfermeiros generalistas e especialistas) e avaliar a implementação do mesmo junto aos colegas.

Embora as minhas competências comunicacionais se tenham evidenciado no Curso de Mestrado com o projeto de intervenção em serviço, as mesmas têm se vindo a desenvolver ao longo da minha carreira profissional em contacto com os utentes (na relação terapêutica), familiares e restantes elementos da equipa interdisciplinar, assim como, através de formação na área (como por exemplo, com a realização do Curso de Formador de Formadores), competências essas reconhecidas entre pares e que me levaram a ser convidada e a desempenhar o papel de enfermeira formadora no serviço onde exerço. Por outro lado, o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica já havia refinado essa competência na área do doente crítico permitindo a partilha de conhecimentos em sala com comunicações/apresentações de pesquisas realizadas e nos diferentes estágios através da prestação direta de cuidados (incluindo informação partilhada nas passagens de turno), formações em serviço planeadas (por exemplo, no SU, no âmbito do doente neurocrítico com Drenagem Ventricular Externa) e trabalhos escritos e divulgados.

Há a referir que após o término do Curso de Pós-Licenciatura estive envolvida na organização das Jornadas Académicas: Da intervenção à Pessoa em Situação Crítica à

Praxis na Comunidade (2016), na ESESJC onde tive a oportunidade de partilhar conhecimento através de uma comunicação científica oral sobre “Neuromonitorização” para uma plateia composta por enfermeiros especialistas e não especialistas e médicos.

A comunicação eficaz entre os elementos da equipa, sobre a informação da saúde dos doentes, favorece a segurança e, conseqüentemente a qualidade dos cuidados. Assim, na apresentação do protocolo de abordagem à vítima de neurotrauma, em concreto à vítima de TCE, e folheto informativo que visaram a segurança dos cuidados, optei por realizar formação em serviço para a equipa interdisciplinar. Santos (2008) acredita que a formação em serviço representa um papel fundamental no desenvolvimento dos serviços promovendo a qualidade, na medida em que permite a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, assim como, a sua atualização. A eficácia de tal momento de comunicação foi validada no final da mesma, através de um momento de clarificação de possíveis dúvidas, na disponibilidade para esclarecer dúvidas ao longo de todo processo de implementação do protocolo/folheto e após o período de implementação “experimental” desses instrumentos através da aplicação de um questionário à equipa. Verificaram-se então algumas dúvidas no final da formação em serviço que foram prontamente esclarecidas, ao longo do período de implementação não se verificaram dúvidas e no questionário para avaliação da implementação também ficou claro o acesso à informação pela equipa.

O enfermeiro especialista deve basear a sua prática clínica em conhecimento científico atual e sólido e assumir-se enquanto promotor da aprendizagem e ser ativo na área da investigação. Desta forma, atua como formador no seu contexto de trabalho, diagnosticando necessidades formativas e desenvolvendo planos para suprimi-las. Assim, é um agente dinamizador e fomentador da introdução de novo conhecimento na prática de cuidados através da interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes da evidência (OE, 2010).

Refletindo sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pode-se constatar que, inserida na competência do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, está descrita a responsabilidade em responder de forma pontual e antecipando a instabilidade, assim como, em gerir a administração de protocolos complexos. Enquanto especialista optei por partilhar/comunicar parte da minha pesquisa e conhecimentos sob a forma de um protocolo e um folheto, introduzindo e estruturando conhecimentos científicos recentes no âmbito do neurotrauma/TCE no Serviço de NC, por forma a uniformizar o procedimento de

vigilância do doente procurando a deteção precoce de sinais/sintomas de agravamento e atuação estruturada e uniforme perante focos de instabilidade.

2.1.4. Competências de autoaprendizagem

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto refere que o Grau de Mestre determina “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.4162). Neste sentido, os enfermeiros têm o dever de formar-se continuamente, mantendo atualizados os seus conhecimentos sem descurar a componente humanista da sua profissão (artigo 109º, Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro). Enquanto enfermeira especialista, com conhecimentos diferenciados e aprofundados na área do doente crítico, da qual se espera uma prática especializada e fundamentada em conhecimentos sólidos e atuais, com responsabilidades acrescidas na educação de pares, de orientação e aconselhamento (OE, 2010), a formação contínua ganha ainda mais relevo na minha prática.

A aprendizagem corresponde a uma procura constante de significados para a realidade, que exige interação e reflexão, almejando a adaptação (Marujo, Neto & Perloiro, 2000). A aprendizagem ao longo da vida deverá ser um princípio orientador numa sociedade em constante evolução, em que é vital saber usar o conhecimento de forma eficiente e inteligente sabendo adaptá-lo às mudanças. Esta competência desenvolve-se em indivíduos que assumem um papel ativo recorrendo à educação e formação ao longo da sua vida, de forma voluntária/livre. Trindade (2014) citando Williams (2001) define a autoaprendizagem como o

processo no âmbito do qual os indivíduos tomam a iniciativa, com ou sem a ajuda de outros, diagnosticando as suas necessidades de aprendizagem, formulando os seus objetivos neste âmbito, identificando os recursos humanos e materiais que necessitam para aprender, escolhendo e implementando estratégias de aprendizagem apropriadas e avaliando os resultados desta aprendizagem (p. 4).

Como se pode constatar, o conceito de autoaprendizagem relaciona-se diretamente com o de “autonomia”, ou seja, a “capacidade de governar a si mesmo” (Houaiss, 2004). No contexto da educação, a autonomia relaciona-se com a capacidade do indivíduo gerir a sua aprendizagem.

As fontes de aprendizagem disponíveis aos indivíduos podem ser formais, não formais e informais. A aprendizagem formal decorre em instituições de ensino/formação e resultam em diplomas e qualificações socialmente reconhecidas; a não-formal decorre em

paralelo com as formais, mas nem sempre resultam em certificação formal (por exemplo, formações em serviço); e a aprendizagem informal acontece diariamente, com as atividades diárias e normalmente é intencional (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

Desde o meu Curso de Licenciatura em Enfermagem que tomo iniciativa face à minha aprendizagem, procurando formação quer em fontes formais e não-formais, dirigindo as minhas áreas de interesse/intervenção até à especialização e culminando no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Denote-se que, enquanto enfermeira generalista, procurei desenvolver-me em todos os domínios de competência preconizados. Desta forma, frequentei diversas formações para aquisição de competências profissionais para a prestação de cuidados holísticos (como por exemplo, nas áreas de saúde mental e espiritual, abordagem avançada ao doente crítico, abordagem avançada à vítima de trauma, interpretação de traçado eletrocardiográfico, entre outros), disponibilizadas por instituições formais e não formais, nomeadamente pela instituição empregadora; no domínio de gestão de cuidados, e por ser responsável de equipa, além do curso de formação de formadores, frequentei o curso de gestão de conflitos com conteúdos sobre comunicação eficaz e um outro sobre comunicação de más notícias; e no domínio do desenvolvimento profissional saliento a pós-graduação em supervisão clínica em enfermagem que, além de desenvolver competências no acompanhamento de estudantes, permitiu-me adquirir e aplicar as ferramentas de autoaprendizagem para o meu percurso profissional. Saliento ainda a prestação direta de cuidados como fonte informal de conhecimentos ao longo do meu percurso.

Atualmente as instituições de ensino formal deverão oferecer mais do que a transmissão de conhecimentos, procurando preparar os alunos para uma sociedade altamente tecnológica e em constante mutação. Por outro lado, devem reconhecer que a aprendizagem não se resume à adquirida formalmente e que deverá ser flexível e individualmente ajustada (Costa, Viseu, Viana & Trigo, s.d.). Desta forma, nas fontes formais preconizam-se o uso de estratégias promotoras da construção/produção de conhecimento, pelo que as atividades e interações devem ser personalizadas. O profissional competente é aquele que aprende e cria conhecimento, assim como, mobiliza-o, transforma-o e adapta-o aos diferentes contextos, ou seja, aprende a aprender permitindo-lhe ter uma postura crítica/reflexiva e autónoma na sociedade (Dias, 2010). Desta forma constata-se que a autoaprendizagem não deverá ser o ponto de partida, mas sim o objetivo

dos programas educacionais, nos quais os professores deverão assumir papéis de orientadores e facilitadores da aprendizagem (Trindade, 2014).

O programa curricular oferecido pelo Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi delineado por forma a responder às competências do enfermeiro especialista nessa área de cuidados. O curso englobou diversos estágios que me permitiram ser responsável pela minha aprendizagem na ação/prestação de cuidados. Atendendo ao que é preconizado para a formação de adultos capazes de aprendizagem contínua e autónoma, as horas totais de estágio englobaram horas de trabalho individual do aluno e momentos de orientação tutorial, já que, no processo de ensino de adultos o professor surge como facilitador/guia da aprendizagem. Ainda no contexto dos estágios foi incentivada a pesquisa e pensamento crítico (ferramentas essenciais na aprendizagem autónoma) que se traduziram em trabalhos escritos fundamentados. Salienta-se o projeto de autoformação, que embora tenha sido exigido na Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal, implicou o planeamento individual das etapas com definição dos objetivos pessoais a desenvolver no contexto do estágio de opção do curso de especialização.

Por outro lado, o Curso de Mestrado, tendo em vista as unidades de competência descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, veio complementar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas. Enquanto enfermeira especialista com competências reconhecidas e validadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no estágio de opção, foi-me proposta a elaboração de um projeto de autoformação que se traduziu numa intervenção em serviço na minha principal área de interesse e de especialidade- neurotrauma/TCE.

A aprendizagem baseada em projetos consiste num modelo de ensino/aprendizagem. Este modelo permite envolver o aluno na resolução de problemas do contexto onde estão inseridos, nomeadamente através da pesquisa profunda, criação de alternativas perante obstáculos, inter-relacionando conceitos/situações, fomentando a aprendizagem autónoma na produção e avaliação do seu conhecimento, autonomia futura e identidade pessoal e social. Embora no Curso de Pós-Licenciatura já tivesse desenvolvido um projeto de autoformação direcionado para o desenvolvimento de competências especializadas, o projeto de autoformação do Curso de Mestrado constituiu um projeto mais dinâmico, de caráter interventivo.

Para levar a cabo o referido projeto, tive necessidade de empregar várias técnicas e ferramentas que traduzem a minha capacidade de orientar o meu percurso, procurar, assimilar e partilhar os meus conhecimentos especializados em neurotrauma/TCE.

Assim, para a criação e implementação do protocolo e folheto no Serviço de NC, demonstrei capacidade para pesquisa de informação científica atualizada e espírito de investigação, compromisso com a área da minha prática de cuidados capacitando-me e auxiliando os colegas nos cuidados prestados, capacidade de adaptar e transferir os dados resultantes da investigação para a prática e autoconfiança ao assumir novos desafios e conquistando um alto desempenho profissional.

Desta forma, todo o processo associado ao projeto possibilitou o desenvolvimento de competências em trabalho de grupo, de gestão (por exemplo, moderação de encontros, delinear um plano), cognitivas (nomeadamente na tomada de decisão e pensamento crítico) e de autogestão (por exemplo, na gestão de tempo e definição de objetivos).

Em suma, a aprendizagem baseada em projetos de autoformação permite a aquisição e consolidação de ferramentas e competências promotoras da autoaprendizagem ao longo da vida (Buck Institute for Education, 2018), razão pela qual considero pertinente explorar em seguida cada um desses projetos em detalhe para a clarificação do seu contributo na aquisição de competências de Mestre e apresentando-os, igualmente, como evidência do desenvolvimento da competência de autoaprendizagem.

2.1.4.a. Desenvolvimento de competências na área de especialização: neurotrauma cerebral

O neurotrauma corresponde a lesões traumáticas no Sistema Nervoso Central, ou seja, lesões sobre o cérebro e medula espinal (Chang & Badjatia, 2014). No meu percurso académico e profissional dediquei-me à abordagem de enfermagem perante o doente com trauma cerebral, ou seja, vítima de TCE, por constatar-se que a maioria dos sobreviventes fica com sequelas suscetíveis de interferir na sua vida diária, sendo que, os cuidados de enfermagem, têm correlação com o outcome dos mesmos.

O TCE é definido como uma lesão cerebral, não degenerativa ou congénita, resultante de uma força mecânica externa, passível de conduzir a um prejuízo temporário ou permanente nas funções cognitivas, físicas e psicossociais, associadas a alteração ou diminuição do estado de consciência (Brain Injury Association of America, 2011; Dawodu, 2017). É considerada a patologia mais complexa de um órgão igualmente complexo devido à sua heterogeneidade de apresentação (Mass et al., 2014) com grande impacto social, familiar e individual, suscetível de grandes ganhos com a intervenção especializada de enfermagem.

Adnan et al. (2007) citando a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que o TCE irá ultrapassar outras doenças como a maior causa de mortalidade e morbidade até 2020, estimando-se que os TCE afetem mais de 10 milhões de pessoas anualmente levando-as à hospitalização ou à morte, quer pelo trauma inicial, lesões secundárias ou complicações decorrentes do internamento.

Sendo considerada uma epidemia silenciosa, já que muitas das suas consequências na memória e cognição não são diretamente visíveis, os TCE's têm um grande impacto socioeconómico com consequências danosas para o doente, seus familiares/cuidadores e sociedade.

Em 2003 publicou-se um estudo em Portugal que analisou dados referentes ao período entre 1994-1997, verificando-se uma taxa de incidência de 137/100000 habitantes e uma taxa global de mortalidade de 17/100000 habitantes (Novamente, 2014). Em 2011, a Direção-Geral da Saúde, apontava que em Portugal tínhamos cerca de 15 casos graves por dia, tendo-se verificado, no entanto, entre 2000-2010 uma diminuição na frequência mas um aumento da gravidade destes traumas possivelmente devido a medidas de prevenção rodoviária atendendo a que a maioria destas vítimas resultava de acidentes de viação. Actualmente verifica-se que os TCE's são diagnosticados em faixas etárias mais tardias e têm as quedas como principal factor causal (Dias, Rocha, Pereira, & Cerejo, 2014).

Apesar das estimativas, Adnan et al. (2007), referem que a quantidade e qualidade dos dados acerca do TCE, sua incidência e impacto a nível local e global, continuam aquém do ideal. Os autores acrescentam que o perfil epidemiológico desta patologia está comprometido e longe do pretendido devido a estudos em pequena escala, colheita de dados apenas a nível local, abordagens não protocoladas e ausência de vigilância das suas sequelas a longo prazo e, conseqüentemente, dos seus custos sociais e financeiros. Por outro lado, os autores acreditam que os esforços na prevenção primária, secundária e terciária não são satisfatórios.

