

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDAR DO DOENTE ADULTO E IDOSO,
VÍTIMA DE TRAUMA, EM CONTEXTOS
ASSISTENCIAIS DIFERENCIADOS**

Luís de Freitas Rodrigues Tomás

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

Funchal

2017

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDAR DO DOENTE ADULTO E IDOSO,
VÍTIMA DE TRAUMA, EM CONTEXTOS
ASSISTENCIAIS DIFERENCIADOS**

Luís de Freitas Rodrigues Tomás

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

Orientadora: Professora Doutora Cristina Pestana

Funchal

2017

O olhar dos outros
rouba-me o meu universo,
a presença dos outros
detém a minha liberdade,
a sua escolha paralisa-me.
O mundo dos outros
não é um jardim de delícias.
É permanentemente provocação à luta,
à adaptação, incita-nos a ir mais além.

E. Mounier, O Personalismo, 1964, p. 60

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família:

À Esperança e ao Luís Pedro, pelo cuidar e pelo acolher,
Aos meus pais por serem rosto de todo o sentido do cuidado,
Ao meu irmão, Nélio Tomás por acompanhar cada cuidar.

AGRADECIMENTOS

À Docente Cristina Pestana

Pelo privilégio concedido através da sua orientação científica.

Pela sua sabedoria, objetividade, flexibilidade intelectual e capacidade de mobilização de saberes. Pelo desafio, e pelo estímulo proporcionado à aprendizagem neste percurso de crescimento.

Aos Colegas do 1º Curso de Mestrado em EMC

Pela participação e pela disposição para o desenvolvimento da enfermagem.

À ESJCluny

Por tornar este relatório possível.

Aos Amigos

Pela compreensão, partilha, incentivo, confiança e amizade daqueles que sabem quem são e o que são para mim.

À minha Família

Pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência. Pelo apoio, força e presença, mas sobretudo, por existirem e fazerem parte da minha vida de uma forma tão especial.

A todos

Que direta ou indiretamente apoiaram a concretização deste relatório.

UM OBRIGADO SINCERO!

As competências especializadas no cuidar do doente adulto e idoso, vítima de trauma, em contextos assistenciais diferenciados | 2017

RESUMO

As crescentes necessidades assistenciais impulsionam o enfermeiro a adquirir e a desenvolver competências específicas capazes de otimizar uma resposta adequada aos problemas reais da pessoa em contexto de saúde, através de um conhecimento científico que otimize os recursos disponíveis.

Neste contexto surge este percurso de aprendizagem especializada, na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem baseadas no conhecimento científico, no desenvolvimento de uma prática fundamentada na ética profissional, nas competências relacionais e técnicas, no domínio da gestão de cuidados e de recursos dos serviços, e na formação para a melhoria contínua na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório evidencia o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As atividades aqui relatadas reportam-se ao reconhecimento da experiência profissional traduzida na acreditação de competências enquanto enfermeiro a exercer a sua prática num Serviço de Urgência, bem como às experiências tidas em contextos distintos: na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria e em contexto pré-hospitalar, na Equipa Médica de Intervenção Rápida

A metodologia utilizada foi o método descritivo e reflexivo, através da descrição, análise e reflexão das diferentes atividades desenvolvidas, onde integrei conhecimentos adquiridos, e a bibliografia pertinente para a fundamentação teórica e científica.

O Relatório final permite a capacidade para a reflexão e para apresentar soluções, sobre as atividades realizadas e as suas implicações éticas e sociais, e comunicar adequadamente em contexto de saúde, fundamentando a prática baseada em elevados padrões de qualidade e no conhecimento científico.

Palavras-chave: Relações Enfermeiro-Paciente, Competência Clínica, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The growing health care necessities encourage the practicing nurse to acquire and to develop specific skills that enable these health care providers to deliver an adequate solution, in real time, to health problems. This is made possible making use of scientific knowledge that leads to optimization of the available resources.

In these circumstances a specialized learning path arouse, in which the acquisition and development of specific nursing skills based on scientific knowledge, in the development of a ethically fundament everyday practice, based in the core technical and relational competences, in the management of resources and health care practices and in training to provide for a perpetual improvement in the caretaking provided to the person in critical condition.

This report brings to evidence the path of development and acquirement of skills, oriented to obtain a Master's degree with Specialization in Medical-Surgical Nursing.

The activities described at this report, are related to the recognition of professional experience translated by the skills as a nurse and his practice in the Emergency Room, as well as the experience in other scenarios: The Intensive Care Unit of Hospital Dr. Nélio Mendonça, the Emergency Room of Hospital de Santa Maria and pre hospital Medical Team of Rapid Intervention.

The methodology employed consisted of the descriptive and reflective method, through description, analysis and reflection of the different activities developed, where I integrated acquired knowledge, and the relevant bibliography for the theoretical and scientific basis.

The final report allows the ability to reflection and to provide answers about the activities carried out and its ethical and social implications, and also the ability to communicate adequately in health circumstances, justifying the practice based in high patterns of quality and scientific knowledge.

Keywords: Nurse-Patient Relationships, Clinical Competence, Nursing Care, Critical Care.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ATLS – Advanced Trauma Life Support

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de controlo de Infecção

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS - Direção Geral de Saúde

ECG – Traçado Eletrocardiográfico

ECTS - European Credit Transfer System/ Sistema Europeu de Transferência de Créditos

EEEMC – Enfermeiro com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC - Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMIR - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EOT – Entubação Orotraqueal

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São. José de Cluny

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

HSM - Hospital de Santa Maria

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – Concelho Internacional de Enfermeiras

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MC - Médico-Cirúrgica

MEEMC – Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRMI – Medical Response Major Incidents

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

PICCO – Pulse Induced Contour Cardiac Output

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PVC – Pressão Venosa Central

RAM - Região Autónoma da Madeira

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SEMER - Serviço de Enfermagem Médica Regional

SESARAM - Serviço Regional de Saúde, Entidade Pública Empresarial

CIC-CROS - Centro Integrado de Comunicações - Comando Regional de Operações de Socorro

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Sala de Observação

SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil

SU - Serviço de Urgência

SUC - Serviço de Urgência Central

TAC-CE - Tomografia Axilar Computorizada Crânio-encefálico

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

UCI - Unidade dos Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UTIC - Unidade Terapêutica Intensiva Coronária

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
1. AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DO DOENTE ADULTO E IDOSO, EM CONTEXTOS ASSISTENCIAIS DIFERENCIADOS.	19
1.1. Acreditação de competências especializadas no contexto do SU no Hospital Nélío Mendonça.....	24
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	29
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade.....	31
1.1.3. Gestão dos cuidados.....	33
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	35
1.1.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica	36
1.2. No contexto dos cuidados intensivos do Hospital Nélío Mendonça	44
1.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.	46
1.2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	50
1.2.3. Gestão dos cuidados.....	57
1.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	59
1.2.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em situação crítica.	60
1.3 Estágio de opção: na EMIR e no SUC do HSM	68
1.3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	73
1.3.2. Melhoria contínua da qualidade.....	76
1.3.3. Gestão dos cuidados.....	79
1.3.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	83
1.3.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em situação crítica	88
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101

INTRODUÇÃO

Na saúde as profissões caminham para a especialização do saber e do cuidar à medida que novos conceitos e tecnologias são desenvolvidos. Nesta fundamentação, a Enfermagem como ciência e profissão tem desenvolvido os seus referenciais de ação centrado nas respostas humanas da pessoa, família e comunidade, atendendo à evolução económica, sociocultural, política e espiritual das civilizações atuais.

Nesse sentido, surgiram várias áreas de especialização, permitindo aos enfermeiros especialistas que desenvolvessem novos conhecimentos e novas competências para o cuidar holístico, como está fundamentado na Ordem dos Enfermeiros (OE) no preâmbulo do regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, que salienta a elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação e investigação (OE, 2010). Neste sentido a OE identifica o enfermeiro especialista como possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, e permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2010).

A OE caracteriza o enfermeiro especialista como um profissional com:

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010, p. 3).

Assim, o cuidar do doente adulto e idoso, em contextos assistenciais diferenciados, exige um conhecimento diferenciado e fundamentado na evidência científica.

O cuidar assume, nos últimos tempos, uma profunda valorização na área de enfermagem. O cuidar é uma forma existencial de estar no mundo em relação com os outros porque existimos a partir do outro. A formação de uma especialização de natureza profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica, possibilita o desenvolvimento de competências específicas e contribui para a melhoria contínua da qualidade de cuidados especializados.

Apesar da experiência gerar um conhecimento próprio, é imperioso que se faça uma prática reflexiva para que o profissional se torne sabedor daquilo que faz e como o

faz. Neste sentido, o desenvolvimento deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular relatório de estágio (Mestrado), que decorreu no segundo ano, primeiro semestre inserido no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e visa os seguintes objetivos: evidenciar, de forma crítica e refletida, o desenvolvimento e aprofundamento das competências que caracterizam o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), bem como as que justificam o reconhecimento e atribuição do título de Mestre.

O presente relatório é constituído por um grande capítulo, onde documentarei as competências especializadas no cuidar do doente adulto e idoso em contextos assistenciais diferenciados, descreverei também de forma crítica e reflexiva a minha atividade profissional desenvolvida na área da enfermagem médico-cirúrgica (EMC), no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Nélio Mendonça (HNM) que culminou na acreditação de competências pela ESESJCluny, relatarei a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem Médico-Cirúrgica, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HNM, e, finalmente na emergência no pré-hospitalar na Emergência Médica de Intervenção Rápida (EMIR) situado no Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC) da Madeira, e no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria (HSM), dando maior destaque ao doente crítico adulto e idoso vítima de trauma.

Ao longo do relatório serão abordadas as diferentes áreas de competência comuns: no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão de cuidados; no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica. Por fim, uma conclusão onde será realizada uma avaliação sobre as aprendizagens e reflexões que permitiram mudanças de atitudes e comportamentos na prática profissional e pessoal e que vão proporcionar maior capacidade de resposta aos problemas da área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Nestes contextos da prática clínica desenvolverei competências especializadas em enfermagem Médico-cirúrgica que convergiram com os descritores de Dublin para o segundo ciclo de formação, como nos fundamenta a Direção Geral do Ensino Superior (DGES, 2013). A formação avançada em enfermagem médico-cirúrgica assume assim,

neste relatório, uma importância vital no seio da ciência e da profissão que integro, dado que permitirá descrever as competências desenvolvidas e adquiridas nos diversos contextos da prática clínica para a obtenção do grau de Mestre em enfermagem.

O relatório para além de ser uma descrição do meu desempenho ao longo dos estágios desenvolvidos, ele assentará também na fundamentação no conhecimento científico, e traduzirá uma análise exaustiva na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim pretendo: descrever a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; relatar a administração de protocolos terapêuticos complexos; descrever a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica; relatar os princípios da avaliação primária, ressuscitação e algoritmo do suporte avançado de vida em trauma; descrever os princípios da avaliação secundária da cabeça aos pés; narrar o contributo das teóricas de enfermagem no atendimento à pessoa com trauma; descrever a comunicação interpessoal que fundamentou a minha relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; descrever os cuidados em situações de emergência e/ou multi-vítimas e explicitar as vivências e experiências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem especializada.

A formação avançada em enfermagem médico-cirúrgica assume, neste relatório, uma importância vital no seio da ciência e da profissão que integro, como enfermeiro mais habilitado e mais qualificado estou mais preparado para o cuidar holístico em qualquer contexto de saúde.

1. AS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DO DOENTE ADULTO E IDOSO, EM CONTEXTOS ASSISTENCIAIS DIFERENCIADOS.

Este capítulo centra-se numa análise crítica e reflexiva sobre os saberes e competências de enfermagem comuns e especializadas na área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (EEMC), desenvolvidas em contextos assistenciais diferenciados.

Segundo a OE (2015), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa, em Situação Crítica, assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português. A própria OE (2011) define que em situação de catástrofe ou emergência multivítimas, o enfermeiro especialista deve atuar com competência, ele dinamiza respostas desde a conceção até à ação, demonstrando padrões de qualidade nesta área.

Neste contexto de reflexão e de autoformação em que estou envolvido, verifico que a Competência é um vocábulo muito utilizado, no dia-a-dia, por muitas profissões e difundido por muitos meios de comunicação. Segundo o dicionário Priberam de Língua Portuguesa (2017), competência é definida como uma capacidade, atribuições, direito a faculdade em julgar. Este conceito ao longo dos anos tem vindo a mudar um pouco por todo mundo aparecendo associado a competência a nível da pessoa (competência do indivíduo), das organizações (core de competências) e dos países (sistema educacionais e formação de competência). Le Boterf afirma que a experiência demonstra, que certos indivíduos possuem os conhecimentos e as técnicas, e que muitas vezes não os sabem utilizar devidamente num determinado contexto de trabalho. Na sua análise, a competência pode ser definida em termos de saberes:

- Um “saber mobilizar”, em tempo oportuno e nas circunstâncias apropriadas as capacidades ou conhecimentos, que foram adquiridos através da formação (mas não necessariamente). Ser competente significa saber aplicá-los, quando necessário e em circunstâncias apropriadas;
- Um “saber integrar”, que exige uma multiplicidade de conhecimentos e de saber fazer. Para se ser competente é preciso saber organizar, selecionar e integrar, o que pode ser útil para se executar uma atividade profissional, para remediar uma disfunção ou levar um projeto a bom termo;
- Um “saber transferir”, o que implica capacidade de adaptabilidade, isto é não se limita apenas à execução de uma tarefa única e repetitiva; é ser mais do que um bom executante. A competência pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, de forma a fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera. (Le Boterf 1994, p.40)

De facto, para este autor, a existência de uma competência é demonstrada pela mobilização de conhecimentos, capacidades e saberes-fazer, num contexto específico, tendo em vista a resolução de um problema. Webster (1981) citado por Fleury, M. e Fleury, A. (2001), definiu competência como qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para uma determinada tarefa. Ora a competência é mais abrangente. O conceito de competência distingue três fatores: as aptidões (talento natural da pessoa, o qual pode vir a ser aprimorado), as habilidades (demonstração de um talento na prática), e os conhecimentos (saber para desempenhar uma tarefa).

A competência aparece associada a saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes complexos, saber aprender, saber se integrar, assumir responsabilidades e ter visão estratégica de modo a existir na organização um valor económico e exista para o indivíduo um valor social. Segundo Zarifian (1999), citado por Fleury, M. e Fleury, A. (2001), o conceito de competência nas organizações, seria a capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços com valor acrescentado, pelo que é preciso competências sobre processos (processo de trabalho), técnicas (conhecimento do trabalho a realizar), organização (fluxo de trabalho), serviço (benefício para o cliente) e sociais (saber ser-autonomia, responsabilidade e comunicação).

Esta aprendizagem vai desde a individual, a de grupo, até aprendizagem na organização. O processo de aprendizagem ocorre primeiro no nível do indivíduo, envolve emoções positivas/negativas por caminhos diversos. A nível do grupo, a aprendizagem pode ocorrer num processo social e coletivo, como o grupo aprende, como combina os conhecimentos e as crenças individuais, como se motivam...etc. A nível da organização, a aprendizagem engloba a integração dos dois anteriores na estrutura, no conjunto de regras e procedimentos das organizações.

A evolução da enfermagem deu um grande passo na sua afirmação, em Portugal, com a criação da OE através do Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril. O Estado reconheceu este organismo como a entidade que representa os diplomados em Enfermagem que exercem a sua profissão em Portugal, tendo como função de regulamentação e controlo do exercício profissional, promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e assegurando as regras de ética e deontologia profissional.

Neste caminho percorrido pelos enfermeiros em Portugal e antes do surgimento da OE, existia um diploma, chamado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), de 4 de setembro de 1996, que definia os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros. No artigo 4 é definido o conceito de enfermagem, do enfermeiro e do enfermeiro especialista e de cuidados de enfermagem.

Em 2011, é aprovado em Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nesse mesmo ano é publicado em Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 124/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Por fim, é publicado em Diário da República, 2.^a série — N.º 123 — 26 de junho de 2015 o Regulamento n.º 361/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A partir dos regulamentos referidos, surgiu um novo modelo de desenvolvimento para a especialidade EEMC em Pessoa em Situação Crítica. Este modelo traduz-se num melhor desempenho profissional e aquisição de competências comuns, e especializadas, de forma autónoma e interdependente.

O título de enfermeiro especialista certifica um profissional que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e decisões traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um plano de intervenção (OE, 2009).

De acordo com o REPE (1998) em decreto-Lei n.º 161/94 de 4 de setembro, Artigo 4, o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade.

No preâmbulo que introduz as competências comuns do enfermeiro especialista a OE (2010) defende que as competências são aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de

cuidados de saúde. Ainda reforça o papel da educação, da liderança e investigação para melhorar a prática da enfermagem.

De acordo com a OE (2015) é “o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do sistema Nacional de Saúde Português” (p.3). Tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de Saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

No HNM, exerço a atividade profissional há catorze anos, no Serviço de Urgência Central da Ilha da Madeira. De acordo com Benner (2001), e segundo o modelo de Dreyfus, poderei ser considerado perito. O modelo de Dreyfus baseia-se em cinco níveis sucessivos de proficiência, eles são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente, perito. Benner (2005), define o enfermeiro perito como aquele que tem uma grande experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. Está focalizado nos aspetos predominantes do problema em detrimento de aspetos menos relevantes e age rapidamente em conformidade com a situação. Estes têm uma grande capacidade de adaptabilidade, pelo que, utilizam e adequam experiências concretas do seu passado profissional em situações idênticas atuais.

Porém, apesar de considerar que estou ao nível de perito na minha prática profissional, senti necessidade de sustentar este percurso formativo, com estágios em Unidades de Cuidados altamente diferenciadas, nomeadamente no serviço de medicina intensiva (SMI) do HNM, no SUC do HSM e na EMIR no SRPC, possibilitou uma sistematização, um aprofundamento e uma fundamentação daquelas que são as competências comuns do Enfermeiro Especialistas, assim como também as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica.

Segundo a OE (2011) os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

- Responsabilidade profissional, ética e moral – inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

- Melhoria contínua da qualidade – o enfermeiro desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colabora em programas de melhoria contínua de qualidade e cria/mantém um ambiente seguro;
- Gestão dos cuidados – o enfermeiro especialista gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

De acordo com a OE (2010), o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, determina que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são:

- Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas.