A minha prática de cuidados desenvolve-se há dez anos no Serviço de NC, pelo que atendendo à continuidade do desenvolvimento de competências profissionais, o cuidado especializado ao doente com neurotrauma cerebral, constituiu a minha área de opção no contexto da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois tal como preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto o Grau de Mestre é conferido numa especialidade, que poderá ser desdobrada em áreas de especialização.

Tal como anteriormente referido, o meu percurso de especialização em neurotrauma iniciou-se no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

com o projeto de autoformação visando o desenvolvimento de competências especializadas nos cuidados de enfermagem ao doente vítima de TCE grave, internado em uma UCI da especialidade. Esse projeto partiu da constatação de que ao nível da prestação de cuidados de enfermagem nas enfermarias denotavam-se dúvidas e ansiedade por parte dos enfermeiros (incluindo-me também no grupo) aquando da transferência de doentes desde a UCI, que se refletiam em dificuldades de definir os cuidados, nomeadamente a frequência/regularidade da vigilância.

As referidas dúvidas conduziam à pouca uniformização de procedimentos e a um possível défice de vigilância, suscetível de levar a complicações ou à não deteção precoce das mesmas, assim como a possíveis reinternamentos nas unidades de origem. De acordo com a bibliografia, os enfermeiros dos serviços gerais de internamento referem essencialmente os seus cuidados como voltados para a recuperação motora desses doentes sendo a monitorização considerada um cuidado menor (Häggström, Asplund, & Kristiansen, 2009). Assim, enquanto enfermeira que exerce nas enfermarias, considerei pertinente o desenvolvimento de competências no cuidar destes doentes num ambiente complexo, para que, conhecendo o nível de cuidados de enfermagem aí prestados, conseguisse adequá-los na prestação de cuidados ao doente neurocirúrgico nas enfermarias, minimizando o risco e ansiedade aquando da transferência dos mesmos tendo, desta forma, delineado um projeto de autoformação dirigido a esta necessidade. De igual modo, tendo em vista a sua operacionalização, selecionei como campo de estágio de opção a UCIN que englobava igualmente a Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos.

Os objetivos gerais desse projeto foram, tal como previamente referido, o aprofundar de conhecimentos relativos à pessoa com TCE e adquirir competências no cuidar da Pessoa vítima de TCE moderado/grave, associados aos seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos relativos à fisiopatologia do TCE;
- Conhecer as consequências do TCE na qualidade de vida dos doentes/família;
- Conhecer a estrutura física e orgânica da UCIN;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao doente vítima de TCE moderado/grave na UCI;
- Conhecer o percurso da vítima de TCE no intrahospitalar e desenvolver competências na prestação de cuidados ao longo desse percurso;
- Identificar o papel do enfermeiro no percurso/transferência do doente.

Como se pode constatar pela análise dos objetivos específicos, o projeto desenvolvido no Curso de Pós-Licenciatura foi delineado visando a aquisição e desenvolvimento da competência específica referente ao cuidar do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, procurando o aperfeiçoamento das dimensões do saber, o saber-fazer e o saber-ser/estar defendidos por Pires (1994).

Nesse estágio o saber foi possibilitado por diversas experiências no contexto da prática direta de cuidados na UCIN e na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos, nomeadamente no acompanhamento, planeamento, intervenção e análise dos cuidados com o enfermeiro tutor, estudo e pesquisa individual, tendo culminado na entrega do relatório de projeto de autoformação. O saber-fazer, cimentado numa base teórica científica e atualizada, desenvolveu-se na prática diária de cuidados nas unidades com o desempenho pautado de rigor técnico e científico inerente ao processo de enfermagem, das técnicas associadas e na gestão de protocolos terapêuticos complexos acompanhados de reflexão na e sobre a ação. O saber-ser/estar que se trata de uma construção contínua, mas que ao longo do Curso de Pós-Licenciatura, foi propiciado pela evidência teórica, pelo contacto com os contextos e com os colegas enfermeiros especialistas, que me auxiliaram a criar referenciais e desenvolver a minha postura e imagem profissional enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio no contexto da UCIN e na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos exigiu igualmente saber na ação, pois a teoria guia a ação exigindo capacidade de análise crítica e adaptação. O suporte teórico e técnico da minha prática nesse contexto foi proveniente do meu percurso profissional até então, da pesquisa individual realizada ao longo desse percurso e da componente curricular teórica do Curso de Pós-Licenciatura.

Pelo descrito anteriormente, pode-se inferir que a aquisição de competências de Mestre, em especial na área de neurotrauma, inciou-se no contexto do Curso de Pós-Licenciatura, igualmente validado no processo de creditação.

Atendendo ao interesse e percurso feito, fez todo o sentido a continuidade do investimento na área do neurotrauma aquando do Curso de Mestrado tendo em vista os ganhos em saúde para o utente, vítima de TCE.

As admissões por TCE no Serviço de NC do Hospital Dr. Nélio Mendonça corresponderam a 36% de todas as admissões em 2016 (dados disponibilizados pelo serviço de estatística desta instituição), sendo ultrapassado apenas pelos diagnósticos de

origem oncológica. Os doentes internados na NC com este diagnóstico são transferidos do SU (31,2% das admissões por TCE) e do Serviço de Medicina Intensiva (4,8% das admissões por TCE) e apresentam TCE leves ou moderados, já que as vítimas de TCE grave, aquando da admissão hospitalar são obrigatoriamente internadas no SMI.

Apesar das lesões primárias constituírem a principal razão da vinda das vítimas ao hospital, são as lesões secundárias que mais comprometem a vida das mesmas constatando-se que em 2016 no Serviço de NC 1,6% dos doentes internados com este diagnóstico faleceram com complicações durante o internamento. Por outro lado, 20,8% dos doentes internados neste serviço foram intervencionados cirurgicamente em caráter de urgência/emergência quer durante o internamento ou mesmo na admissão hospitalar e 1,6% foram transferidos para o SMI dessa instituição. Assim, a prevenção e deteção de alterações neurológicas e sistémicas devem constituir um dos principais focos dos profissionais de enfermagem (Marcon, 2002) sendo essa vigilância que, na maioria das vezes, conduz a situações de intervenção médica precoce e atempada, nomeadamente cirurgias de urgência e a transferências para serviços mais diferenciados.

Desta forma, e perante o grande número de internamentos por TCE, ao reanalisar a realidade dos cuidados prestados no Serviço de NC, detetei um domínio suscetível de constituir um problema sobre o qual fazia todo o sentido intervir. Esse problema, relativo à segurança dos cuidados prestados, nomeadamente ao nível da vigilância desses doentes, foi foco da minha intervenção, pois, embora a vigilância dos doentes vítimas de TCE seja prática neste serviço, verificava-se falta de uniformização das intervenções de enfermagem, nomeadamente numa frequência mínima standard de monitorização neurológica e sistémica, assim como, nas intervenções perante possíveis alterações, podendo comprometer a segurança e qualidade na assistência em saúde. Neste contexto, a vigilância destes doentes, no que concerne às intervenções e frequência/regularidade das mesmas, depende da sensibilidade e conhecimentos/competências do enfermeiro prescriptor gerando discrepâncias na abordagem aos mesmo, podendo prejudicar a sua segurança no que concerne à deteção e prevenção precoce de complicações, assim como, à intervenção em tempo útil, prejudicando o seu outcome.

Assim, o projeto de autoformação, com intervenção no serviço deu continuidade, em parte, ao projeto desenvolvido no Curso de Pós-Licenciatura, pois foi a aquisição de competências no cuidar do doente neurocrítico, nomeadamente no âmbito da monitorização/vigilância, que me habilitou a reconhecer a necessidade e intervir, partilhando o conhecimento através da uniformização da vigilância, ou seja, perspetivando

a eficiência dos cuidados hospitalares prestados a esses doentes, almejando a sua segurança.

O projeto de autoformação com carácter interventivo em serviço partiu, então, da detecção do risco para a segurança dos doentes vítimas de TCE pela falta de uniformização das intervenções de enfermagem associadas à vigilância.

A segurança dos doentes pode ser definida como evitar, prevenir e/ou minimizar os desfechos e/ou lesões adversas decorrentes dos cuidados de saúde e é tida como a base dos cuidados de qualidade (Vincent, 2011). A garantia de segurança de todos os doentes que contactam com os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios que os sistemas de saúde enfrentam (Emergency Care Research Institute, 2018).

O conceito de segurança nos cuidados encontra-se em constante desenvolvimento, já que pode ser perspetivado sob diferentes ângulos, quer seja através da sua dimensão política, institucional e profissional, quer em diferentes contextos. Por outro lado, pode ser analisada enquanto dimensão da qualidade e dever multiprofissional (Leite, 2007). Partilhando desta visão o International Council of Nurses (OE, 2006) considera a segurança essencial à qualidade na saúde e que o seu desenvolvimento envolve várias medidas de largo espectro de acção, nomeadamente a melhoria do desempenho e gestão de risco (englobando o controlo de infeção, manutenção de um ambiente de cuidados seguro, uma prática clínica segura, entre outros).

Embora se reconheça que todo o cuidado de enfermagem junto a um doente acarrete possibilidade de erro e/ou adventos adversos e certo grau de risco que dificilmente serão eliminados, torna-se primordial a identificação dos mesmos para posterior análise e correção. Jones (2013) refere que os estudos que exploram as falhas nos cuidados de saúde tendencialmente focam-se em quatro processos inter-relacionados: comunicação, passagem clínica/turno/serviço, trabalho de equipa e no fenómeno *failure-to-rescue*.

De acordo com Jones (2013), o fenómeno *failure-to-rescue* foi criado por Silber e os seus colegas em 1992 para distinguir mortes por complicações de mortes *per se*. Nesse contexto, os estudos por eles desenvolvidos, demonstraram que esse fenómeno estaria mais associado com as características hospitalares (como disponibilidade de equipamentos, rácio enfermeiro-doente, número de médicos, entre outros) do que propriamente da criticidade do doente. Progressivamente o interesse no *failure-to-rescue* cresceu e tornou-se num factor com grande significado na segurança do doente, uma importante medida de avaliação da capacidade/performance hospitalar e da qualidade dos cuidados sendo um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, já que em contexto hospitalar a habilidade

de reconhecer complicações, deterioração clínica e gerir e/ou responder de forma apropriada são reveladores de capacidade de resposta.

Desde a identificação deste fenómeno muitos têm sido os estudos levados a cabo que identificaram relações entre as taxas de failure-to-rescue com o nível de competência dos enfermeiros, total de horas de trabalho e rácios enfermeiro-doente. Assim, conclui-se que é um problema multifacetado e complexo caracterizado por inúmeros factores dos doentes, do sistema e da relação entre ambos. De entre os factores do doente estão a severidade da lesão/patologia, co-morbilidades e variações fisiológicas nos sinais de deterioração clínica. Já nos factores do sistema apontam-se as condições ambientais e de trabalho, trabalho de equipa, recursos e equipamentos e nível de educação e treino dos colaboradores. Neste âmbito sublinham-se os fundamentos do estudo RN4CAST, que relaciona os ambientes da prática de enfermagem com os níveis da qualidade e segurança dos cuidados, produtividade e efetividade dos serviços/instituições, assim como, com a saúde e bem-estar dos profissionais (Jesus, Roque & Amaral, 2015).

Os profissionais de enfermagem são reconhecidos como um elo inseparável da segurança dos doentes (Jones, 2013) e elementos chave da equipa responsável pelo atendimento da vítima de trauma em cada fase do cuidado prestado (Pereira, et al., 2011). Esse elo está intimamente relacionado com o dever do exercício profissional com adequados conhecimentos científicos e técnicos e com o compromisso de adotar medidas que melhorem e visem a qualidade dos cuidados e serviços prestados.

Relembro o pensamento de Oliveira (2007) no VII Seminário da OE, relativamente à Tomada de Posição sobre a segurança, que realçou o direito dos clientes e famílias a cuidados seguros, o dever de excelência dos enfermeiros, o papel crucial dos enfermeiros na identificação de situações de risco e na participação ativa na procura de soluções, e a necessidade de investigação que potencie a integração de evidências como recomendações para a prática. Já no REPE e CDE, prespetiva-se a segurança e os cuidados seguros de forma holística (dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual) através do dever do atendimento em tempo útil não atrasando o diagnóstico e respetivo tratamento, orientando para outros profissionais quando as necessidades extrapolam as suas competências e assegurando a continuidade dos cuidados (OE, 2006).

A vigilância, por sua vez, é uma intervenção de enfermagem que tem sido identificada como uma estratégia fundamental na prevenção e identificação de complicações, erros e eventos adversos. Esta atividade é definida como uma contínua e

propositada aquisição, síntese e interpretação de dados para decisões clínicas que promovem e mantêm a segurança do doente (Henneman, Gawlinski & Giuliano, 2012; Jones, 2013). Os autores acrescentam que embora a monitorização seja uma peça chave no processo de vigilância, esta não a resume, já que a vigilância constitui um processo sistemático e dirigido com o objetivo de identificar precocemente o risco e a necessidade de intervenção. Verifica-se que a vigilância acarreta a obtenção de grande quantidade de informação, proveniente de diversas fontes, implicando a sua interpretação perante o contexto. Neste sentido a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2015) define a intervenção de monitorizar como “...escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa” (p.118) e vigiar como “...averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo” (p.121).

De acordo com Jones (2013) citando Aiken, Cheung, Sloane & Silber (2003), os profissionais de enfermagem constituem um sistema de vigilância e são os que melhor estão posicionados para iniciar ações que minimizem *outcomes* negativos dos doentes. Pelo referido, tendo em vista a segurança dos cuidados de enfermagem, preconiza-se que se assuma a segurança do doente como prioridade, que se criem *standards* nos processos de trabalho, que se produzam indicadores e que se melhore o acesso à informação, entre outros (Oliveira, 2007).

Vincent (2011) apresenta duas visões de segurança e de como assegurá-la. Uma abordagem consiste na simplificação, criação de standards e melhoria de processos básicos numa tentativa de minimizar a falibilidade humana, vulnerabilidade à fadiga e influência ambiental. A outra abordagem implica a compreensão da forma como as pessoas analisam as situações, como perspetivam e criam condições de segurança.

Pereira et al. (2011) citando Thomaz & Lima (2000) e Jones (2003), referem que a função do enfermeiro perante as vítimas de TCE exige proatividade, conhecimento científico atualizado, habilidade técnica, experiência profissional, capacidade de gestão de stress, capacidade de tomada de decisão rápida, pensamento crítico, intuição, definição de prioridades e trabalho em equipa. Citando Valentim & Santos (2009), os autores, salientam que estas competências são cruciais pois determinam uma ação rápida e apropriada em tempo útil que melhoram o prognóstico neurológico, constatando-se que atrasos ou falhas no atendimento conduzem a danos cerebrais secundários com consequências graves na recuperação das funções neurológicas.

De acordo com a New Zeland Guidelines Group (2006), as principais razões para vigilância das vítimas de TCE são:

- Despistar atuais ou potenciais situações de hipotensão ou hipóxia, que não tratadas irão agravar as consequências do TCE;
- Identificar alterações agudas que possam requerer intervenções por agravar a lesão inicial;
- Identificar potenciais lesões associadas;
- Avaliar a gravidade do TCE para definir tratamento e medidas de follow-up.

Neste sentido e perspetivando a segurança do doente a World Health Assembly, com base nas orientações da OMS (2002), citada por Jones (2013) emanou quatro áreas de ação:

- O desenvolvimento global de normas, standards e guidelines para a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, com a definição, avaliação e comunicação de eventos adversos;
- A promoção de políticas de PBE, que incluam standards globais que melhorem a assistência com particular ênfase numa prática de cuidados segura e atualizada com base em guidelines, entre outros;
- Promoção da cultura de segurança;
- Incentivo à investigação nesta área.

Assim, face ao demonstrado, nomeadamente no que respeita ao impacto que o TCE tem na população (doentes e sociedade); o número significativo de doentes internados com esse diagnóstico; a importância de deteção precoce e prevenção de complicações associadas; a importância da vigilância dos enfermeiros nessa deteção/prevenção; e como falhas nessa vigilância podem comprometer a segurança e respetivo outcome do doente; torna-se evidente a necessidade de intervenção a esse nível.

Por outro lado, a bibliografia consultada refere possíveis mecanismos de promoção de segurança passíveis de serem utilizados como instrumentos de melhoria de cuidados, auxiliando a minimização de eventos adversos/danos. Uma dessas estratégias consiste na criação de *standards* de atuação, nomeadamente protocolos, que constitui um dos instrumentos desenvolvidos no projeto, procurando a sistematização da abordagem de enfermagem às vítimas de TCE leve/moderado (já que as vítimas de TCE grave vão para serviços mais diferenciados) nas primeiras 24 horas de internamento no Serviço de NC.

Apresentar-se-à em seguida um quadro resumo dos objetivos específicos do projeto desenvolvido no âmbito da promoção da segurança do doente vítima de TCE nas primeiras 24h de internamento e das atividades associadas aos mesmos almejando a melhor compreensão do projeto de autoformação com intervenção no Serviço de Neurocirurgia.

Nível de Competência	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Tarefas
<p>Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica: doentes vítimas TCE leve e moderado</p>	<p>Aumentar a segurança dos cuidados de enfermagem ao doente vítima de TCE leve/moderado</p>	<p>✓Sistematizar e parametrizar a vigilância/cuidados de enfermagem</p>	<p>✓Realização de pesquisa bibliográfica em biblioteca e em bases de dados eletrônicas;</p> <p>✓Obtenção e análise dos dados estatísticos hospitalares;</p> <p>✓Implementação de um protocolo de vigilância e atuação face à vítima de TCE nas 1as 24h de internamento;</p>	<p>✓Elaborar um instrumento para extração dos dados das fontes primárias (tabela resumo);</p> <p>✓Formular pedidos de cedência de dados: enviar DV6 à direção de enfermagem e gabinete de estatística;</p> <p>✓Criar um protocolo de vigilância;</p> <p>✓Formular pedido de implementação do protocolo e pocket card no serviço de Neurocirurgia ao diretor do serviço e chefe de enfermagem;</p> <p>✓Realizar formação intra-serviço acerca do protocolo e sua implementação;</p> <p>✓Monitorizar a implementação do protocolo através da criação de planos</p>

				<p>de cuidados/diagnósticos standards;</p> <p>✓Elaborar um questionário a aplicar aos enfermeiros;</p> <p>✓Monitorizar os diagnósticos;</p>
		<p>✓Promover a segurança do doente no pós-alta</p>	<p>✓Prestação de informação aos doentes e familiares sobre sinais de alarme no pós-alta;</p>	<p>✓Elaborar um pocket card para entregar no momento da alta;</p> <p>✓Monitorizar a entrega da pocket card através das notas de alta;</p> <p>✓Elaborar um questionário a aplicar aos enfermeiros.</p>

Quadro 1. Objetivos específicos do Projeto de Autoformação e respetivas atividades

Como se pode constatar através da análise do quadro anteriormente apresentado, os objetivos delineados no projeto de autoformação debruçaram-se nas dimensões descritas por Pires (1994) relativamente ao modelo profissional: o saber, o saber-fazer e o saber-estar/ser. Verifica-se igualmente que os objetivos traçados e consequentemente as atividades planeadas, procuram responder à lacuna identificada na prática de cuidados de enfermagem no Serviço de NC e sobre a qual se interviu.

Segue-se a análise das atividades desenvolvidas procurando-se descrever a sua execução e como contribuíram para os objetivos específicos pretendidos, ou seja, para a aquisição/desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em especial na abordagem ao doente vítima de neurotrauma cerebral.

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica em biblioteca e em bases de dados eletrónicas;
- ✓ Obtenção e análise dos dados estatísticos hospitalares;

A pesquisa bibliográfica permitiu aprofundar conhecimentos já adquiridos e desenvolver novos conceitos relacionados. Por outro lado, procurou-se definir a dimensão do problema no serviço com dados reais para se aferir a pertinência de atuação sobre o mesmo, tendo-se verificado que grande percentagem dos internamentos deve-se ao TCE e que existem situações de agravamento do estado clínico desses doentes levando a situações de transferência para serviços mais diferenciados e/ou intervenção cirúrgica de urgência. Para a disponibilização dos referidos dados pelo gabinete de estatística hospitalar, foi necessária autorização da Direção de Enfermagem após a contextualização do projeto. Além da pesquisa acerca dos conceitos envolvidos, procurei desde logo identificar intervenções passíveis de diminuir ou resolver o problema utilizando uma tabela matriz de colheita.

- ✓ Implementação de um protocolo de vigilância e atuação face à vítima de TCE nas 1as 24h de internamento;

De acordo com Vincent (2011) citando Reason (1997), a segurança dos doentes é afetada por inúmeros factores:

- Factores do doente: o estado do doente influencia diretamente a prática e o outcome. A personalidade, linguagem e alterações mentais são igualmente importantes na medida em que podem influenciar a comunicação com os profissionais de saúde;

- Factores do cuidado/técnica: a complexidade da técnica, a disponibilidade e utilização de protocolos influencia o processo de cuidados e afeta a qualidade dos mesmos;
- Factores individuais: os factores individuais dos profissionais englobam o nível de conhecimento, competências e experiências individuais de cada membro, que irá obviamente afetar a sua prestação;
- Factores da equipa: cada profissional de saúde está inserido numa equipa. A prática individual e o seu impacto no doente são influenciados pelos outros membros da equipa, pela forma como comunicam e como se apoiam mutuamente;
- Condições de trabalho: inclui o ambiente psicológico, disponibilidade e acesso a equipamentos e materiais. Factores como a luz, temperatura, interrupções e distrações que os profissionais enfrentam;
- Factores organizacionais: as equipas são influenciadas pela gestão e pelas decisões tomadas em níveis mais elevados das organizações. Estas decisões incluem políticas de recrutamento de profissionais, formação contínua, treino e supervisão, assim como, disponibilidade de equipamentos e materiais;
- Contexto institucional: a organização é igual mente influenciada pelo contexto socio-económico, nomeadamente por restrições financeiras e políticas.

Os factores do cuidado/técnica e factores individuais associam-se, em grande parte, com os conhecimentos e competência dos profissionais de saúde, quer seja na identificação de situações de risco/agravamento ou na atuação perante as mesmas, aumentam o risco para a segurança dos doentes. A bibliografia consultada aponta diversas medidas suscetíveis de promover a segurança dos doentes, entre as quais está a criação de standards. Neste contexto, o desenvolvimento de protocolos surgiu como iniciativa de sistematizar, padronizar e assimilar o conhecimento atual, resultante da pesquisa e da prática clínica.

Os protocolos unem a competência e a qualidade, na medida em que promovem uma estrutura de coordenação de cuidados e promovem a integração do conhecimento mais atual concentrando informação numa estrutura resumida e clara. Consistem então num recurso clínico que ajuda os profissionais de saúde em tomar a melhor decisão clínica e guia as mudanças da prática (Marcon, 2002 citando Kingston, Krenberger e Peruzzi, 2000). Verifica-se, pois, que enquanto recurso para os prestadores tomarem as melhores decisões clínicas, os protocolos constituem recursos valiosos e deveriam ser os responsáveis pelas mudanças na prática (Marcon, 2002 citando Kingston, Krenberger e Peruzzi, 2000).

A implementação do protocolo envolveu diversas atividades, nomeadamente a pesquisa bibliográfica para elaboração das intervenções, a apresentação do protocolo à equipa de enfermagem e médica através de uma formação intra-serviço, monitorizar a sua aplicação na prática dos cuidados e posterior avaliação. Procurou-se, dessa forma, seguir as etapas para o desenvolvimento de um protocolo, defendidas por Formarier (1993) e citadas por Marcon (2002):

- a) Definir o problema e situá-lo no seu cenário;
- b) Adaptação teórica sobre a situação atual;
- c) Identificar na literatura o protocolo pertinente ao problema a resolver;
- d) Analisar os problemas constitutivos do protocolo, etapa, população, instrumento, material, ação, entre outros;
- e) Testar população alvo definindo prazos.

Como Marcon (2002) afirmou, os protocolos devem incorporar informação científica, literatura, especialização e experiência, no entanto, para produzirem os resultados desejados devem, acima de tudo, serem adequados à realidade onde vão ser aplicados e devem envolver os profissionais abrangidos pelos mesmos. Desta forma, além da pesquisa bibliográfica envolvi o neurocirurgião atendendo à orientação medicamentosa e à colaboração no ajuste da frequência das intervenções, pois como refere Marcon (2002) os protocolos devem produzir uma decisão clínica. Após a elaboração do protocolo (ver apêndice A) e respetiva validação e autorização do diretor de serviço e chefe de enfermagem para a implementação do protocolo, passei à fase de apresentação do mesmo à equipa.

Desenvolvi uma ação de formação (ver apêndice B) com recurso ao método expositivo-ativo com a finalidade de apresentar o protocolo, contextualizar a sua elaboração e destinatários e tirar dúvidas acerca do mesmo. Foi também realçado o papel preponderante de cada elemento e a sua participação ativa na fase de avaliação. Mais uma vez, esta atividade foi de encontro ao preconizado na bibliografia consultada, em que se refere que para a sua efetiva integração na prática clínica, os protocolos devem ser apresentados e explicados, pois o seu sucesso dependerá do envolvimento da equipa interdisciplinar que os vão utilizar (Marcon, 2002). Nessa formação ficou também definido o prazo de aplicação do protocolo (1 mês e 1 semana) e posterior avaliação para constituir protocolo de serviço em definitivo. Realçou-se que para a monitorização/avaliação da aplicação do protocolo seriam elaborados e parametrizados dois diagnósticos standard (ver apêndice C) com base nas intervenções do protocolo e com recurso à linguagem

classificada (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2015).

Atendendo a que nem todos os elementos da equipa de enfermagem assistiram à formação, e tendo em vista o conhecimento geral, enviou-se um email informativo com o protocolo, *pocket card*, diagnósticos/intervenções e formação em anexo a todos os enfermeiros do serviço, disponibilizou-se um dossier no serviço com a mesma informação e foi também colocada a nível informático na pasta de serviço e demonstrei recetividade/disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

Relativamente à elaboração do protocolo propriamente dito e às intervenções associadas foram consultados diversos documentos relativos a guidelines e recomendações internacionais para a abordagem aos doentes vítimas de TCE leve e moderado (American Association of Neuroscience Nurses e Association of Rehabilitation Nurses Clinical Practice Guideline Series, 2011; Methodological Issues and Research Recommendations for Mild Traumatic Brain Injury: The World Health Organisation Collaborating Centre Task Force, 2004; Closed Head Injury in Adults: policy directive, 2012; New Canadian Guidelines, 2013; Clinical Practice Guideline for concussion/mild TBI do Departamento Americano dos Assuntos dos Veteranos, 2009; e várias revisões de literatura), no entanto, verificou-se que todas elas estavam orientadas para as abordagens primárias à vítima no pré-hospitalar, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, tratamento médico e nenhuma orientada para as enfermarias, tendo-se verificado igualmente que a maioria das normas/protocolos existentes e aplicados internacionalmente estão direcionadas para os TCE's graves. Por outro lado, tal como nos refere o Ministério da Saúde de New South Wales (2012), observa-se diferentes abordagens clínicas a nível mundial que se devem à falta de uniformidade de definições, ausência de estudos de qualidade e de recursos de saúde disponíveis. Assim, utilizaram-se as orientações transversais contidas nos documentos consultados tendo em vista a neuroproteção e os objetivos a atingir com cada uma delas atendendo às necessidades dos doentes vítimas de TCE e procurando melhorar o seu outcome.

As guidelines da New Zeland Group (2006) referem que a observação básica intra-hospitalar dos doentes vítimas de TCE, nomeadamente leves e moderadas, deve incluir: a Escala de Coma de Glasgow (GCS), avaliação das pupilas, avaliação do movimento dos membros, frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), tensão arterial (TA) e temperatura corporal (T). Neste sentido os parâmetros selecionados a serem monitorizados foram os referidos, com o acréscimo da glicémia capilar, a dor e o índice

internacional normalizado (INR) atendendo ao impacto dos valores de glicémia no funcionamento cerebral e outcome do doente, da dor no metabolismo cerebral e consequentemente no consumo de oxigénio e fluxo sanguíneo e elevação do valor do INR aumentando o risco de hemorragia cerebral (agravando a existente ou levando a novas lesões). Os intervalos de valores dos parâmetros e respetivas intervenções, quer medicamentosas e não medicamentosas, foram igualmente guiadas pela bibliografia e pela experiência profissional (minha e do médico envolvido).