A OE ao definir as competências comuns e específicas do EEEMC, privilegia os ensinamentos clínicos num processo formativo que pretende ativo e contínuo. São suas premissas, o reconhecimento de que o exercício da ciência de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população. Assim, a excelência do exercício é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na mobilização de conhecimentos. Deste modo, o enfermeiro para desenvolver competências terá necessariamente de mobilizar conhecimentos ou capacidades, face às situações, ganhando ênfase na formação em contexto clínico.

1.1. Acreditação de competências especializadas no contexto do SU no Hospital Nélío Mendonça

O regulamento de Creditação de Formação e experiência Profissional na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJCluny)

Decorre do artigo 14º no Decreto-Lei n.º 36/2014 do D.R. n.º 48, Série I de 2014-03-10 e exigiu os seguintes requisitos: construção de um portefólio das atividades e competências adquiridas no Serviço de Urgência, um currículo europeu e documentos de identificação. O Conselho Científico da ESESJCluny avaliou o processo e acreditou o Estágio Clínico I - Urgência do Ensino Clínico dos cursos Mestrado com a especialidade de enfermagem em médico-cirúrgica (EEMC). No entanto, e tal como referido na introdução deste relatório, é fundamental evidenciar de forma refletida as competências adquiridas ao longo do exercício profissional, à luz dos regulamentos das competências comuns e competências específicas (OE, 2010), em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O enfermeiro de Urgência para Macphail (2001), “é um enfermeiro com especialização em cuidados de urgência obtida por formação académica e experiência clínica.”. No exercício profissional do enfermeiro de urgência é reconhecido a sua experiência acumulada e a capacidade interventiva em todos os momentos em que é solicitado o seu desempenho. A este propósito Maria et al. (2012) descrevem que o enfermeiro de Urgência adquire experiência no cuidar que vai construindo através de:

dimensões éticas, subjetivas, técnicas e institucionais do cuidado, respeitando os valores, sentimentos e limites do ser cuidado e do ser cuidador, concedendo dessa forma à ciência do cuidado, o significado de conjugação de conhecimento, habilidades manuais, intuição, experiência e expressão da sensibilidade (p.300).

O Manual do Serviço (2008) do HNM define a missão do SU com o objetivo de assistir os utentes que a ele recorrem, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade, segurança pela sua pessoa e situação de saúde.

O SU é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz de doentes. Esta unidade recebe doentes dos serviços de internamentos, dos centros de saúde, das instituições privadas, dos domicílios, e dos serviços de urgência periféricos, incluindo a Ilha do Porto Santo. Tem uma população alvo correspondente a 250 mil habitantes.

Esta unidade é constituída por três especialidades: Médica, Cirúrgica e Ortopédica, com presença física durante 24 horas. A modalidade de trabalho pode ser multiprofissional, referente à recomposição de diferentes processos de trabalho fundamentada na interdependência técnica do exercício profissional para a qualidade da intervenção em saúde, ou interdisciplinar, com integração das várias disciplinas e áreas do conhecimento profissional na resolução dos problemas de saúde (Humphris, 2007).

A articulação é vista em termos organizacionais entre os profissionais para melhorar recursos e resultados em saúde, tais como: O Serviço de Imagiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, UTIC, UAVC e estende-se aos restantes serviços de Internamento nomeadamente o serviço de Medicina e cirurgia.

Segundo os últimos dados fornecidos pelo Departamento de Estatística do HNM, em 2016, deram entrada, em média, 252 utentes adultos nas 24h.

Atualmente a equipa de enfermagem integra 74 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe e os cuidados de enfermagem são assegurados por cinco equipas em horário rotativo. Uma das equipas é chefiada por um enfermeiro perito, e outras duas equipas são chefiadas por enfermeiro especialista em Saúde Mental, outra equipa é orientada por um enfermeiro com EEMC, e por fim, uma equipa é da responsabilidade de um enfermeiro com a especialidade de Saúde Comunitária. Em cada uma das equipas existe um enfermeiro com a especialidade de saúde mental e, desde o ano de 2016, integrou-se em cada equipa um enfermeiro com a EEMC, havendo vários enfermeiros com conhecimentos específicos em determinadas áreas, sendo solicitada a sua colaboração pelos colegas e serviço, constituindo uma mais-valia na personalização dos cuidados de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros nos turnos da manhã e de tarde. No turno noturno a equipa é reduzida para 11 enfermeiros. O Chefe de cada equipa distribui os enfermeiros por salas específicas do SU. O método de trabalho usado em cada Posto/ Sala é o de enfermeiro responsável. O Enfermeiro responsável, além dos cuidados aos doentes, tem o papel de repor os meios e assegurar os recursos que permitem a continuidade dos cuidados e a transição para o turno seguinte.

O chefe de equipa assume a responsabilidade pelo planeamento, supervisão e gestão dos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais. Os enfermeiros trabalham por turnos, de manhã e de tarde, por um período de 7h30m. No período noturno, o horário de trabalho é de 10h30m.

No serviço foi considerada a Sala de Emergência, conhecida por “Sala Zero”, estando localizada perto da triagem de adultos e de pediatria com o objetivo receber as emergências pediátricas e emergências adultas o mais rápido possível.

O Chefe de equipa designa, em cada turno, três enfermeiros para a sala de emergência. Cada enfermeiro tem funções específicas de acordo com as diretrizes fixadas. O enfermeiro, que tem a designação de elemento A, é o *Team Líder* dos enfermeiros na sala de emergência e é responsável pela via aérea, o B tem a função de colocação de acesos venosos e colheita de análises, o elemento C colabora com o A e B, sendo responsável pela preparação da terapêutica e administração e faz os registos das intervenções.

O enfermeiro da Triagem ou o enfermeiro do Acolhimento são aqueles que, na maioria dos casos, são responsáveis por interpretar e validar as situações clínicas dos doentes mais urgentes. Estes enfermeiros ativam a sala de emergência através da campainha e mobilizam os profissionais de saúde para esta sala. Esta operacionalização de cuidados dinâmicos e sistematizados enquadram-se nas competências específicas do enfermeiro especialista, em enfermagem, em pessoa em situação crítica (OE, 2011).

Constato que, desde o ano de 2005, a presença do enfermeiro triador e do enfermeiro do acolhimento melhoraram significativamente os cuidados às vítimas que precisam de cuidados especializados em situação crítica. No âmbito geral a atribuição de prioridades aos doentes e às famílias permitiu conhecerem as normas de funcionamento em relação ao tempo de espera e à prioridade de atendimento. Neste sentido, as pessoas interagem com a metodologia e têm a perceção que o processo é feito com rigor e de forma fundamentada. O processo utilizado no SU do HNM é o processo de Triagem Manchester, reconhecido a nível nacional e a nível internacional, como sendo um processo fiável e útil na gestão de prioridades dos doentes.

Um dos espaços fundamentais num SU é a sala de emergência. Nesta sala, os doentes críticos recebem tratamento imediato, segundo os seguintes procedimentos: iniciar a monitorização, estabilizar o doente através de vários meios terapêuticos e uso de materiais e técnicas específicas. Neste processo contínuo, realizam-se vários meios de diagnósticos que ajudam a interpretar a situação clínica e o diagnóstico do doente requerendo uma tomada de decisão rápida, como nos argumenta Maria, Quadros, e Grassi (2012); dizem os autores que no SU “é fundamental que a equipa saiba tomar decisões de forma rápida, promovendo um atendimento sincronizado, exigindo um

contínuo treinamento específico e aperfeiçoamento ao nível técnico-científico da prática” (p.299).

Nas situações de doentes politraumatizados, a equipa multidisciplinar da sala de emergência segue o protocolo do doente politraumatizado segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS) que inclui a abordagem ABCDE e a avaliação secundária.

Esta nomenclatura proporciona um atendimento universal e organizado por prioridades nos cuidados especializados nos doentes críticos e com alguma instabilidade hemodinâmica.

Além de todos os meios e materiais de apoio a estes doentes na prestação de cuidados o uso da mala medicalizada assume uma importância vital. Nesse sentido periodicamente a mala é utilizada para o apoio à prestação de cuidados especializados durante a transferência do doente para serviços de apoio e continuidade de cuidados. Há sempre colaboração e participação na operacionalização do material, repondo-se o material em falta e verificando a validade da medicação e do material. Estas atividades vão ao encontro do que afirma a OE (2011), quando refere que o enfermeiro EEMC é reconhecido por dar respostas às necessidades de cuidados e à segurança das pessoas e famílias em situação crítica. Ele previne as complicações e limita as incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Todo este processo é dinâmico e sequencial tendo em conta os princípios e normas internacionais para o doente que precisa de cuidados emergentes ou urgentes. As decisões terapêuticas e a sua efetivação passam muito pela interação de toda a equipa multidisciplinar destacando o valor de manter a Vida e o respeito pela individualidade de doente para doente.

Por um lado, os doentes que permanecem no SU podem ter alta, após algumas horas e, por outro lado, há doentes que permanecem mais de 24h, devido ao seu estado clínico. E ainda, existem doentes que não têm alta mas precisam de ser internados para dar continuidade a esses cuidados.