Embora a bibliografia consultada assuma que não existe definido o período de maior risco para o desenvolvimento de lesões secundárias/agravamento clínico ou para a vigilância mais apertada, considerei o período de 24h para a vigilância do doente consoante o protocolo. A escolha deste intervalo deveu-se à realidade do serviço (atendendo à disponibilidade de recursos e rácios) e por acreditar que nas primeiras 24h é fundamental conhecer/avaliar os doentes (dados que serão fundamentais para todo o internamento) e, por outro lado, a bibliografia referir que as lesões secundárias começam a instalar-se nas primeiras horas a seguir ao trauma (possível período de maior risco) e que os doentes vítimas de TCE leve devem ser internados por 24 horas para vigilância.

✓ Prestação de informação aos doentes e familiares sobre sinais de alarme no pós-alta;
--

Apesar da bibliografia apontar a necessidade de melhoria na prevenção secundária de eventos adversos, a responsabilidade com a segurança do doente não termina no momento da alta hospitalar. O profissional de enfermagem tem explícitos, no seu Código Deontológico (Decreto-Lei n.º156/2016 de 16 de setembro), artigo 104º assegurar a continuidade dos cuidados e o dever de informar o indivíduo e a família (artigo 105º). Muitas das vítimas de TCE minor com necessidade de internamento, permanecem curtos períodos no hospital sob a vigilância dos profissionais e têm alta para o domicílio ainda experienciando as sequelas do trauma. Assim, o enfermeiro deverá promover a segurança no pós-alta, clarificando, entre outros aspetos, quais os sinais e sintomas esperados e aqueles que saem da esfera do “normal” e perante os quais os cuidados de saúde deverão ser procurados.

Alguns dos doentes, em particular os que são vítimas de TCE minor, que ficam internados para vigilância, têm alta para o domicílio num curto espaço de tempo. A American Association of Neuroscience Nurses & Association of Rehabilitation Nurses

(2007) referem ser consensual na literatura a necessidade e benefício de projetos de educação do doente e família para uma alta hospitalar em segurança. A família deve ser capaz de monitorizar o estado neurológico do doente através da identificação de sinais e sintomas sugestivos de agravamento e aparecimento de lesões no pós-alta e compreender quais os sinais e sintomas esperados após o TCE.

A educação do utente e família deverá decorrer durante o internamento e no momento da alta e deve englobar diferentes métodos (por exemplo, informação verbal e escrita). Um dos recursos utilizados pelo enfermeiro para transmissão de informação no momento da alta poderá ser informação escrita através de, por exemplo, folhetos, até porque constata-se que algumas das vítimas sofrem sintomas resultantes do TCE por mais de 12 meses após o trauma, assim como, impacto funcional e social ao longo de toda a vida e em alguns casos verificam-se reinternamentos, pelo que a intervenção da equipa de saúde hospitalar, em particular a de enfermagem, deverá ter continuidade no pós-alta (New Zealand Guidelines Group, 2006).

Optei por um folheto (ver apêndice D) em formato de pocket card baseado no elaborado pelo Center Disease Control & American College of Emergency Physicians (2016), pelas vantagens de serem em suporte de papel, facilmente disponível para consulta e transportável. No mesmo sentido, a disponibilização de informação escrita aumenta a retenção de informação até 50%, reduz a ansiedade na alta, promove o auto-cuidado, diminui as taxas de reinternamento e permite diminuir o recurso inapropriado aos cuidados de saúde (Moult, Franck & Brady, 2004).

A última etapa do projeto de autoformação englobou a avaliação das atividades/tarefas desenvolvidas. As tarefas incluíram, entre outras, ações de monitorização da implementação das atividades que permitiram a avaliação da eficácia e pertinência das mesmas, nomeadamente a implementação do protocolo nas primeiras 24h de internamento dos doentes e entrega da pocket card.

A implementação do protocolo foi avaliada pelo número de vezes em que se elaborou os diagnósticos de enfermagem standard criados versus o número de internamentos por TCE cujos doentes cumprissem os critérios de inclusão e elaborou-se um questionário (com recurso ao Google Forms- ver apêndice E) para avaliar a opinião da equipa de enfermagem acerca da pertinência do protocolo, adequação do mesmo à realidade da prática de cuidados e sugestões de melhoria atendendo à implementação definitiva do mesmo nesse serviço. Pretendeu-se assim ir ao encontro das fases de implementação de um protocolo descritas na bibliografia.

Os ensinamentos aos doentes e familiares/pessoas significativas no momento da alta, em concreto a entrega da pocket card que se pretendeu ser acompanhada pela leitura conjunta do enfermeiro com doente/família, foi monitorizada pela intervenção criada nos diagnósticos standards desenvolvidos “educar família e cliente” que deveria ser lançada no sistema no momento da alta. O questionário aos enfermeiros também incluiu questões acerca deste folheto tendo em vista os mesmos objetivos relativos ao protocolo (ver apêndice E).

Terminada a fase de avaliação das atividades e instrumentos desenvolvidos, procedeu-se às alterações necessárias e justificadas com base no feedback dos colegas e do período de implementação. Feitas as alterações, enviaram-se os instrumentos finais para o diretor de serviço que os validou (protocolo e pocket card- ver apêndice F) e posteriormente o enfermeiro chefe encaminhou-os para a Direção de Enfermagem onde está em vias de ser homologado e constituído protocolo institucional.

Analisando o projeto como um todo e por cada uma das suas etapas constata-se que para o seu desenvolvimento foram empregues competências comuns de especialista inseridas nos domínios da/o:

- Responsabilidade profissional, ética e legal, através da promoção de práticas de cuidados respeitadoras da responsabilidade profissional, já que a identificação do problema passou pela sinalização de uma prática com possível risco associado para o doente e que o projeto conduziu à adoção de medidas para minimização desse risco;
- Melhoria da qualidade, atendendo a que este projeto pode ser visto como uma intervenção para a qualidade e que permitiu uma melhoria nos cuidados através da elaboração de um guia orientador para a prática baseada na evidência. Assim, cria-se e promove-se um ambiente terapêutico e seguro;
- Gestão dos cuidados através da otimização do processo de cuidados nomeadamente ao nível da tomada de decisão, já que, as atividades planeadas e implementadas orientam os cuidados e decisões terapêuticas perante possíveis desvios;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais na medida em que para intervir na prática são necessários conhecimentos sólidos e fundamentados, quer seja para facilitar a aprendizagem de outros em contexto de trabalho e na área de enfermagem médico-cirúrgica, ou para suportar a prática na evidência científica.

Atendendo aos Enunciados Descritivos dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), pode-se afirmar que as competências

evidenciadas/empregues inserem-se na esfera do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais, na medida em que o projeto constituiu um instrumento de melhoria contínua da qualidade e teve como objetivo a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro e de satisfação dos doentes/familiares; procurou otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação entre os elementos da equipa multiprofissional (em concreto enfermeiros e médicos) prevenindo e detetando precocemente possíveis complicações; permitiu-me fundamentar a minha prática com conhecimentos especializados e atualizados; e serviu de evidência da capacidade de autoaprendizagem.

No futuro, tendo o protocolo o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, deverá ser analisado de forma sistemática para avaliar se o seu objetivo (neste caso a melhoria da segurança do doente) está a ser atingido. Assim, prevê-se avaliar a sua eficácia através da criação de indicadores de processo (número de doentes internados com diagnóstico de TCE que cumpram os critérios de inclusão, número de diagnósticos standard existentes no sistema informático e número de folhetos entregues na alta) e de resultado (mortalidade por TCE, reinternamento por TCE, número de cirurgias em caráter de urgência). Realça-se que um protocolo não é um instrumento estático, devendo ser reavaliado, adequado e atualizado.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório proporcionou um momento de análise e reflexão da minha carreira e dos elementos que contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento de competências de Mestre. O percurso descrito alicerçou-se na prática profissional, crescimento pessoal e experiências formativas, em que os Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tiveram especial relevo, fomentando o conhecimento científico especializado e diferenciado, tal como uma práxis de excelência na minha área de especialização.

O Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através das suas unidades curriculares, mas em especial com os contextos de estágio diversificados e altamente diferenciados, contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da Pessoa em situação crítica, prevenção e controlo da infecção e abordagem perante situações de catástrofe, tal como, validado pelo Conselho Técnico-Científico.

O Curso de Mestrado, por sua vez, deu continuidade ao desenvolvimento de competências do cuidar da Pessoa em Situação Crítica, com o acréscimo de proporcionar a aquisição e desenvolvimento de competências de liderança, investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem.

Foi realçado o projeto de autoformação elaborado no âmbito do Estágio de Opção do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, intitulado *Promoção da Segurança do Doente Vítima de Traumatismo Crânio-Encefálico*, em que se mobilizaram as competências desenvolvidas, evidenciando-se as características que definem a minha imagem enquanto enfermeira, no que respeita à minha postura crítico-reflexiva e atitude construtiva, na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados.

O projeto de autoformação com intervenção no Serviço de Neurocirurgia permitiu intervir na qualidade dos cuidados, envolvendo a equipa de enfermagem na prevenção e deteção precoce de complicações, assegurando uma vigilância sistemática e sistematizada a todos os doentes vítimas de TCE nas primeiras 24 horas e garantindo uma abordagem uniforme, precisa, eficiente e em tempo útil.

No decurso deste processo para obtenção do grau de Mestre surgiram algumas dificuldades, nomeadamente na gestão do tempo e na organização do relatório, por forma, a ser clara e sequencial aquando da descrição/fundamentação da aquisição e

desenvolvimento das competências referentes ao 2º ciclo de estudos. Essas dificuldades foram ultrapassadas com o apoio da orientadora.

Atendendo à realidade dos contextos de prática, em que os doentes nem sempre ficam internados nas enfermarias da especialidade correspondente, sugiro a partilha do protocolo e folheto informativo por mim elaborados e validados pela instituição, aos serviços recetores de vítimas de TCE, por forma a uniformizar cuidados de enfermagem e zelar pela segurança dos doentes durante e após o internamento hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais- contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau
- Adnan, H., et al. (2007). The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. *NeuroRehabilitation*. 22, 341-353. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162698>
- Alarcão, I., Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2º ed.). Coimbra: Almedina.
- Albuquerque, C., Costa, J., Almeida, V. (2004). Ser aluno: porque e para que se aprende?. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*,30. 148-155. Retrived from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/554>
- Alves, A. (2004). Etapas da metodologia de projeto. *O professor*. 85. 30-37
- Alves, A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar* (Projeto de Investigação para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Retrieved from <https://run.unl.pt/>
- American Association of Neuroscience Nurses & Association of Rehabilitation Nurses. (2007). *Care of patient with mild traumatic brain injury*. Retrieved from <http://aann.org/publications/clinical-practice-guidelines>
- Atallah, A. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 9 (1). 27-28. Retrieved from <http://brazil.cochrane.org/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto
- Brain Injury Association of America. (2011). *BIAA adopsts new TBI definition*. Retrieved from <https://www.biausa.org/public-affairs/public-awareness/news/biaa-adopts-new-tbi-definition>

- Bruxelas. Comissão das Comunidades Europeias. (2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida*. Retrieved from <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/>
- Buck Institute for Education. (2018). *Why PBL? Student Impact*. Retrieved from http://www.bie.org/about/why_pbl
- Camelo, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1). 192-200. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_abstract&tlng=es
- Cardoso, R. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://eg.uc.pt/>
- Carneiro, T. A. (2013). *Transporte do paciente crítico: um desafio do século XXI*. Retrieved from <http://bdm.unb.br/handle/10483/6998>
- Cavalcanti, V., Viana, L., Garcia, I. (2010). As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação do município do Rio de Janeiro. *Enfermeria Global*, 19 (junho). 1-12. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200022&lang=pt
- Cavaleiro, P. (2011). *Prevenção da infeção nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos*. Artigo de revisão bibliográfica. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/>
- Center Disease Control & American College of Emergency Physicians. (2016). *What to expect after a concussion: patient instructions*. Retrieved from https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/mtbi_guideline.html
- Cerri, A., et al. (2011). Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. *Cogitare D'Enfermagem*, 16 (3). 463-470. Retrieved from <http://www.redalyc.org/home.oa>

- Chang, W., Badjatia, N. (2014). Neurotrauma. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 32(4). 889-905. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862714000637?via%3Dihub>
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/urgência (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência urgência*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Versão 2015. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/cipe-2015-dispon%C3%ADvel-online/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/livro-comemorativo-do-dia-internacional-do-enfermeiro-combater-a-desigualdade-da-evid%C3%Aancia-%C3%A0-a%C3%A7%C3%A3o/>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2011). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Retrieved from <http://www.cneqv.pt/>
- Costa, F., Viseu, S., Viana, J., Trigo, A.P. (s.d.). *Estratégias de desenvolvimento de materiais de auto-aprendizagem: projetos e-student e e-escola*. Retrieved from <http://docplayer.com.br/54712222-Estrategias-de-desenvolvimento-de-materiais-de-auto-aprendizagem-projectos-e-student-e-e-escola.html>
- D'arco, et al. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O mundo da Saúde*, 40(3). 382-389. Retrieved from <http://www.revistamundodasaude.com.br/index.php/principal/edicoes2>

- Dawodu, S. (2017). Traumatic Brain Injury- definition, epidemiology, pathophysiology. *Medscape: Drugs & Diseases*. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/326510-overview>
- Dias, C., Rocha, J., Pereira, E., & Cerejo, A. (2014). *Traumatic brain injury in Portugal: trends in hospital admissions from 2000 to 2010*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25017347>
- Dias, I. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 1 (14). 73-78. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572010000100008&lng=en&nrm=iso
- Dutra, H. (2013). *Tomada de decisão em Enfermagem* (material da Disciplina Administração em Enfermagem I). Universidade Federal de Juiz de Fora. Retrieved from <http://www.ufjf.br/admenf/>
- Emergency Care Research Institute. (2018). *Top 10 patient safety concerns for 2018*. Retrieved from <https://www.ecri.org/Pages/Top-10-Patient-Safety-Concerns.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Conselho de administração. (2016). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Retrieved from <http://www.esesjcluny.pt/index.php/cursos-mainmenu-30/mestrado>
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/>
- Ferreira, M., Prado, C., Heimann, C., Oliveira, G. (2013). Pensamento, reflexão e ação na construção do conhecimento do profissional de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(12). 6895-6900. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem>