No meu exercício profissional e quotidiano desempenho funções em todos os setores e/ou salas do serviço: Gabinete de Triagem, Sala de Emergência, Sala de Acolhimento dos Utentes, Sala de Tratamento, Sala Aberta, Sala de Ortopedia, Sala de Cirurgia, Sala de Pequena-Cirurgia, Sala de Recuperação, Sala de Observação e Sala de Cuidados Especiais. Prestei cuidados a utentes nas mais diversas condições de saúde e em todas as subespecialidades Médicas e Cirúrgicas. Sendo o único Serviço Polivalente

Hospitalar da Região Autónoma da Madeira, tem a responsabilidade de dar cobertura a todos os doentes Urgentes/Emergentes das Especialidades Médicas e Cirúrgicas.

A minha ação diária foi a prestação de cuidados que se enquadram maioritariamente no âmbito dos cuidados qualificados e contínuos, prestados aos utentes com risco ou efetiva falência das funções vitais, procurando corresponder ao preconizado no REPE. No seu artigo 9º, (1994) faz alusão às intervenções dos enfermeiros como autónomas e interdependentes. Refere que o enfermeiro executa técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista a manutenção e recuperação das funções vitais. No mesmo sentido, a OE (2015) refere no artigo 109º, que o enfermeiro procura em todo o ato profissional, a excelência do exercício, adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

A Carta dos Direitos e Deveres do doente encontra-se afixada à entrada do SU e faz referência à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente corretos.

De acordo com a OE (2011), o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, juntamente com o perfil das competências comuns, identifica as competências exigidas e comunica aos cidadãos o que podem esperar. No contexto de trabalho, o enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais através da incorporação de recursos, que permitem a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

Ao longo destes catorze anos de exercício profissional, nas diversas salas que constituem o SU, foram realizadas atividades e simultaneamente, refleti sobre as mesmas, permitindo um melhor desenvolvimento e aprendizagem. A reflexão teve em conta os diferentes domínios das competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, bem como as específicas do enfermeiro em EEMC.

O enfermeiro especialista demonstra ter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades através da certificação das competências clínicas especializadas, que contemplam vários critérios de avaliação e representam vários aspetos de desempenho profissional.

1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Os cuidados de enfermagem devem ser cada vez mais humanizados, respeitando costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico.

No contexto de um SU, onde o carácter urgente e emergente das situações clínicas condiciona muitas vezes o profissional de saúde, cabe ao enfermeiro cuidar da Pessoa em Situação Crítica de uma forma holística, salvaguardando os seus direitos e deveres.

Após o consentimento informado do doente procede-se então ao cuidado. O consentimento para os cuidados de saúde decorre do respeito, da promoção e da autonomia da pessoa, estando ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à escolha pessoal e vontade esclarecida. É de realçar que temos uma população mais informada e que questiona na maioria das vezes, e coloca dúvidas pertinentes sobre o seu estado de saúde, e questiona sobre o tratamento a que irá ser submetido. Segundo a OE (2009) no seu Código Deontológico (2005), no artigo 84, refere que o enfermeiro deve informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e promover o direito da pessoa ao consentimento informado e apela a que essa informação deve conter os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter. E ainda no artigo 85.º refere que o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão e na sua prática deve considerar o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

O SU nem sempre tem os recursos e espaço físico adequado, pois por vezes encontra-se sobrelotado, mas em todos os momentos, procura-se respeitar as crenças espirituais e promover um ambiente em que o doente e família possam analisar e decidir no âmbito de doença-saúde, o melhor caminho para o bem-estar do doente. A OE (2009), no artigo 86.º, relativamente ao seu estatuto, refere que o enfermeiro respeita a intimidade, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa. Nas competências especializadas a OE (2011) o enfermeiro com EEMC, promove o respeito do cliente à privacidade e assume a defesa dos direitos humanos tal como descrito no Código Deontológico.

Sendo o SU o *habitat* onde a maior parte dos doentes carece de cuidados urgentes, o utente é acolhido e o cuidado é humanizado. Sendo esta uma das dimensões na minha abordagem nos cuidados, desde o primeiro contacto que com o doente e

família, nomeadamente na Triage. Somos confrontados com problemas de difícil resolução que exige uma análise criteriosa devido ao motivo de doença, aos receios e aos medos da incerteza em relação à evolução do estado de saúde. Por vezes, observo empatia, respeito e elogios pelo meu trabalho, quando horas depois, encontro os doentes e familiares pelo serviço, estes encontram-se mais calmos e satisfeitos com atendimento e com o seu processo de saúde-doença resolvido.

O doente e família têm direito à informação em todo o seu processo terapêutico independente do contexto em que se encontra, no meu serviço a falta de informação gera ansiedade, tanto no doente como na família sendo mais evidente quando o doente é encaminhado para a sala de emergência. Nestas situações, o papel do enfermeiro EEMC é mais exigente, no sentido de ser capaz de transmitir informação de forma compreensível e adequada tendo em conta as dimensões éticas e deontológicas.

O contacto com a equipa de saúde torna-se indispensável e o enfermeiro é o elemento da equipa que passa mais tempo junto do doente. Apesar das condições físicas e sobrecarga de trabalho, estabelece-se diálogo com o doente e com os familiares.

Ao longo do percurso profissional, identifiquei vários clientes trazidos pela polícia e bombeiros, com agitação psicomotora associadas a alterações de comportamento por consumo de substâncias psicoativas. As atitudes agressivas por parte destes utentes para com os profissionais de saúde, familiares e outros utentes, necessitam de uma atenção especial. Nestes casos, atua-se de forma pedagógica e preventiva a fim de estabelecer as prioridades, em cooperação com outros técnicos. De forma a agilizar o processo de cuidado a estes utentes, assegurando a sua segurança e do ambiente envolvente, a minha experiência profissional sobre o que fazer e como fazer quando estes doentes chegam à triagem /acolhimento vai ao encontro do que refere a OE (2011) ao enunciar que na tomada de decisão o EEEMC deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

Considero que a frequência do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC) permitiu melhorar os meus conhecimentos e refletir sobre a abordagem que deverei ter, como especialista nesta área e no domínio das competências adquiridas. E ainda estar guarnecido dos conhecimentos mais recentes e permitir gerir o equilíbrio delicado da tomada de decisão que implica o

respeito pelas necessidades e características do cliente, e a prática da enfermagem avançada através de um raciocínio clínico e juízo crítico baseada na evidência, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão.

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade

É uma prioridade a existência dos sistemas de qualidade em saúde, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. Os sistemas de qualidade definem os padrões de qualidade de cada uma das profissões. Com a criação da OE, foi definido nos estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade, permitindo assim, a melhoria que se pretende atingir sobre os cuidados de enfermagem e sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Os indicadores de avaliação referentes aos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população, ideia definida pela OE (2007). A informação contida nesses indicadores tem de ser válida e consistente para a tomada de decisão ao nível: do doente, do serviço, da instituição ou da região (Paiva, 2014). Estes medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, decorrente da tomada de decisão autónoma. Assim, através da avaliação desses indicadores será possível: identificar a necessidade de implementar melhorias na prática dos cuidados de enfermagem; validar a qualidade das práticas exercidas e melhorar a representação social dos enfermeiros para a população. Na perspetiva da OE (2002) os enfermeiros têm o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos.

A OE (2009) no estatuto, no artigo 88.º refere que o enfermeiro deve procurar a excelência do seu exercício, fazer uma análise do seu trabalho reconhecer eventuais falhas e mudar atitudes. São vários os projetos do SU que permitem e visam a melhoria contínua da qualidade. Nomeio pela sua importância: os cuidados com as feridas traumáticas, a implementação de diagnósticos de enfermagem segundo o Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o registo e monitorização das úlceras de pressão, a recolha e acondicionamento dos resíduos hospitalares, a higienização das mãos.

Em 2016, tive formação sobre as medidas designadas por feixes que visam a prevenção da infeção urinária por cateter urinário para iniciar em contexto de SO com o *slogan* de STOP Infeção. A sua implementação e monitorização prevê-se que diminua as infeções, havendo maiores ganhos em saúdes reduzindo os dias de internamento e maior racionalização dos recursos.

No projeto das feridas traumáticas o objetivo é ter um cuidado mais eficaz e eficiente, anteriormente, algumas feridas não eram alvo de observação por parte dos enfermeiros. A única observação era realizada pelos cirurgiões. Esta forma de atuação resultava na deterioração dos cuidados a prestar. Estes procedimentos mudaram de acordo com o protocolo disponibilizado pelo SU em que o enfermeiro de Triagem e de acolhimento devem observar, limpar a ferida e protege-la e descrever as suas características. O resultado foi benéfico para o doente. Segundo Santos, J.B. et al (2011), o enfermeiro tem um papel não só de avaliar as feridas como trabalhar em equipa multidisciplinar e sugere o tratamento e educa e motiva o doente ao autocuidado.

Nas úlceras de pressão procede-se ao registo e planeamento dos cuidados com as úlceras. Neste sentido, desenvolvi atividades como os registos, descrevi as suas características, planifiquei as ações de acordo com os cuidados adaptados a cada doente. As úlceras de decúbito são difíceis de cicatrizar, e a prevenção é o melhor tratamento, segundo Doenges et al, (2002). Na perspetiva de Potter e Perry (2006), para prevenir úlceras de pressão é necessário identificar os indivíduos em risco, para que os fatores de risco possam ser minimizados através de intervenções específicas.

Observei que é necessário, cada vez mais, o trabalho/colaboração de equipa para suprimir as necessidades dos doentes, em especial, o crescente número de idosos que apresentam fatores que levam ao surgimento ou agravamento das úlceras de pressão.

Segundo a OE (2008), sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro, de modo autónomo e interdependente, tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. Na Triagem e no Acolhimento, avaliei e registei os sinais vitais e dor. O registo da dor dos doentes alargou-se a todas as Salas.

A formação contínua é uma das ferramentas que permite a melhoria dos cuidados ao doente. A formação em serviço, assume um papel fundamental na

atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem, procurando sempre a excelência dos cuidados. É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.

Ao longo da minha vida profissional realizei formações como o Suporte Imediato de Vida (SIV) e SAV e formações como o uso dos Ventilação não Invasiva VNI, Drenagens torácicas e Vias Verdes as quais tem ajudado na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Ao longo do tempo, fui-me adaptando às novas tecnologias disponibilizadas pelo Serviço Regional de Saúde, Entidade Pública Empresarial (SESARAM) e pelo SU. Iniciei os registos eletrónicos em doentes internados, interligando com a Aplicação Tecnológica existente para os doentes que recorrem à Urgência. Destaco a poupança em papel e a imagem de um serviço inovador e consciente da existência das novas tecnologias.

Os Sistemas de informação em Enfermagem, hoje em dia, alicerçados em códigos de linguagem comum, são um importante requisito de promoção e avaliação da qualidade de cuidados, bem como, adequar cuidados individualizados e usar diagnósticos segundo a linguagem CIPE, e fazer relatórios e cartas de enfermagem visando assegurar a continuidade dos cuidados. De acordo com as indicações do Serviço e da Direção de Enfermagem, foi necessário sistematizar a informação recolhida no processo do doente.

Colaborei como formador e auditor no serviço nas campanhas de Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Realizei formações sobre a recolha e acondicionamento dos resíduos hospitalares e higiene das mãos e iniciei auditorias em colaboração com outra colega, desde 2009.

Como elo de ligação da PPCIRA no SU, realizei uma vez por ano, com a colega e um médico a recolha de dados sobre IACS de todos os doentes internados no SU e na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), com o objetivo de serem tratados/analizados pela PPCIRA.

1.1.3. Gestão dos cuidados

A aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio foram contributos valiosos e instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de

cuidados. O exercício de funções num ambiente complexo, com elevada capacidade de mudança requer atenção e capacidade de decisão.

No domínio da Gestão dos Cuidados, a aquisição de competências tem uma forte influência dos contributos dos chefes de equipa com quem trabalho ao longo da atividade profissional. A experiência profissional é um pilar na gestão dos cuidados, porém as aulas de gestão e supervisão ao longo da MEEMC permitiram refletir e contextualizar teoricamente as minhas práticas, adquirindo competências e adaptando às realidades encontradas.

Na gestão dos cuidados, o foco principal é o garante da segurança e a qualidade dos cuidados OE (2010). Segundo a OE (2011) o enfermeiro especialista além de delegar tem de supervisionar e avaliar. Delegar uma tarefa não é fácil, os cuidados muitas vezes resultam em atividades em colaboração com outros profissionais, a colaboração com os AAM, é essencial para a qualidade dos cuidados, sendo a responsabilidade de supervisionar estes profissionais a cargo dos enfermeiros.

No SU a gestão é um campo de prática muito exigente neste domínio. São muitas as solicitações que podem passar pelos colegas, outros técnicos de saúde, doentes e seus familiares. Pessoalmente, geri conflitos entre colegas, assistentes operacionais e familiares.

Neste percurso de 14 anos, tive algumas oportunidades para liderar a equipa de enfermagem e a equipa dos AAM. Esta responsabilidade e missão foram positivas, percebendo que gerir e liderar exige competência e profissionalismo. Tive de ser proactivo, dinâmico, prudente e promotor de eficiência e eficácia nas medidas adotadas.

A OE (2010) defende que o enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Esta visão de partilha ou de procurar soluções, ajuda a promover medidas de bom funcionamento do serviço e permite que a segurança dos cuidados não seja comprometida como preconiza a OE.

Na ativação da sala Emergência, como Team Líder (elemento A), aplico os conhecimentos teórico e prático na Reanimação Cardiorrespiratório, Intoxicações, Grandes Queimados, Politraumatizados, Edema Agudo do Pulmão, Dispneias

acentuadas, Enfarte Agudo do Miocárdio e AVC, enfim em situação crítica ou muito crítica.

A gestão dos processos de doença de um doente em situação crítica é desafiante, mas ao mesmo tempo consumidor de tempo, requer o uso de processos terapêuticos e protocolos fidedignos. É necessária uma avaliação de cada situação, tendo em conta a especificidade de cada doente, formulando os diagnósticos que irão guiar a minha intervenção, avaliando rapidamente e corretamente os resultados obtidos face aos esperados.

Santos e Miranda (2007) referem-se aos sistemas de saúde, como sistemas sociais complexos, onde é necessário intervir tendo em conta uma diversidade de objetivos, em que se destacam a equidade, a eficiência, a eficácia, a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação dos utentes.

Realço a eficiência e eficácia como o objetivo chave em qualquer processo de gestão. No mundo atual em que vivemos, a saúde, devido aos constrangimentos económicos exige uma eficiência e eficácia na gestão de recursos, cada vez mais escassos, no sentido de garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade aos cidadãos.

1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Todo o caminho percorrido ao longo da minha carreira profissional contribuiu para a pessoa e profissional que sou. A OE (2009) afirma que o enfermeiro, para desenvolver competências neste domínio deve expressar na sua prática clínica especializada, padrões de conhecimento e desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. O saber-saber, saber-fazer, e saber ser/estar estão intrinsecamente ligados à conduta de enfermagem, e só com o aprimorar dos mesmos se consegue cuidados de enfermagem com responsabilidade. O contributo dado pelas aulas na área da formação e supervisão na ESJCluny levou-me a fazer estas reflexões na minha prática clínica.

No decurso dos cuidados, segundo a OE (2010), o enfermeiro desenvolve o auto- conhecimento e assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O autoconhecimento no contexto da prática de cuidados em situação de Urgência e Emergência revelou que nas situações críticas fui capaz de responder de

forma adequada demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevisíveis e complexas no âmbito da área da EEMC.

De modo a poder intervir de forma fundamentada frequentei o “Curso de Pós-graduação em Urgência e Emergência Hospitalar” na Universidade Atlântica, no ano 2008 - reconhecido pelo CCTS. Esta Pós-graduação permitiu aprofundar a formação pessoal, profissional e melhorar o meu percurso formativo. Durante a mesma, realizei um estudo de investigação em grupo sobre as competências gerais do enfermeiro no atendimento ao doente politraumatizado.

A perícia nos diversos procedimentos técnicos é um requisito muito valorizado pelo próprio enfermeiro, determinante para a sua autoconfiança e reconhecimento da sua cabal integração nesta área de cuidados. Na verdade, ter conhecimentos, gostar de aprender constituiu um fator referido como importante para poderem dar resposta global e específica, às diversas exigências dos cuidados numa área que é de situações de risco e polivalente.

Neste contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, dou muita importância ao papel de favorecer a aprendizagem, promovendo um clima de confiança e de aprendizagem das competências neste domínio a todos os enfermeiros. É de realçar a missão de ser tutor em algumas integrações no serviço e colaborar com alunos de enfermagem no processo de aprendizagem.

1.1.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica

Os profissionais de enfermagem, preocupam-se cada vez mais com a qualidade e eficácia da prestação de cuidados e por esta razão torna-se imperativo, que estes examinem, analisem, meditem e aperfeiçoem as suas práticas profissionais, tanto a nível técnico como relacional, contribuindo para a sua satisfação profissional e reconhecimento da importância do seu papel na comunidade científica de saúde. As competências comuns aos enfermeiros especialistas dão visibilidade ao enfermeiro no serviço de Urgência, mas segundo a OE (2010), a visibilidade do enfermeiro especialista será maior se juntarmos as competências específicas do enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

Os cuidados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e reconhece-se que a pessoa em situação crítica tenha que ser submetida a uma avaliação diagnóstica e monitorização constante. O regulamento das competências específicas descreve essas competências em três grandes áreas: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situação de catástrofe ou emergência multivítimas da conceção a ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica.

*Cuidar da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou
falência orgânica*

O primeiro contacto que o doente tem no SU é quase sempre com o enfermeiro, pois este é o primeiro elemento que presta cuidados de saúde diferenciados. É no Acolhimento e na Triagem, que o enfermeiro com a sua autonomia profissional, acolhe e realiza a colheita de dados, avalia e encaminha o doente, de acordo com o fluxograma e o discriminador que identifica a sua prioridade. As prioridades poderão ser: emergente com cor vermelha, muito urgente com cor laranja, urgente com cor amarela, pouco urgente com cor verde, ou não urgente com cor azul (Triagem Manchester- DGS, 2015).

Esta competência adquirida da metodologia de triagem de Manchester resulta de conceitos teóricos e práticos que passam por conhecer e interpretar os sinais e sintomas que o doente apresenta e interligar a história de cada doente, valorizando a sua história atual e os seus antecedentes clínicos. A triagem implica haver a avaliação completa do utente e a exclusão do seu enquadramento nas Vias Verdes em vigor na instituição (Via Verde do AVC, Via Verde da Sepsis; Via Verde Coronária; Via Verde do Trauma) definido pelo artigo 13º do despacho n.º 10319/2014, bem como, a ativação da Sala de Emergência sempre que se justifique. Nas diversas salas da Urgência, podemos traduzir estas competências específicas preconizadas pelo regulamento da Ordem em cuidados.