- Festas, C. (Julho/Dezembro, 2006). Cuidado de Enfermagem e Competência Profissional. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem: Informar*, (37), 30-37.
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(ed. especial). 183-196.
- Freire, E. (2015). Futilidade Médica, da teoria à prática. *Arquivos de Medicina*. 29(4). pp. 98-102. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000400003;
- Galdeano, L., Rossi, L., Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista latino-americana de enfermagem*. 11 (3). 371-375. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300016&script=sci_arttext
- Galvão, C., Sawada, N. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1). 57-60. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
- Georgiou, E., et al. (2015). The impact of pain assessment on critically ill patient's outcomes: a systematic review. *BioMed Research International* 2015, 503830. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628961/>
- Hägglström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2009). *Struggle with a gap between intensive care units and general wards*. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/175314/>
- Henneman, E., Gawlinski, A., & Giuliano, K. (2012). Surveillance: a strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 2 (32). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467622>
- Houaiss, A. (2004). *Dicionário da Língua Portuguesa*. 2 ed., Rio de Janeiro: Moderna
- Jesus, É., Roque, S., Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*. Novembro. 26-44. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem

Jones, A. (2013). *Patient safety and gaps management by registered nurses*. (Tese de Doutorado, Deakin University). Retrieved from <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30066360>

Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 13^a ed. New York: Spring Publishing Company

Klaumann, I. (2002). *A formação dos professores e as suas competências para uma educação básica de qualidade: uma proposta de curso à distância* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/83334?show=full>

Kool, D, Blickman, J. (2007). Advanced trauma life support. ABCDE from a radiological point of view. *Emergency Radiology*. 14 (3). 135-141. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10140-007-0633-x>

Lazzarotto, E., Cardoso, G., Nazari, R. (s.d.). Conhecimento, habilidade e atitudes requeridas para o enfermeiro gerenciar as unidades básicas de saúde. *Seminário nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil*. 1-15. Retrieved from <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo5/30elizabethhmarialazzarotto.pdf>

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, junho 06. 61-63. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/>

Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives* . 7^a ed. Retrieved from <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/construire-les-competences-individuelles-et-collectives-9782212562255>

Leal, F. (2015). Editorial: Pensar é viver...*Revista Enformação- Enfermagem em contínuo movimento*. 6 (junho/setembro). 3. Retrieved from <http://www.acenfermeiros.pt/index.php?id1=15>

- Leite, L. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 24. 27-32. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>
- Lopes, A. et. al. (s.d.). *Catástrofes e atendimento a múltiplas vítimas: métodos de triagem*. Retrieved from <http://www.ebah.pt/content/ABAAAev7AAF/87assistência87-atendimento-a-multiplas-vitimas-aula>
- Maas, A. et. al. (2014). Collaborative European NeuroTrauma Effectiveness Research in Traumatic Brain Injury: a prospective longitudinal observational study. *Neurosurgery*. 1(75). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25525693>
- Magalhães, D., Lopes, M., Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações in Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D., Lopes, M. (org). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*, Coleção E-books: Oficinas Temáticas, 1. 46-71. Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10343>
- Marcon, L. (2002). *Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84486>
- Martim, D., Benito, L. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infeções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2 (14). 153-166. Retrieved from <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810>
- Marujo, H., Neto, L., & Perloiro, M. (2000). *Educar para o optimismo*. Lisboa: Editorial Presença
- Medina Moya, J. (1999). *La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes

- Medina Moya, J. (2005). Teoría? Práctica? E Dificil equilibrio académico y profesional en a España “Pre-Europea”. *Revista Rol de Enfermería*, 28(4). 246-248
- Medina Moya, J. (2008). De mapas y territorios. *Revista Rol de Enfermaria*. 31 (7-8). 533-536. Barcelona
- Mendes, G., et. Al. (2012). Contributos da aprendizagem baseada em problemas no desempenho do estudante de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Formação e Inovação Educativa Universitaria*, 5(4). 227-240. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20513>
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência
- Moreira, V. (2017). A história de Enfermagem em Portugal- Como era, como é. *Jornal Enfermeiro*. Retrieved from <http://www.jornalenfermeiro.pt/opiniaio/item/1678-a-historia-da-enfermagem-em-portugal-como-era-como-e.html>
- Moult, B., Franck, LS., & Brady, H. (2004). *Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117391>
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários- Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 8. 125-134. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013
- New South Wales. Ministério da Saúde. (2012). *Closed head injury in adults- initial management*. Retrieved from http://www1.health.nsw.gov.au/PDS/pages/doc.aspx?dn=PD2012_013
- New Zeland Guidelines Group. (2006). Traumatic brain injury: diagnosis, acute management an rehabilitation. *Evidence-Based Best Practice*. Julho. Retrieved from www.nzgg.org.nz/publications/guidelines

- Novamente (Associação de Apoio aos Traumatizados Crânio-Encefálicos e suas Famílias). (2014). *Um estudo prospetivo sobre o impacto sócio-familiar do traumatismo crânio-encefálico*. Retrieved from http://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2014/10/estudo_2014_final.pdf
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso Ordem dos Enfermeiros*. Maio. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem
- Nunes, L. (2016). *Desafios da tomada de decisão autónoma em Enfermagem* (Workshop Urgência Geral & Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Lisboa Central). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18072>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Kovner, C., Souza da Silva, R. (2010). Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(2). 97-104. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Oliveira, J. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 24. 13-17. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional da OE. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boa Prática*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/>

- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Diretivo. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Diretivo. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Diretivo. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional sob a coordenação do Enfermeiro Sérgio Deodato. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/>
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Prevention of hospital acquired infection- a practical guide*. Retrieved from http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/fr/index2.html
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Practical guidelines for infection control in health care facilities*. Retrieved from http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf
- Pearson, A., et. al. (2005). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12). 123-133. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959006>

- Pereira, I. (2014). *Intervenções de enfermagem ao doente com Traumatismo Crânio-Encefálico: construção e validação de um protocolo*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Leiria. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/>
- Pereira, N., et al. (2011). O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 3 (4), 60-65. Retrieved from <https://www.abnc.org.br/>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Pires, A. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*. Fevereiro/Março/Abril. 4-18
- Pires, D. (2003). *Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale”* (Tese de Pós-Graduação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-162026/pt-br.php>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(5). 739-744. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500015&script=sci_abstract&tlng=pt
- Pires, D. (2013). Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66 (esp.). 39-44. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico.aspx>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Retrieved from

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2011). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/direitos-dos-doentes.aspx>

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde (21 de Abril). Decreto-Lei 104/98. Diário da República n.º93/1998, Série I-A. Retrieved from <https://dre.tretas.org/dre/92114/decreto-lei-104-98-de-21-de-abril>

Portugal. Ministério da Saúde (17 de Junho). Decreto-Lei n.º145/2009. Diário da República n.º 115, Série I. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/494558/details/maximized>

Portugal. Ministério da Saúde (18 de Fevereiro). Regulamento n.º122/2011. Diário da República n.º35, 2ª Série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/calendar/normal/II>

Portugal. Ministério da Saúde (16 de Setembro). Decreto-Lei 156/2015. Diário da República n.º181, 1.ª Série. Retrieved from https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

Portugal. Ministério da Educação e da Ciência (16 de agosto). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República n.º 157, I Série*. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>

Portugal. Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados intensivos*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/>

- Portugal. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. (26 de Junho). Regulamento n.º361/2015. Diário da República n.º123/2015, 2ª Série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/calendar/normal/II>
- Portugal. Sistema Nacional de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência- Medicina Intensiva*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>
- Rodrigues, V., Ferreira, A. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(4). 1-9. Retrieved from www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf
- Rosário, R., et al. (2009). *Estratégias pedagógicas facilitadoras do processo de construção pessoal e da identidade profissional dos estudantes de enfermagem* (Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia). Universidade do Minho. Retrieved from <https://www.researchgate.net/>
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Instituto Politécnico de Beja. Retrieved from <https://sapientia.ualg.pt/>
- Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares: estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19172>
- Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/>
- Silva, A. (2010). *Assistência de enfermagem na urgência e na emergência*. Retrieved from <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/9762/ssistencia-de-enfermagem#ixzz3M4gJJBV2>
- Silva, R. (2014). *Factores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à Pessoa adulta com ferida crónica* (Dissertação de Mestrado).

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
<https://repositorio.ucp.pt/>

Simões, C., Simões, H. (1997). Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. In Sá-Chaves, Idália. *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. 37-58. Porto: Porto Editora.

Simões, J. et al. (2006). Supervisão em ensino clínico: três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*, (14), 3-15

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Retrieved from http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf

Sousa, A. (2013). *A segurança do paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15757>

Sousa, M. (2008). Mensagem da presidente. *Enfermagem em Portugal*, 10 anos, 2. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/brochura_10anos2008.pdf

Torres, O., Ramirez-Torres, M., Mendiola-Roa, M. (2016). Update on the assessment and treatment of pain in critically patients. *Revista Médica del Hospital General de México*, 79(3), 165-173. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185106316300427>

Trindade, R. (2014). A autoaprendizagem ni ensino superior e a aprendizagem baseada na resolução de problemas: perspectivas e questões. *Revista Lusófona de Educação*, 27. 43-57. Retrieved from <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4829>

Vaughans, B. (2012). *Fundamentos de enfermagem desmistificados: Enfermagem-uma profissão em evolução*. Porto Alegre: AMGH.

- Viana, V. (2005). *Um estudo do saber em Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia. Retrieved from <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/>
- Vincent, C. (2011). *The essentials of patient safety*. Retrieved from <https://www.imperial.ac.uk/medicine/>
- Wenham, T., Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 9(6), 178-183. Retrieved from <https://academic.oup.com/bjaed/article/9/6/178/378580>
- Werneck, M., Faria, H., Campos, K. (2009). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>
- White, S., Cardenas, Y., & Nates, J. (2017). O que todo o intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 29(4), 414-417. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000400414&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Zussman, R. (1992). *Intensive Care: medical ethic and the medical profession*. Chicago: University of Chicago.

APÊNDICES

APÊNDICE A- PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA DE DOENTES VÍTIMAS DE TCE LEVE/MODERADO (VERSÃO INICIAL)

PO.xx PRT. xxx

PROTOCOLO n.º xxx

Versão n.º xxx

REFERÊNCIA:

1. TÍTULO: Vigilância de doentes vítimas de TCE leve/moderado

2. ÂMBITO: Enfermeiros e Médicos

3. OBJECTIVOS: Uniformizar procedimentos de vigilância neurológica e hemodinâmica de doentes vítimas de TCE nas primeiras 24h de internamento no Serviço de Neurocirurgia

4. EVIDÊNCIA:

Elaborado por:

Enfermeiro-Director:

Responsável do Serviço:

Director Clínico:

Data:

Conselho de Administração

Data de Revisão:

Data de Aprovação: ____/____/____

5. DESCRIÇÃO

Definição e Epidemiologia:

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma classificação ampla que engloba qualquer lesão anatómica ou funcional do couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo ou seus vasos que resulta de uma agressão/força externa (Pires, 2006).

É a lesão mais frequente e a principal causa de morte em doentes vítimas de causas externas (Santos, Miranda & Andrade, 2013).

Em Portugal a taxa de incidência entre 1996-1997 foi de 137/100 000 pessoas (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003).

Constitui um problema de saúde pública com grande impacto económico e social, já que as suas consequências a longo prazo comprometem a funcionalidade da vítima (Fonseca, 2013).

Pressupostos:

O outcome no TCE, no que concerne à mortalidade e morbilidade, está relacionado com:

- ✓ Condições pré-trauma (idade, comorbilidades e função psicossocial);
- ✓ Estado clínico imediatamente depois do trauma, refletindo a dimensão da lesão primária;
- ✓ Abordagem pré-hospitalar e intra-hospitalar imediata;
- ✓ Lesão secundária após trauma;
- ✓ Reabilitação (Basso, Previgliano & Servadei, 2006)

O nível de gravidade é normalmente avaliado com recurso à Escala de Coma de Glasgow (GCS) e, através da mesma, o TCE é classificado como leve [13-15], moderado [9-12] ou grave [3-8]. Esta escala tem valor prognóstico (Santos, Miranda & Andrade, 2013), ou seja, verifica-se que quanto mais baixo for o resultado da GCS nas primeiras 24h após a lesão pior será o outcome (Fonseca, 2013).

A prevenção e detecção de alterações neurológicas e sistêmicas constituem um dos principais focos dos profissionais de enfermagem no TCE (Marcon, 2002).

Os protocolos são ferramentas importantes na medida em que promovem estrutura na coordenação de cuidados e integração de conhecimentos baseados na ciência e prática. Unem a competência e qualidade, melhorando a prática dos profissionais (Marcon, 2002).

Inclusão de doentes:

1. Doentes com **diagnóstico médico de TCE** ou resultante de trauma craniano;
2. Doentes provenientes do **Serviço de Urgência** ou da **Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos**;
3. **GCS [9-15]** no momento do internamento no serviço.

Exclusão de doentes:

1. Doentes cujas alterações neurológicas não resultem de trauma craniano;
2. Doentes com diagnóstico médico de TCE provenientes do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Unidade de AVC e de outros serviços de internamento no qual já permaneçam há mais de 24h.

Intervenções:

- Avaliar o **estado de consciência** com o recurso à GCS, **reação pupilar** e **movimento/força dos membros** de 4/4h, se **diminuição de 2 pontos na GCS** ou **alterações pupilas e força/simetria (com ou sem outros sinais de agravamento neurológico)** por mais de 30 min.:
 - contactar neurocirurgião de serviço
 - monitorizar de 2/2h até GCS igual ou superior ao anterior

- Avaliar TA, FC, FR, SpO2 de 6/6h
 - PAM > ou igual 90mmHg sem bradicardia inaugural associada seguir o protocolo de HTA e avaliar de 2/2h até PAM 65-85mmHg;
 - PAM > ou igual 90mmHg com bradicardia inaugural associada e com sinais de agravamento neurológico (alteração do padrão respiratório, diminuição score GCS, novos défices neurológicos/agravamento dos anteriores, cefaleias intensas e vômitos persistentes e em jato) contactar neurocirurgia de serviço;
 - SpO2 <94% administrar oxigénio para SpO2 95-98% ;
 - SpO2 <90% com oxigénio suplementar e/ou sinais de compromisso respiratório informar neurocirurgia de serviço;

- Avaliar glicémia capilar antes das refeições:
 - BMT> ou igual 180mg/dl administrar 6UI e reavaliar dentro de 4h até BMT [120-180mg/dl]
 - BMT<110mg/dl avaliar dentro de 2h até BMT>120mg/dl
 - BMT<90mg/dl administrar 1 ampola de Dextrose 20% e dar refeição com menor índice glicémico; ou Soro IG em curso no gotejo do soro atual e com aditivos prescritos ou introduzir a 42cc/h se não tiver soro e reavaliar dentro de 2h até BMT>120mg/dl

- Avaliar Ttemporal de 6/6h
 - Ttemporal>37°C proceder ao arrefecimento corporal com medidas não farmacológicas
 - Ttemporal>38°C seguir protocolo de hipertermia

- Avaliar a dor com a escala de 6/6h, **se dor**
 - Associar medidas não farmacológicas no controlo da dor às farmacológicas do protocolo de dor

- Avaliar o INR 1x/dia em doentes com história de anticoagulação
 - INR > ou igual 5 informar de imediato neurocirurgião de serviço.