Neste processo de decisão de prioridades, valorizo a informação que é dada pelos acompanhantes ou profissionais de saúde e bombeiros que acompanham o doente. No REPE (1998) no seu artigo 5.º os cuidados de enfermagem são caracterizados por uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade.

No SU, diariamente encontramos pessoas que dão entrada com situações de uma ou mais funções em falência orgânica.

A implementação de medidas terapêuticas à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, requer uma avaliação rápida e objetiva das lesões, e a instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida.

Os cuidados de enfermagem em ambiente de urgência exigem do enfermeiro uma resposta rápida e sistematizada segundo protocolos mundialmente validados pela evidência científica. Os cuidados de enfermagem neste contexto exige um planeamento organizado para identificar rapidamente foco de instabilidade na aplicação do processo de enfermagem, como nos refere Oliveira et al (2014) os serviços de emergência têm como missão assistir imediatamente em risco iminente de vida.

A afluência à SU pelo doente nem sempre é comunicada ou planeada como acontece com os doentes que são encaminhados pelo Pré-hospitalar. Nas situações inesperadas ou não planeadas, pessoalmente e juntamente com os meus colegas estamos preparados e identificámos prontamente focos de instabilidade, e agimos de acordo com a nossa autonomia, e trabalhamos em equipa em tempo útil e em forma holística.

De acordo com a OE (2011), o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica descreve que o enfermeiro especialista presta cuidados, em que antecipa a instabilidade e o risco de falência orgânica. A ação do enfermeiro vai desde a mobilização de saberes e conhecimentos em suporte avançado de vida até à gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Segundo Meleis (2010), “um processo de passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro durante o qual as mudanças no estado de saúde, as relações de papéis, expectativas, capacidades criam um período de vulnerabilidades” (p. 154). Nesse sentido, existem cuidados e mecanismos que ajudem o doente e família a aceitarem o novo contexto de saúde. O paradigma das transições, valoriza o cuidado transicional num duplo movimento, em que os processos de transição geram alterações de saúde/doença. Estas alterações levam a novos processos de transição. Com o intuito de facilitar o processo de adaptação da pessoa em situação crítica, dependente de meios humanos e técnicos, os profissionais de saúde ajudam a adaptar-se a esta nova realidade. A capacidade imaginativa e criativa dos profissionais de saúde é importante para esta nova realidade.

Na teoria das transições de Meleis (2000), o enfermeiro vai “entrar” no mundo da pessoa em situação crítica, identificar a condição da mesma, as suas necessidades a

nível da comunicação e combinar estratégias de comunicação que promovam a sua adaptação ao estado de doença, otimizando a relação terapêutica e, deste modo, minimizar os efeitos negativos que possam advir do estado de transição saúde/doença.

Na realidade diária, confirmo este contexto e verifico que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais oportunidades têm para estabelecer relação de ajuda e comunicar com os doentes, o que por si só, fundamenta a necessidade de uma comunicação eficaz, na prática de cuidados a estabelecer com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Neste sentido a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, tem um papel fundamental no processo terapêutico perante a pessoa/família em situação crítica.

No mesmo sentido a OE (2010) defende que o enfermeiro especialista demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação” e adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica segundo.

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011), a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica é um elemento importante para o padrão de satisfação do cliente.

No desenvolvimento das competências específicas, quando me encontro a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica /ou falência orgânica, dou ênfase ao planeamento e à preparação do doente. Preparo o doente física e psicologicamente, informo-o e acompanho-o nas saídas do serviço para realização de exames complementares de diagnóstico, Bloco Operatório, hemodinâmica. A preparação do doente e o encaminhamento do processo clínico para outros serviços, além de ser uma das competências do enfermeiro, obriga/exige uma visão mais alargada ao decidir que meio de transporte e recursos ajudarão na continuidade dos cuidados de forma segura até à chegada do serviço recetor.

De acordo com o estado clínico do doente muitas vezes o enfermeiro acompanha o doente e o assistente operacional. Este acompanhamento permite informar os colegas do internamento dos dados pessoais do doente da sua situação clínica enfatizando o plano terapêutico de acordo com a realidade clínica do doente. A avaliação inicial e contínua e

o motivo da transferência e recomendações permitem que a qualidade dos cuidados e a sua continuidade seja mantida. Após a estabilização do doente o acompanhamento do doente crítico é um desafio para os enfermeiros

No acompanhamento do doente crítico, parece-me importante refletir que sendo determinante para a qualidade do transporte a eficiência e o treino da equipa que o efetua, e sendo recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) que as equipas de transporte possuam treino específico e experiência regular, possuindo no mínimo suporte básico de vida e desejavelmente suporte avançado de trauma. Fazer equacionar problemas e dar - lhes um caminho seguro atuando de forma técnica e científica. No meu caso, após a estabilização do doente crítico o enfermeiro acompanha a transferência, garantindo a continuidade dos cuidados. Isto implica a capacidade de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, de executar ações adequadas e de monitorizar e avaliar continuamente a evolução clínica do doente despistando precocemente eventuais agravamentos.

O transporte em segurança do doente crítico é um tema que preocupa a maioria dos enfermeiros do SU e é foco de discussões frequentes, este transporte no serviço tem sido assegurado no seu dia-a-dias por enfermeiros especialistas em enfermagem médica -cirúrgica (EMC) e por enfermeiros peritos por possuírem habilidades e pensamento crítico para tomar decisões clínicas rápidas e apropriadas em situações de crise e são reconhecidos na equipa o seu papel na prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico em qualquer ambiente que exerçam as suas competências.

Toda a minha atividade tem uma caracterização de cuidados individualizados e a sua avaliação é registado em notas evolutivas. Os cuidados de enfermagem prestados por mim tiveram como objetivo, obter um conhecimento profundo e contínuo do estado do doente, de modo a prevenir e a intervir o mais precoce possível evitando as complicações, de modo a assegurar uma atuação eficiente e em tempo útil para o doente, tendo em vista a sua recuperação. Este cuidado holístico define-se desde habilidades em suporte avançado de vida, gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos, gerir medidas farmacológicas e não farmacológicas à dor, gerir ansiedades, demonstrar conhecimentos da dignificação da morte e dos processos de luto, gerir a comunicação e procurar fazer uso de uma linguagem simples adaptada ao familiar e á

situação, estabelecendo um clima de confiança e relação terapêutica com doente e família.

*Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas: da
conceção à ação.*

As experiências prévias em situações multivítimas e pelo perigo eminente que ainda existe na Ilha da Madeira, como demonstrou no nosso passado, torna este HNM e o seu SU numa referência para os profissionais de saúde, que pretendem desenvolver competências na área de trauma e catástrofe.

Como exemplo, o INEM (2011), refere que as situações de exceção mais frequentes, em Portugal, são os acidentes multivítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, intoxicações e alguns fenómenos naturais (aluviões, cheias/inundações, ondas de calor e vagas de frio). Estes exemplos do território nacional aplicam-se de igual forma na Ilha da Madeira, com as diferenças relativas à orografia da ilha, e o facto de estarmos rodeados por mar e termos habitantes em duas ilhas, dificultando o trabalho dos meios de socorro que são aplicados, pois nem sempre são idênticos ao do território continental.

O enfermeiro, hoje, tem competências acrescidas nas crises e catástrofes e no seu Código Deontológico a OE (2009) no artigo 79.º confirma que o enfermeiro tem o dever deontológico de ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência.

O Manual do Serviço de Urgência do SESARAM (2008) incluiu um subcapítulo que aborda todos os aspetos sobre catástrofes e demonstra o plano que pode ser ativado na situação de multivítimas.

O HNM é o vértice da assistência médica e o primeiro local de socorro ou refúgio de acidentes ou catástrofes. Este plano de catástrofe tem um conjunto de normas e regras de procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na R.A.M., conduzindo a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência do HNM. Tem como principal objetivo: Definir os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um fluxo maciço de vítimas.

O Plano de Catástrofe Externa é ativado por níveis e conforme o número de feridos envolvidos: nível 1 (10 a 30 feridos), nível 2 (31 a 60 feridos) e nível 3: (*mais de*

61 feridos). Como triador tenho conhecimento e já apliquei os dois fluxogramas que devem ser usados na triagem em situação de catástrofe. Na sala de Emergência existe uma folha de registo para cada doente para registar a evolução da situação observando se se mantem o mesmo grau de prioridade desde a sua chegada.

Na competência específica em lidar com situações de multivítimas e catástrofes realizei, em 2010, o curso conhecido como: MRMI (Medical Response to Major Incidentes). São estas formações e outras tais como: participação em simulacros de multivítimas no serviço, onde fui escolhido para participar com *Team Líder*, numa das três bancas que oferece a sala de Emergência.

Em fevereiro de 2015, a ESESJCluny solicitou ao SU a participação num Seminário de Catástrofe. Por ter formação, competência e desempenhar funções nesta área, fui escolhido pelo chefe de enfermagem para fazer parte dos oradores do Seminário com o objetivo de apresentar o Plano de Catástrofe.

Nos incêndios do Verão passado, colaborei na criação de uma morgue improvisada. Tive a oportunidade de colaborar na evacuação os doentes que estavam na Sala Aberta para outros serviços. A experiência adquirida, desde há muitos anos, revela que desenvolvi competências específicas no doente em situação crítica de maneira a preparar o serviço para a chegada das vítimas da catástrofe. Porém, apesar da experiência e do sentimento de competência para lidar com estas situações, a vivência das mesmas não se faz sem sentimentos de alguma impotência, consternação e mesmo receio relacionado com o possível envolvimento de familiares e amigos.

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

A infeção como consequência da prestação de cuidados constitui um problema sério no contexto da qualidade dos cuidados, sendo uma prioridade adquirir e desenvolver competências que levam à prevenção e ao controlo da infeção.

Do meu ponto de vista, há que se envolver nos projetos do SU, estar atento aos desafios e mais do que tudo, entender qual a missão do serviço para a população que a ele recorre, na certeza que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade por quem executa. Identifico-me com o SU e procuro transmitir como auditor e formador da PPCIRA todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos aos novos

colegas que foram integrados na atividade profissional do SU e ainda motivá-los para os projetos do SU nomeadamente na prevenção e controlo da infeção através das precauções básicas da higiene das mãos. A prestação de **cuidados de qualidade** é uma preocupação contínua no exercício profissional, como nos refere Oliveira et al (2014), focalizando o doente crítico a necessidade de um cuidar especializado e competente, atendendo à complexidade de recursos disponíveis e à dinâmica e funcionamento dos serviços de urgência. A sobrelotação de acolhimento e de observação contínua no SU pode estar associada, segundo os autores supra citados, a uma maior mortalidade, a um aumento do tempo de espera, e nesse sentido, potenciar o agravamento da situação clínica da pessoa e contribuir para maiores gastos em saúde. Nesta linha de pensamento, a sobrelotação limita os princípios básicos como privacidade, os circuitos de materiais e a adoção de medidas de segurança, potenciando assim a contaminação cruzada. A experiência empírica desenvolvida no serviço de urgência em consonância com a evidência científica, permitiu-me agilizar e potenciar os recursos existentes no sentido de minimizar o impacto negativo da falta de condições estruturais para a prestação de cuidados de qualidade, gerindo os recursos existentes, e mantendo os princípios básicos da higiene hospitalar para a prevenção da infeção.

Considerando que o enfermeiro de ontem, é diferente do de hoje, e que o de amanhã será diferente do de hoje, ao longo dos 14 anos de experiência profissional fui adaptando-me aos meios e recursos existentes no serviço com enfoque nas diretrizes que norteiam a sua funcionalidade diária, a minha atividade profissional teve em conta os aspetos autónomos e interdependente neste processo de doença-saúde, de modo a garantir uma prática e um ambiente seguro de cuidados.

A auto-aprendizagem, a formação contínua e a aquisição das competências comuns e especializadas têm em conta os padrões de qualidade definidos pela OE. Neste percurso o agir está a transformar-se e adaptar-se a novos conceitos profissionais sem perder a missão definida pelo SU.

Demonstro no meu exercício profissional uma prática de cuidados seguros, em que organizo os cuidados a prestar tendo em conta a satisfação dos doentes e pessoas significativas. Este cuidado é estendido a todos os que precisam de cuidados emergentes, urgentes, ou pouco urgentes. A finalidade é a procura da excelência do exercício profissional.

Esta atuação estende-se também ao acompanhamento de doentes que necessitam de exames de diagnóstico fora do HNM. O enfermeiro perito/EMC tem em conta os cuidados preventivos munindo-se de meios terapêuticos que ajudarão a um transporte seguro. No caso de atuar nas situações de caráter urgente ou emergente, o enfermeiro na maioria das vezes é o profissional de saúde que lidera por ser o mais diferenciado e tem conhecimentos teórico práticos em SAV.

No SU permanece-se vigilante a todas as situações de Urgência, em especial os cuidados especializados sempre que é ativado as vias verdes do Trauma, do AVC, da Sépsis, ou da Cardíaca. O envolvimento nas situações das catástrofes por conhecer o plano de catástrofe preconizado pelo serviço permite atuar com priorização nos cuidados de enfermagem nas situações de multivítimas.

1.2. No contexto dos cuidados intensivos do Hospital Nélio Mendonça

O estágio II contemplou um total de 250 horas cuja prática foi realizada de 15 de junho a 8 de julho, sendo um total de 130 horas de contato e 10 horas sob orientação tutorial.

Esta Unidade Curricular define como objetivo geral: prestar cuidados de enfermagem ao cliente em estado crítico, em situações de maior complexidade e à sua família; desenvolver e adquirir conhecimentos e competências para a prática como enfermeiro especialista na área de Médico-Cirúrgica, com especial relevância para o trauma no doente adulto e idoso.

A minha área de preferência neste contexto clínico centrou-se nos cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado em cuidados intensivos.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) localiza-se no Andar Técnico e no 1º andar Poente (Sala 10) (conhecida por “Ucipezinha” devido à sua dimensão). A lotação total é de 11 camas. Este aumento resultou de o número crescente de doentes que necessitam de cuidados especializados em medicina intensiva.

O SMI tem um quadro próprio de pessoal médico e pessoal de enfermagem e assistentes sociais. Os médicos têm a subespecialidade em Medicina Intensiva e trabalham em regime de exclusividade. Além do horário normal de trabalho, existem dois médicos permanentes em regime de presença física.

A equipa de enfermagem é constituída por 51 enfermeiros/as e trabalha por turnos. Na gestão da Unidade no que aos enfermeiros refere: o Enfermeiro-Chefe é apoiado por um elemento que o substitui na sua ausência. Ambos têm formação em EEMC e pós-graduação em gestão hospitalar e ainda são apoiados pelos cinco chefes de equipa que trabalham no SMI. No geral, 16 enfermeiros têm a especialidade em Médico-cirúrgica, cinco a especialidade em reabilitação, um enfermeiro em saúde mental, um enfermeiro em saúde comunitária. Os enfermeiros com a EEMC são, na sua maioria, chefes de equipa e segundos elementos da equipa.

De acordo com a consulta do *site* do Serviço De Saúde Da Região Autónoma Da Madeira (SESARAM) podemos encontrar neste portal informações específicas sobre o SMI e descreve como uma Unidade de nível III (segundo despacho n. 4320/2013). O SMI tem por missão melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência, da promoção de investigação básica e clínica e da formação de futuros médicos e enfermeiros.

A Medicina Intensiva tem como objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de forma a criar condições para cuidar da pessoa em situação crítica e proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade.

Para a concretização deste estágio, realizei um projeto de atividades que contemplou os meus objetivos e atividades planeadas, o que facilitou a narração da experiência através da exposição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas, da descrição das experiências vividas, e tendo em conta as soluções propostas e as dificuldades sentidas e no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC no contexto de Medicina Intensiva. Neste processo de aquisição de competências, realizei um estudo caso a um doente com AVC Hemorrágico e Pneumonia de Aspiração; realço que embora o meu foco de aprendizagem fosse o doente politraumatizado muito do realizado em termos de aprendizagem como as pesquisas bibliográficas do doente neurocrítico foi ao encontro à abordagem ao doente politraumatizado. Foram prestados cuidados para prevenir a hemorragia secundária e conter a hemorragia cerebral ativa. Pela parte da Neurocirurgia a indicação cirúrgica foi descartada e justificada com o estado neurológico do doente e exames de diagnóstico como o TAC com contraste. Foi possível adquirir conhecimentos nos conceitos de fisiopatologia no AVC e Pneumonia de Aspiração. Apliquei o processo de enfermagem segundo o modelo da CIPE. Após a finalização do estágio apresentei e discuti o caso

fundamentado a este doente em sala com colegas e enfermeira docente deste estágio. Este processo fundamentado foi útil porque ajudou a sistematizar o processo de recolha de informação do doente tendo como objetivo identificar os problemas ajudando a planificar e monitorizar as intervenções de enfermagem realizadas no contexto clínico.

Neste estágio após a análise crítica descrevi duas reflexões que elucidaram os vários momentos da prática deste estágio, caracterizado por uma avaliação reflexiva dos aspetos positivos e menos positivos, deste estágio.

De acordo com os objetivos pessoais em consonância com os objetivos da escola para este estágio, houve uma profunda reflexão de como processar o desenvolvimento de competências. Deste caminho fizeram parte os diálogos permanentes com o enfermeiro tutor de EEEMC. Na primeira fase deu-me a conhecer o Serviço na sua estrutura e organização, mas também forneceu em suporte digital vários documentos que continham normas, procedimentos que norteavam e ajudavam ao bom desempenho, enquanto aluno de especialidade em Médica Cirúrgica.

A aquisição das competências globais (comuns e específicas) do EEEMC vai ao encontro do documento existente para quem vai realizar o estágio neste serviço, trata-se de um guia elaborado pelo enfermeiro chefe onde orienta o percurso da prática clínica efetuado pelo aluno da especialidade e que deverá responder às questões levantadas no documento.

1.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.

A experiência adquirida nos contextos de cuidados realizados e em situação crítica, com a individualidade, autonomia e o direito ao consentimento informado de cada doente, permite uma conduta baseada em princípios éticos e legais.