Nota:

1. Proceder ao acolhimento dos utentes consoante o protocolo;
2. Manter repouso absoluto no leito com cabeceira a 30-40º e alinhamento corporal;
3. Aquando da alta entregar pocketcard.

BIBLIOGRAFIA

- American Association of Neuroscience Nurses & Association of Rehabilitation Nurses. (2007). *Care of patient with mild traumatic brain injury*. Consultado a 28 de setembro, em <http://aann.org/publications/clinical-practice-guidelines>
- Arciniegas, D., Anderson, C., Topkoff, J., McAllister, T. (2005). Mild traumatic brain injury: a neurophychiatric approach to diagnosis, evaluation, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 1(4). Consultada a 29 de setembro de 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424119/>
- Basso, A., I. Prevgliano, & F. Servadei. (2006) Traumatic brain injuries. *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. Consultado a 28 de setembro de 2017, em http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., Bizarro, V. (2012). *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Consultada a 28 de Novembro de 2015 em, https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51
- Dias, C., Feijó, L. (s.d.). *Neuromonitorização em cuidados intensivos*. Disponível em Hospital de São João, UCIN. Porto. Portugal
- Gentile, J., et.al. (2011). Conduas no paciente com trauma crâniencefálico. *Revista Brasileira Clínica Médica*. 9 (1). pp. 74-82. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf
- Giugno, K., Maia, T., Kunrath, C., Bizzi, J. (2003). Tratamento da hipertensão intracraniana. *Jornal de Pediatria*. 79 (4). pp. 287-296. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a05.pdf>

- Marcon, L. (2002). *Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Consultado a 24 de julho, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84486>
- New South Wales. Ministério da Saúde. (2012). *Closed head injury in adults- initial management*. Consultada a 28 de setembro de 2017, em http://www1.health.nsw.gov.au/PDS/pages/doc.aspx?dn=PD2012_013
- New Zealand Guidelines Group. (2006). Traumatic brain injury: diagnosis, acute management and rehabilitation. *Evidence-Based Best Practice*. Julho. Consultado a 10 de setembro de 2017 em, www.nzgg.org.nz/publications/guidelines
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: abordagem integrada. *Revista Acta Médica Portuguesa*. 25 (3). pp. 179-192. Consultado a 24 de Novembro de 2014, em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/43>
- Oliveira-Abreu, M., Almeida, M. (2009). Manuseio da ventilação mecânica no trauma cranioencefálico: hiperventilação e pressão positiva expiratória final. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 21 (1). pp. 72-79. Consultado a 23 de Janeiro de 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a11.pdf>
- Ontario Neurotrauma Foundation. (s.d.). *guidelines for mTBI and persistent symptoms*. Consultada a 29 de setembro de 2017, em <http://onf.org/documents/guidelines-for-concussion-mtbi-persistent-symptoms-second-edition>
- Pires, M. (2006). *Manual de urgências em pronto socorro*. 8ªed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro
- Rocha, I. (2012). *Retorno ao trabalho da pessoa que sofreu traumatismo crânio-encefálico: várias perspectivas para uma mesma realidade*. Universidade Católica

Portuguesa. Tese de Mestrado. Porto. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14696>

SA, T., Syed, N. (2014). Recent advances and future trends in traumatic brain injury. *Emergency Medicine*. 5(1). Consultada a 29 de setembro de 2017, em https://www.omicsonline.org/open-access/recent_advances_and_future_trends_in_traumatic_brain_injury-2165-7548.1000229.php?aid=36101

Santos, H., Miranda, N., & Andrade, P. (2013). *Cuidados de enfermagem em situações de trauma crânio-encefálico*. Dissertação de conclusão do curso de complemento de licenciatura em enfermagem. Universidade de Mindelo. Consultada a 30 de setembro de 2017, em <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/>

Santos, M., Sousa, L., Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 16. pp. 71-76. Consultado a 24 de Outubro de 2015, em <http://www.redereab.pt/docs/EpidemiologiaTCE.pdf>

APÊNDICE B- SUPORTE INFORMÁTICO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



PLANO DE SESSÃO FORMATIVA INTRA-SERVIÇO

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA/OFTALMOLOGIA

Tema: Protocolo de Vigilância do Doente Vítima de TCE nas primeiras 24h de internamento

Data: 27/11/2017 **Duração:** 30 minutos

Público-Alvo: Enfermeiros e Médicos

Formador: Mara Nunes

Objetivo Geral: Apresentar o protocolo

Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Metodologia	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentar a criação e implementação do protocolo; • Enumerar as vantagens da implementação de um protocolo; • Envolver a equipa de enfermagem e médica; • Esclarecer dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização; • Pressupostos; • Protocolo: ✓ Intervenções ✓ Implementação/Operacionalização ✓ Monitorização • Conclusão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva/participativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador e videoprojetor 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aplicável



PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA DO DOENTE COM TCE NAS PRIMEIRAS 24H DE INTERNAMENTO

PROJETO EM SERVIÇO

Enf.^a Mara Nunes

Orientadores: Prof. Cristina Pestana e Enf.^o José Silva

Colaboração: Dr.^o Ricardo Pestana

AGENDA

- Contextualização;
- Pressupostos;
- Protocolo:
- ✓ Intervenções
- ✓ Implementação/Operacionalização
- ✓ Monitorização
- Conclusão



CONTEXTUALIZAÇÃO

- O projeto surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny;
- Enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tendo já adquirido as respetivas competências específicas, cabe-me fazer uso das mesmas para intervir na prática com ganhos para os doentes, equipa e instituição.



CONTEXTUALIZAÇÃO

- A metodologia de projecto constitui uma forma de trabalho considerada o suporte intelectual da **produção de uma mudança** (Ferreira, 2009) baseando-se na prática reflexiva, visando a **identificação de problemas** e consequente **resolução** dos mesmos de forma sistémica e sustentada na evidência científica (Costa, 2013 citando Lunnet, 2010; Pearson et. al, 2010; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Planeamento→Desenvolvimento→Avaliação



CONTEXTUALIZAÇÃO

- **Objetivos do projeto em serviço:**
 - ✓ Sistematizar e parametrizar a vigilância/cuidados de enfermagem→segurança do doente no internamento
 - ✓ Promover a segurança do doente no pós-alta



PRESSUPOSTOS

- O TCE será a maior causa de mortalidade e morbidade até 2020;
- TCEs afetam mais de 10 milhões de pessoas anualmente levando-as à hospitalização ou à morte (Adnan et al, 2007 citando OMS);
- A Direcção-Geral da Saúde (2011) aponta que em Portugal tenhamos cerca de 15 casos graves por dia;

PRESSUPOSTOS

- As admissões por TCE no Serviço de Neurocirurgia (NC) do Hospital Dr. Nélío Mendonça corresponderam a 36% de todas as admissões em 2016;
- 31,2% das transferências têm o SU como serviço de origem;

PRESSUPOSTOS

- **Em 2016:**
 - ✓ 1,6% dos doentes internados com este diagnóstico faleceram com complicações decorrentes do diagnóstico e internamento;
 - 20,8% dos doentes internados foram intervencionados cirurgicamente em caráter de urgência/emergência;
 - 1,6% foram transferidos para o SMI.

PRESSUPOSTOS

- Apesar das lesões primárias constituírem a principal razão pela vinda das vítimas ao hospital, são as lesões secundárias que mais comprometem a vida dos mesmos;
- A nível da prevenção secundária preconizam-se melhorias na abordagem às vítimas de traum:
 - ✓ diminuição do intervalo de tempo entre a lesão e acesso aos cuidados de saúde
 - ✓ triagem e **eficiência dos cuidados hospitalares**

→ para redução do impacto negativo no outcome das vítimas de TCE;

PRESSUPOSTOS

- A **prevenção e detecção de alterações neurológicas e sistêmicas** constituem um dos principais **focos** dos profissionais de enfermagem (Marcon, 2002).



PRESSUPOSTOS

- WHY THIS IS A PROBLEM??

- ✓ Falta de uniformização das intervenções de enfermagem;
- ✓ Ausência de frequência mínima standard na monitorização neurológica e sistêmica;
- ✓ Pouca uniformização nas intervenções perante possíveis alterações;

→Prejuízo na segurança e conseqüentemente na qualidade da assistência em saúde.



PRESSUPOSTOS

- Os eventos adversos são definidos como “mal ou dano causado pela gestão da condição ou da situação clínica de uma pessoa, por profissionais...” (OE, 2006, p.7).
- Nunes (2007) refere que os dados científicos demonstram que quando um doente é internado os riscos que corre derivam da sua própria situação de saúde, mas também de acções desempenhadas com a intenção terapêutica
- Identificaram-se relações entre as taxas de failure-to-rescue com o nível de competência dos enfermeiros, total de horas de trabalho e rácios enfermeiro-doente.



PRESSUPOSTOS

- **Preconiza-se:**
 - ✓ A segurança do doente como prioridade;
 - ✓ Criação de standards nos processos de trabalho;
 - ✓ Produção de indicadores;
 - ✓ Melhorias no acesso à informação (Oliveira, 2007).
- **Vigilância** → uma intervenção de enfermagem que tem sido identificada como uma **estratégia fundamental** na prevenção e identificação de complicações, erros e eventos adversos (Henneman, Gawlinski & Giuliano, 2012; Jones, 2013).



PRESSUPOSTOS

. Vigilância:

- ✓ uma contínua e propositada aquisição, síntese e interpretação de dados para decisões clínicas que promovem e mantêm a segurança do doente (Henneman, Gawlinski & Giuliano, 2012).
- . os profissionais de enfermagem constituem um sistema de vigilância e são os que melhor estão posicionados para **iniciar ações que minimizem outcomes negativos dos doentes;**

PRESSUPOSTOS

. De acordo com a New Zeland Guidelines Group (2006), as principais razões para vigilância das vítimas de TCE são:

- ✓ Despistar atuais ou potenciais situações de hipotensão ou hipóxia, que não tratadas irão agravar as consequências do TCE;
- ✓ Identificar alterações agudas que possam requerer intervenções por agravar a lesão inicial;
- ✓ Identificar potenciais lesões associadas;
- ✓ Avaliar a gravidade do TCE para definir tratamento e medidas de follow-up.

PROTOCOLO

- Vigilância de doentes vítimas de TCE leve/moderado nas primeiras 24h de internamento



IMPLEMENTAÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO/ MONITORIZAÇÃO

- Implementar durante o mês de Dezembro/1ª semana de Janeiro;
- Durante 1as 24h de internamento (até o 2º turno da manhã!!)
- Doentes provenientes do BO e SU



IMPLEMENTAÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO/ MONITORIZAÇÃO

- **Monitorização através dos diagnósticos:**
- Questionário aos pares;
- Carta de alta/intervenção (pocket card)



CONCLUSÃO

- O projeto parte de um enfermeiro mas a sua concretização só é possível com o envolvimento de todos;
- A possibilidade de intervenção só é possível quando se vê potencial no contexto/intervenientes;
- É do interesse de todos os profissionais proporcionar os melhores cuidados ao doente, com qualidade e segurança, baseados na evidência científica;
- O nosso compromisso estende-se além do momento da alta.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adnan, H., et al. (2007). *The impact of traumatic brain injuries: a global perspective*. Obtido a 23 de julho de 2017, de NeuroRehabilitation. 22, p. 341-353. : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162698>
- Ferreira, C. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projeto: uma experiência na formação de professores. *Revista portuguesa de pedagogia* . 43 (1), p.143-158. Obtido em 18 de novembro de 2014, <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/view/1263>
- Marcon, L. (2002). *Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Obtido a 24 de julho, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84486>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2007). Prólogo ao VII Seminário. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 24. 4-5. Obtido a 26 de julho de 2017 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional da OE. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Obtido a 26 de julho de 2017 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Paginas/default.aspx>
- Oliveira, J. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 24. 13-17. Obtido a 26 de julho de 2017 em, <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>
- Henneman, E., Gawlinski, A., & Giuliano, K. (2012). Surveillance: a strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 2 (32). Obtido a 27 de julho de 2017 em, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467622>

APÊNDICE C- DIAGNÓSTICOS E PLANOS DE CUIDADOS ELABORADOS

FOCO: *Consciência*

Diagnóstico (s)	Resultado (s)	Intervenções de Enfermagem
<i>Consciência deteriorada (GCS 9-14)</i> ou	<i>Consciência Deteriorada (grau leve, grau moderado, grau elevado)</i>	Monitorizar a consciência; (4/4h)
	<i>Consciência melhorada</i>	Monitorizar reflexo pupilar; (4/4h)
	<i>Consciência efetiva</i>	Monitorizar status musculoesquelético; (4/4h)
<i>Consciência comprometida</i>	<i>Consciência comprometida</i>	Monitorizar status neurológico alterado (sinais e sintomas); (4/4h)
	<i>Consciência melhorada</i>	Monitorizar a pressão sanguínea; (6/6h)
	<i>Consciência atual</i>	Monitorizar a frequência cardíaca; (6/6h)
		Monitorizar a frequência respiratória; (6/6h)
		Monitorizar a saturação do oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso; (6/6h)

Avaliar a glicemia; (3x/dia, antes das refeições)

Monitorizar a temperatura corporal; (6/6h)

Avaliar a dor; (6/6h)

Avaliar efeito da medicação (terapia de anticoagulação- INR). (1x dia)

Educar família e cliente; (sos para lançar na alta-folheto)

Diagnóstico de Enfermagem

*Risco de consciência deteriorada
(GCS 15)*

ou

Risco de consciência comprometida

Resultados de Enfermagem

Consciência deteriorada

Risco de consciência deteriorada

Consciência efetiva

Consciência comprometida

Risco de consciência comprometida

Consciência atual

Intervenções de Enfermagem

Monitorizar a consciência; (4/4h)

Monitorizar reflexo pupilar; (4/4h)

Monitorizar status musculoesquelético; (4/4h)

Monitorizar status neurológico alterado (sinais e sintomas); (4/4h)

Monitorizar a pressão sanguínea; (6/6h)

Monitorizar a frequência cardíaca; (6/6h)

Monitorizar a frequência respiratória; (6/6h)

Monitorizar a saturação do oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso; (6/6h)

Avaliar a glicemia; (3x dia, antes das refeições)

Monitorizar a temperatura corporal; (6/6h)

Avaliar a dor; (6/6h)

Avaliar efeito da medicação (terapia de anticoagulação- INR). (1x dia)

Educar família e cliente. (sos lançar na alta-folheto)

APÊNDICE D- POCKET CARD/FOLHETO INFORMATIVO



Guia de Bolso

1. Você esteve internado no Serviço de Neurocirurgia por um trauma crânioencefálico (TCE) com repercussões neurológicas. Neste momento, pelos exames realizados e pela sua evolução geral/neurológica, tem condições para alta clínica. No entanto, novos sintomas, sinais e alterações inesperadas e tardias podem ocorrer e manifestarem-se semanas ou até meses após o traumatismo.

2. Assim, tenha a certeza que um familiar ou amigo tem conhecimento acerca da sua lesão, pois podem detetar esses sintomas/sinais antes de si e podem ajudá-lo.

3. **Após o TCE pode esperar:** lentificação de pensamento/raciocínio, dificuldade na concentração, alterações na memorização, dores de cabeça, alterações no equilíbrio, visão turva, tonturas, náuseas, falta de energia, aumento da sensibilidade à luz/ruído, irritabilidade, nervosismo, tristeza, labilidade emocional, alterações no padrão de sono e insónias.

4. **Estes sintomas tendem a diminuir de frequência e intensidade** ao longo do tempo. No entanto, **é importante** cumprir com a medicação prescrita, ter momentos de repouso evitando atividades exigentes a nível físico e psicológico, não consumir bebidas alcoólicas, retornar gradualmente às rotinas e não conduzir, andar de bicicleta ou operar máquinas sem a primeira consulta médica pós-alta e validando sempre com o médico.

5. **Deverá recorrer ao serviço de urgência ou procurar o seu médico se:** dores de cabeça severas que não melhoram com a medicação analgésica, dificuldade em permanecer acordado, aumento da confusão, crises convulsivas, alterações ou aumento do desequilíbrio, diminuição da força ou agravamento da diminuição da força nos membros e se apresentar vômitos persistentes em conjunto com um ou mais dos sintomas anteriormente referidos e sem outra causa aparente. Se foi operado e a ferida cirúrgica ou cicatriz apresentar pús, inchaço, vermelhidão e dor local, com ou sem febre, deverá ser observado por um profissional de saúde.

Desejamos-lhe uma rápida recuperação!

APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO/PROTOCOLO/POCKET CARD

Avaliação da Implementação do Protocolo de Vigilância do Doente Vítima de TCE nas Primeiras 24H de Internamento

*Obrigatório

Caraterização

1. É enfermeiro especialista? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Há quantos anos trabalha no serviço de Neurocirurgia?

2. *

Sobre o Protocolo...

3. Teve conhecimento do protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

4. Achou pertinente a sua elaboração e implementação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Se a sua resposta anterior foi "Não" refira o porquê.

6. Teve oportunidade de implementar o protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

<https://docs.google.com/forms/d/1VrZcFR45-y5hIEITS6ZZY5tRdGXNJfInG-ci49W4HSc/edit>

08/01/2018

Avaliação da Implementação do Protocolo de Vigilância do Doente Vítima de TCE nas Primeiras 24H de Internamento

7. Se a sua resposta foi "Não" refira o porquê.

Marcar apenas uma oval.

- Não acolhi nenhum doente que cumprisse os critérios de inclusão.
 Optei por não fazê-lo.
 "Esqueci-me".

8. Considera que o protocolo... *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Promove a segurança dos cuidados.
 Promove a qualidade dos cuidados.
 Não acrescenta ganhos em saúde para o doente.
 Deve ser implementado no serviço permanentemente.
 Não deve ser implementado.
 Deve ser revisto para ser implementado de forma permanente.

9. Considera que o protocolo foi uma mais valia na sua prática e que contribuiu para a sua formação/aprendizagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. Atendendo à melhoria do protocolo, quais as suas sugestões de melhoria? (por exemplo nos critérios de inclusão/exclusão)

Sobre o folheto informativo...

11. Teve conhecimento do folheto? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Acha a entrega do folheto pertinente? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Entregou algum folheto a um doente/familiar? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Se respondeu "Não" refira o porquê. *

Marcar tudo o que for aplicável.

Não finalizei nenhum processo de alta de um doente vítima de TCE.

"Esqueci-me".

Não me pareceu importante.

Outra: _____

15. Quais as suas sugestões para a melhoria do folheto?

16. Considera que o folheto e sua entrega deve tornar-se permanente no serviço? *

Marcar apenas uma oval.

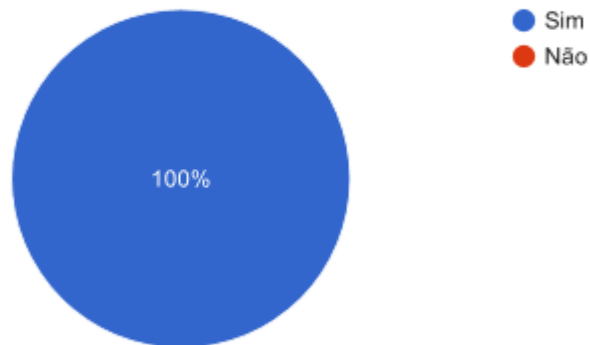
Sim

Não

RESULTADOS

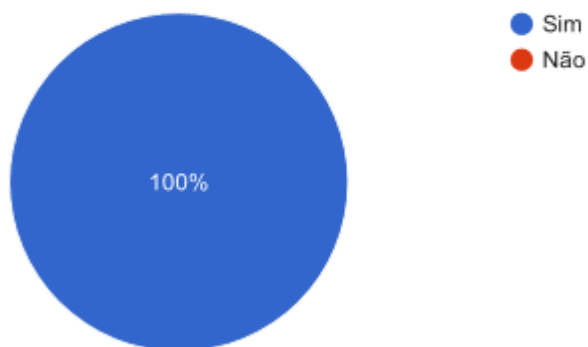
Teve conhecimento do protocolo?

18 respostas



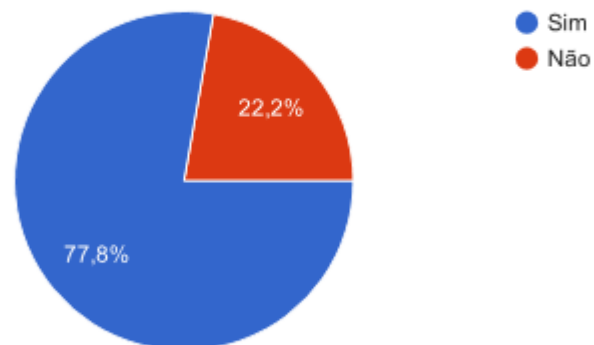
Achou pertinente a sua elaboração e implementação?

18 respostas



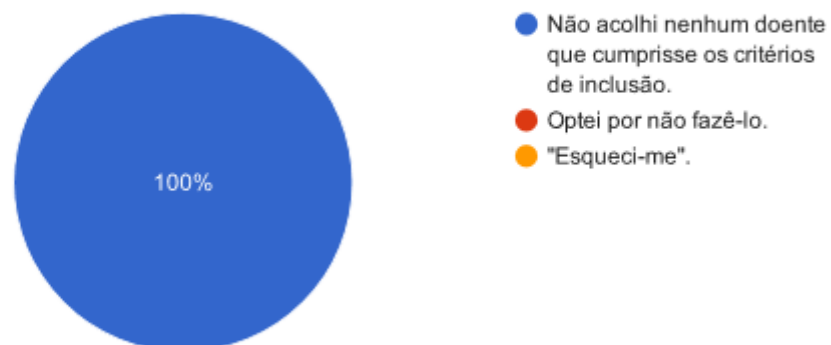
Teve oportunidade de implementar o protocolo?

18 respostas



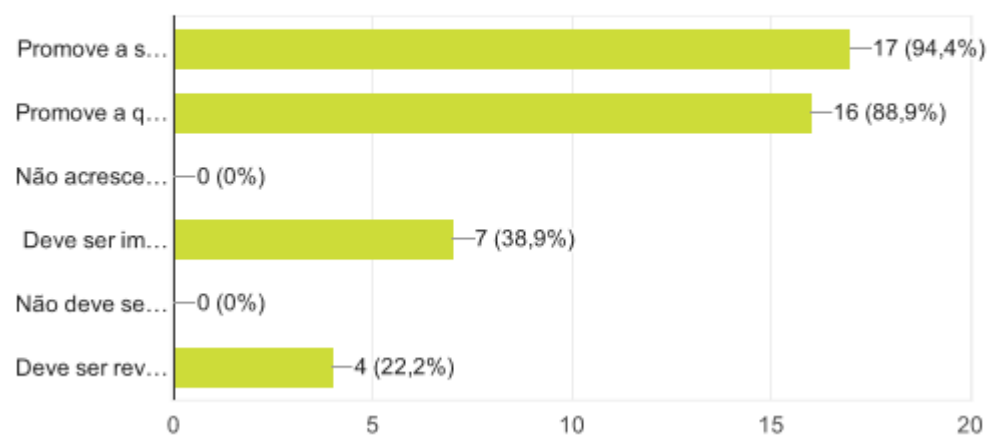
Se a sua resposta foi "Não" refira o porquê.

4 respostas



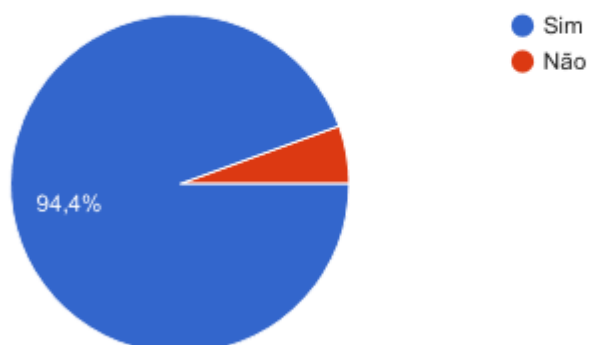
Considera que o protocolo...

18 respostas



Considera que o protocolo foi uma mais valia na sua prática e que contribuiu para a sua formação/aprendizagem?

18 respostas



Atendendo à melhoria do protocolo, quais as suas sugestões de melhoria? (por exemplo nos critérios de inclusão/exclusão)

5 respostas

Os clientes que permanecem na urgência mais de 24h e depois ficam internados na Neurocirurgia, as primeiras 24h pós TCE não são vigiadas por nós.

<https://docs.google.com/forms/d/1VrZcFR45-y5hEITS6Z2Y5IRdGXNJFIInG-oi49W4HSc/viewanalytics>

06/01/2018

Avaliação da Implementação do Protocolo de Vigilância do Doente Vítima de TCE nas Primeiras 24H de Internamento

Os doentes que encontram-se em observação ou a aguardar vaga em NC no SU mais de 24h, o protocolo deveria ser aplicado lá e não no serviço de NC.

Incluir o Serviço de Urgência no protocolo

Revisão das intervenções que devemos "lançar" a nível do atrium

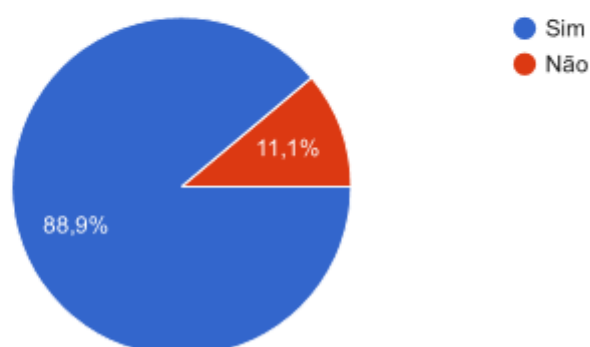
nos doentes com TCE leve talvez não se justifique a aplicação do protocolo

Sobre o folheto informativo...



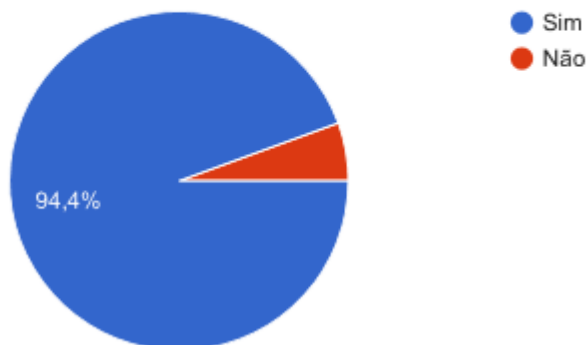
Teve conhecimento do folheto?

18 respostas



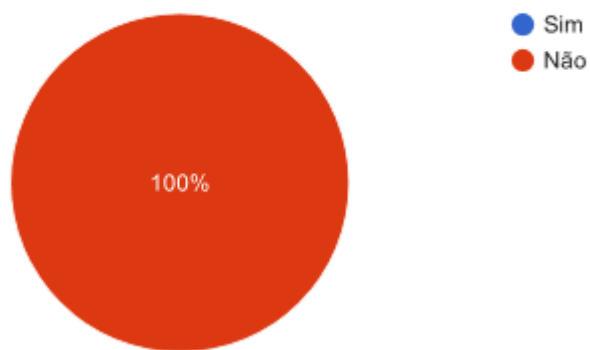
Acha a entrega do folheto pertinente?

18 respostas



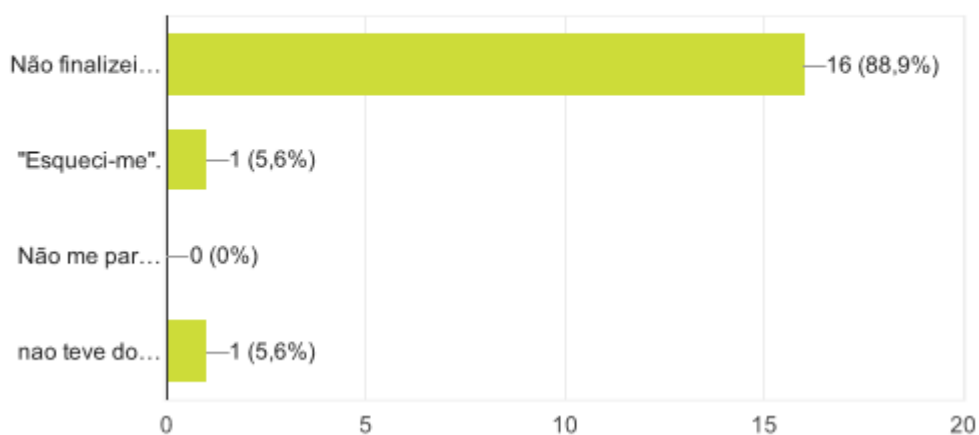
Entregou algum folheto a um doente/familiar?

18 respostas



Se respondeu "Não" refira o porquê.

18 respostas



Quais as suas sugestões para a melhoria do folheto?

2 respostas

mais alucidativo

<https://docs.google.com/forms/d/1VrZcFR45-y5hlEITS6Z2Y5tRdGXNJFlNG-oi49W4HSc/viewanalytics>

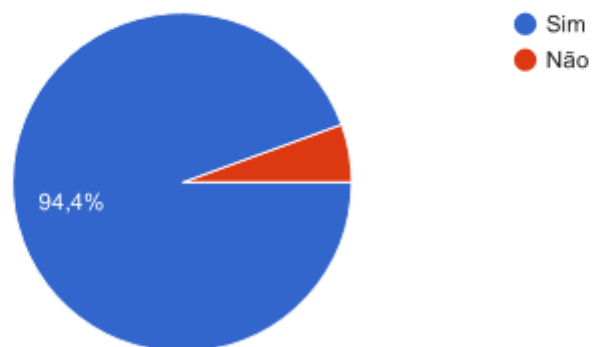
06/01/2018

Avaliação da Implementação do Protocolo de Vigilância do Doente Vítima de TCE nas Primeiras 24H de Internamento

deveríamos saber o feedback dos utentes, se de facto leram ou não o folheto, qual a sua opinião sobre o folheto, pois na minha leiga opinião o folheto tem muita informação, ou melhor a sua apresentação deveria ser mais esquematizada e não em texto simplificando a leitura do mesmo

Considera que o folheto e sua entrega deve tornar-se permanente no serviço?

18 respostas



APÊNDICE F- PROTOCOLO E FOLHETO (VERSÃO FINAL)



PO.01 PRT. 021 PROTOCOLO n.º 021 Versão n.º 001

REFERÊNCIA:

1. TÍTULO: Vigilância de doentes vítimas de Traumatismo crânio-encefálico leve/moderado

2. ÂMBITO: Enfermeiros e Médicos

3. OBJECTIVOS: Uniformizar procedimentos de vigilância neurológica e hemodinâmica de doentes vítimas de TCE nas primeiras 24h de internamento no Serviço de Neurocirurgia

4. EVIDÊNCIA:

Elaborado por: Enf.ª Mara Nunes com a
colaboração do Dr. Ricardo Pestana

Enfermeiro-Director: Enf.ª Dalila Freitas

Responsável do Serviço: Dr. Pedro Lima

Director Clínico: Dra. Regina Rodrigues

Data: Julho de 2018

Conselho de Administração

Data de Revisão: Março 2019

Data de Aprovação: ____/____/____

5. DESCRIÇÃO

Definição e Epidemiologia:

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma classificação ampla que engloba qualquer lesão anatómica ou funcional do couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo ou seus vasos que resulta de uma agressão/força externa (Pires, 2006).

É a lesão mais frequente e a principal causa de morte em doentes vítimas de causas externas (Santos, Miranda & Andrade, 2013).

Em Portugal a taxa de incidência entre 1996-1997 foi de 137/100 000 pessoas (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003).

Constitui um problema de saúde pública com grande impacto económico e social, já que as suas consequências a longo prazo comprometem a funcionalidade da vítima (Fonseca, 2013).

Pressupostos:

O outcome no TCE, no que concerne à mortalidade e morbilidade, está relacionado com:

- ✓ Condições pré-trauma (idade, comorbilidades e função psicossocial);
- ✓ Estado clínico imediatamente depois do trauma, refletindo a dimensão da lesão primária;
- ✓ Abordagem pré-hospitalar e intra-hospitalar imediata;
- ✓ Lesão secundária após trauma;
- ✓ Reabilitação (Basso, Previgliano & Servadei, 2006)

O nível de gravidade é normalmente avaliado com recurso à Escala de Coma de Glasgow (GCS) e, através da mesma, o TCE é classificado como leve [14-15], moderado [9-13]

ou grave [3-8]. Esta escala tem valor prognóstico (Santos, Miranda & Andrade, 2013), ou seja, verifica-se que quanto mais baixo for o resultado da GCS nas primeiras 24h após a lesão pior será o outcome (Fonseca, 2013).

A prevenção e deteção de alterações neurológicas e sistémicas constituem um dos principais focos dos profissionais de enfermagem no TCE (Marcon, 2002).

Inclusão de doentes:

1. Doentes com diagnóstico médico de TCE ou resultante de trauma craniano;
2. Doentes provenientes do Serviço de Urgência ou da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;
3. GCS [9-15] no momento do internamento no serviço;

Exclusão de doentes:

1. Doentes cujas alterações neurológicas não resultem de trauma craniano;
2. Doentes com diagnóstico médico de TCE provenientes do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), SU e outros serviços no qual já permaneçam há mais de 24h.

Intervenções:

- Avaliar o estado de consciência com o recurso à GCS, reação pupilar e movimento/força dos membros de 4/4h, se diminuição de 2 pontos na GCS ou alterações pupilas e força/simetria (com ou sem outros sinais de agravamento neurológico) por mais de 30 min.:
 - contactar neurocirurgia de serviço
 - monitorizar de 2/2h até GCS igual ou superior ao anterior

- Avaliar TA, FC, FR, SpO2 de 6/6h
 - PAM > ou igual 90mmHg sem bradicardia inaugural associada seguir o protocolo de HTA e avaliar de 2/2h até PAM 65-85mmHg;
 - PAM > ou igual 90mmHg com bradicardia inaugural associada e com sinais de agravamento neurológico (alteração do padrão respiratório, diminuição score GCS, novos défices neurológicos/agravamento dos anteriores, cefaleias intensas e vômitos persistentes e em jato) contactar neurocirurgia de serviço;
 - SpO2 <94% administrar oxigénio para SpO2 95-98% ;
 - SpO2 <90% com oxigénio suplementar e/ou sinais de compromisso respiratório informar neurocirurgia de serviço;

- Avaliar glicémia capilar antes das refeições:
 - BMT > ou igual 180mg/dl administrar 6UI e reavaliar dentro de 4h até BMT [120-180mg/dl]
 - BMT <110mg/dl avaliar dentro de 2h até BMT >120mg/dl
 - BMT <90mg/dl administrar 1 ampola de Dextrose 20% e dar refeição com menor índice glicémico; ou Soro IG em curso no gotejo do soro atual e com aditivos prescritos ou introduzir a 42cc/h se não tiver soro e reavaliar dentro de 2h até BMT >120mg/dl

- Avaliar Timpânica de 6/6h
 - Timpânica > 37°C proceder ao arrefecimento corporal com medidas não farmacológicas
 - Timpânica > 38°C seguir protocolo de hipertermia

- Avaliar a dor com a escala de 6/6h, **se dor**
 - Associar medidas não farmacológicas no controlo da dor às farmacológicas do protocolo de dor

- Avaliar o INR 1x/dia em doentes com história de anticoagulação
 - INR > ou igual 5 informar de imediato neurocirurgião de serviço.

Nota:

1. Proceder ao acolhimento dos utentes consoante o protocolo;
2. Manter repouso absoluto no leito com cabeceira a 30º e alinhamento corporal;
3. Entregar folheto relativo ao TCE;
4. Aquando da alta entregar folheto informativo.

BIBLIOGRAFIA

- American Association of Neuroscience Nurses & Association of Rehabilitation Nurses. (2007). *Care of patient with mild traumatic brain injury*. Consultado a 28 de setembro, em <http://aann.org/publications/clinical-practice-guidelines>
- Arciniegas, D., Anderson, C., Topkoff, J., McAllister, T. (2005). Mild traumatic brain injury: a neuropsychiatric approach to diagnosis, evaluation, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4). Consultada a 29 de setembro de 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424119/>
- Basso, A., I. Previgliano, & F. Servadei. (2006) Traumatic brain injuries. *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. Consultado a 28 de setembro de 2017, em http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., Bizarro, V. (2012). *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Consultada a 28 de Novembro de 2015 em, https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2349&id_revista=9&id_edicao=51
- Dias, C., Feijó, L. (s.d.). *Neuromonitorização em cuidados intensivos*. Disponível em Hospital de São João, UCIN. Porto, Portugal
- Gentile, J., et al. (2011). Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 9 (1), pp. 74-82. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf
- Giugno, K., Maia, T., Kuerath, C., Bizzi, J. (2003). Tratamento da hipertensão intracraniana. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), pp. 287-296. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a05.pdf>

- Marcon, L. (2002). *Uma construção coletiva: protocolo de cuidados de enfermagem dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico severo internados em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Consultado a 24 de julho, de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84486>
- New South Wales. Ministério da Saúde. (2012). *Closed head injury in adults- initial management*. Consultada a 28 de setembro de 2017, em http://www1.health.nsw.gov.au/PDS/pages/doc.aspx?dn=PD2012_013
- New Zeland Guidelines Group. (2006). Traumatic brain injury: diagnosis, acute management an rehabilitation. *Evidence-Based Best Practice*. Julho. Consultado a 10 de setembro de 2017 em, www.nzgg.org.nz/publications/guidelines
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo crânio-encefálico: abordagem integrada. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 25 (3). pp. 179-192. Consultado a 24 de Novembro de 2014, em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/43>
- Oliveira-Abreu, M., Almeida, M. (2009). Manuseio da ventilação mecânica no trauma cranioencefálico: hiperventilação e pressão positiva expiratória final. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1). pp. 72-79. Consultado a 23 de Janeiro de 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a11.pdf>
- Ontario Neurotrauma Foundation. (s.d.). *guidelines for mTBI and persistent symptoms*. Consultada a 29 de setembro de 2017, em <http://onf.org/documents/guidelines-for-concussion-mtbi-persistent-symptoms-second-edition>
- Pires, M. (2006). *Manual de urgências em pronto socorro*. 8ªed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro

- Rocha, I. (2012). *Regresso ao trabalho da pessoa que sofreu traumatismo crânio-encefálico: várias perspetivas para uma mesma realidade*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Porto. Consultado a 20 de Outubro de 2015, em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14696>
- SA, T., Syed, N. (2014). Recent advances and future trends in traumatic brain injury. *Emergency Medicine*. 5(1). Consultada a 29 de setembro de 2017, em https://www.omicsonline.org/open-access/recent_advances_and_future_trends_in_traumatic_brain_injury-2165-7548.1000229.php?aid=36101
- Santos, H., Miranda, N., & Andrade, P. (2013). *Cuidados de enfermagem em situações de trauma crânio-encefálico*. Dissertação de conclusão do curso de complemento de licenciatura em enfermagem. Universidade de Mindelo. Consultada a 30 de setembro de 2017, em <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/>
- Santos, M., Sousa, L., Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 16. pp. 71-76. Consultado a 24 de Outubro de 2015, em <http://www.redereab.pt/docs/EpidemiologiaTCE.pdf>

5. DEVERÁ RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA OU PROCURAR O SEU MÉDICO SE:

- ✓Dores de cabeça severas que não melhoram com a medicação analgésica;
- ✓Dificuldade em permanecer acordado;
- ✓Aumento da confusão;
- ✓Crises convulsivas;
- ✓Alterações ou aumento do desequilíbrio,
- ✓Diminuição da força ou agravamento da diminuição da força nos membros;
- ✓Se apresentar vômitos persistentes em conjunto com um ou mais dos sintomas anteriormente referidos e sem outra causa aparente;
- ✓Se foi operado e a ferida cirúrgica ou cicatriz apresentar pús, inchaço, vermelhidão e dor local, com ou sem febre, deverá ser observado por um profissional de saúde.



**LEMBRE-SE DE ESCLARECER
TODAS AS SUAS DÚVIDAS ANTES DA
ALTA!**

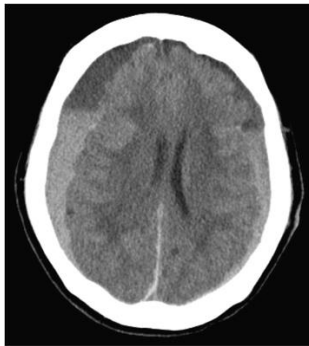
**DESEJAMOS-LHE UMA RÁPIDA
RECUPERAÇÃO!**



**GUIA DO DOENTE VÍTIMA DE
TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO**

**HOSPITAL DRº NÉLIO MENDONÇA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
7º POENTE
TELEFONE: 291705671**

1. Você esteve internado no Serviço de Neurocirurgia por um trauma crânioencefálico (TCE) com repercussões neurológicas. Neste momento, pelos exames realizados e pela sua evolução geral/neurológica, tem condições para alta clínica. No entanto, novos sintomas, sinais e alterações inesperadas e tardias podem ocorrer e manifestarem-se semanas ou até meses após o traumatismo.



2. Assim, tenha a certeza que um familiar ou amigo tem conhecimento acerca da sua lesão, pois podem detetar esses sintomas/sinais antes de si e podem ajudá-lo.



3. Após o TCE pode esperar:

- ✓ Lentificação de pensamento/raciocínio;
- ✓ Dificuldade na concentração/alterações na memorização;
- ✓ Dores de cabeça;
- ✓ Alterações no equilíbrio/tonturas;
- ✓ Visão turva;
- ✓ Náuseas;
- ✓ Falta de energia;
- ✓ Aumento da sensibilidade à luz/ruído;
- ✓ Irritabilidade/nervosismo;
- ✓ Tristeza/labilidade emocional;
- ✓ Alterações no padrão de sono/insónias.



4. Estes sintomas tendem a diminuir de frequência e intensidade ao longo do tempo.

É IMPORTANTE!

- ✓ Cumprir com a medicação prescrita;
- ✓ Ter momentos de repouso evitando atividades exigentes a nível físico e psicológico;
- ✓ Não consumir bebidas alcoólicas;
- ✓ Retornar gradualmente às rotinas;
- ✓ Não conduzir, andar de bicicleta ou operar máquinas sem a primeira consulta médica pós-alta e validando sempre com o médico.