O processo de aprendizagem resultou do conhecimento prévio do REPE e dos regulamentos das competências da Ordem e incluindo os conhecimentos teóricos e práticos acerca dos problemas éticos dado nas aulas de Ética. Na reflexão em aula, abordámos alguns casos práticos de doentes internados em Cuidados Intensivos, onde aplicámos o modelo DECIDE, como aquele que ajudava a dar respostas aos problemas éticos.

Brooker e Waugh (2012) realçam que os enfermeiros cuidam das pessoas, ao longo do seu ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida. Este cuidar deve ser assumido como um ideal moral que visa proteger, aumentar e

preservar a dignidade humana. Como tal, os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações que apelam à tomada de decisão ética na medida em que constituem problemas éticos. Os problemas éticos normalmente conduzem à reflexão na e sobre a prática.

Neste domínio, de acordo com a OE (2011), os enfermeiros suportam a decisão em princípios, valores e normas deontológicos. Estas situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. O Código Deontológico é uma ferramenta importante para que os enfermeiros, no seu exercício, prestem cuidados de excelência e respeitem os direitos do doente e seus familiares. Atualmente exige-se ao enfermeiro que além de “respeitar e promover a normativa moral do seu código deontológico, desenvolva um espírito de reflexão ética que, face a uma situação inédita, lhe permita agir sempre no respeito pela humanidade do outro” Patrão Neves (2004, p. 41).

O Modelo DECIDE corresponde a um dos modelos que poderá ser aplicado em situações de crise, através de questões estruturadas, por forma a assistir na resolução desses mesmos problemas como nos refere Brooker e Waugh (2012) citando por Thompson et al (2006). Este modelo de tomada de decisão implica seis passos: o primeiro consiste na definição do problema e identificação da questão ética relevante, seguidamente identificar os princípios éticos em causa e avaliar as opções, investigar as possíveis opções e possíveis resultados das mesmas avaliando possíveis custos e benefícios. Após a decisão da opção mais adequada, a mesma deverá ser implementada havendo, por último, a avaliação da implementação dessa opção.

O estágio proporciona muitas experiências, mas para aquisição de competências neste domínio, o exemplo marcante foram os cuidados prestados ao doente que fez parte do meu estudo caso. Foi um doente com 78 anos com antecedentes de AVC e DPOC sem sequelas, foi internado com AVC Hemorrágico e Pneumonia Associada. O doente de Nacionalidade Inglesa, de origem católica, casado, com dois filhos, estava de férias na Ilha da Madeira com a esposa e filho, nora e netos. Encontrava-se com suporte ventilatório e com suporte de aminas com analgesia e sedação, com medidas terapêuticas de controlo de estabilização da PIC, com CVC para terapêutica, com sonda oro gástrica com alimentação entérica, linha arterial e algaliado.

Após alguns dias de internamento, foi realizado uma TAC CE com contraste. Foi confirmado que a Hemorragia Cerebral, com agravamento da lesão em relação ao resultado da TAC anterior, com várias alterações significativas nas diversas atividades

de vida. Desta forma a equipa multidisciplinar no planeamento das suas intervenções informou ativamente a família sobre o estado de saúde do doente, assim como o seu prognóstico reservado, e a implementação de cuidados de saúde paliativos. Esta decisão vai ao encontro do que é preconizado no REPE, decreto-lei 161/96 (2012), quando refere que o enfermeiro deve agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção das funções vitais.

No mesmo sentido, o Código Deontológico divulgado pela OE (2009) no artigo 82 c) enuncia que o enfermeiro deve participar nos esforços profissionais, para valorizar a vida e a qualidade de vida. Tal direito também está expresso na Carta dos Direitos do Doente internado, como nos documenta a DGS (2011) no ponto 1 em que se preconiza que o doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana e no artigo 25º do Direito à Integridade Pessoal da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República, 2005). Quando o doente carece de capacidade para prestar o seu consentimento, a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Conselho da Europa, 1999) preconiza, no artigo 6º, que apenas poderão ser efetuados cuidados tendo em vista o seu benefício direto (princípio ético da beneficência).

Segundo a OE (2011) o enfermeiro promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico na equipa de enfermagem onde está inserido. Surge a necessidade de focar o conceito de profissional como sendo, segundo Amante, et al. (2006, p.5) “...aquele que sabe mobilizar a sua subjetividade e a sua identidade profissional na vida profissional, obedecendo a uma ética e a regras deontológicas e atingindo um nível de excelência por possuir um corpus de saberes e um saber fazer reconhecido e valorizado”.

No Código Deontológico no artigo 88.º sobre a excelência do exercício, O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. O uso da comunicação assertiva, de escuta aos seus sentimentos e estabelecendo relação de ajuda. Amenizei os sentimentos de perda e a dificuldade de aceitar a morte num país diferente, resultado da escolha de realizarem férias. Esta situação trazia à família algum constrangimento, pois não esperavam este desfecho, e também pelo facto de o outro filho se encontrar na Inglaterra. Foi possível alargar os períodos de horas de visita, e contactámos também o Consulado de Inglaterra para dar apoio e ajudar na logística após sua morte. Esta situação foi analisada e tomada a

decisão de estabelecer um protocolo terapêutico ao nível paliativo, após escuta ativa a família, evidenciado experiência e resolução nos problemas de acordo com a OE (2011).

Estas experiências éticas têm um papel revelante no dia-a-dia na Unidade dos Cuidados Intensivos (UCI). Na reflexão pessoal e em conjunto com o enfermeiro tutor apercebi-me do papel que temos neste campo da ética em que nos coloca à prova todos os conhecimentos que adquirimos. Nada faz sentido se não integrarmos os cuidados de forma holística. No ponto 3 da Carta dos Direitos do Doente Internado, Direção-Geral da Saúde (2011), todo o doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos. A família e restante equipa multidisciplinar deverão participar nas decisões.

Segundo Nunes (2004) a função da ética em enfermagem, é conduzir a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, tendo em conta que as decisões de enfermagem influenciam significativamente a vida das pessoas.

Os enfermeiros podem cuidar bem ou mal dos seus doentes, dependendo das suas competências e dos seus valores. A finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar do ser humano e segundo o mesmo autor assenta numa conceção de moral básica e os conhecimentos, capacidades e competências que se desenvolvem dirigem-se para responder a esta finalidade.

As competências vão sendo desenvolvidas pelos enfermeiros em busca da excelência dos cuidados, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE. De acordo com Soares e Dal`Agnol (2011), os cuidados de enfermagem baseiam-se em características solidárias, proteger a saúde e o bem-estar dos utentes envolvidos, que se traduzem pela dignidade, respeito pela diversidade e direitos humanos a todos os níveis. Devem-se considerar a integridade, a individualidade e a força interior como essenciais para uma inter-relação entre todos os elementos que fazem parte do processo do cuidar.

Os problemas éticos diários que os profissionais de saúde enfrentam no seu exercício profissional são aqueles que muitas vezes estão presentes na sua prática que são as situações de PCR. O dilema existe muitas vezes. Reanimar ou não Reanimar, será viável de acordo com a sua história clínica atual?

Segundo a OE (2015) o rápido desenvolvimento das novas tecnologias e realização de exames mais modernos e terapêuticas sem o consentimento prévio do doente e família deu origem a situações inéditas de decisão ética e moral que levam a que se afirme que “nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente aceitável”. Foram estes avanços que determinaram a emergência da bioética. Cabe aos enfermeiros o exercício profissional de acordo com o seu Código Deontológico, sendo o seu garante e defesa e promoção de cuidados de excelência. E aos enfermeiros com a EEMC, além do Código Deontológico, inseridos no estatuto da Ordem, devem ter em conta as competências comuns nos cuidados à pessoa crítica especificamente no domínio da ética, também defendidas pela Ordem.

Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem a pessoas únicas com valores culturais crenças pessoais. Cada cultura tem conceitos próprios e práticas específicas que o enfermeiro deve estar atento de forma a prestar cuidados culturalmente diversos.

1.2.2. Melhoria contínua da qualidade

No que concerne à Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro assume um papel determinante, visto que rege a sua atuação com base num compromisso fundamentado em benefício da pessoa ou comunidade. Esta atuação traduz-se numa intervenção consciente e estruturada na procura contínua da qualidade e na promoção da segurança da pessoa alvo de cuidados, visando a excelência do exercício. A qualidade em saúde apresenta-se como tarefa multiprofissional, tornando-se clara a importância dos enfermeiros, verem definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

O enfermeiro de cuidados intensivos têm atividades complexas na prestação de cuidados e na gestão, que exigem competência técnica e científica, em que tomada de decisões e práticas seguras fazem a diferença entre a vida e a morte das pessoas (Camelo, 2012). Por outro lado, o enfermeiro encara outro desafio: o de integrar a tecnologia ao cuidado, ou seja, harmonizar o aspeto humano com o ambiente tecnológico dominante.

As competências necessárias para cuidar da pessoa em situação crítica, numa unidade de Cuidados Intensivos constituem, de acordo com a OE (2011) competências clínicas especializadas que englobam o cuidar da pessoa com processos complexos de

doença crítica e/ou falência orgânica e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção face ao doente crítico.

O conhecimento adquirido em contexto no serviço de Urgência e durante as aulas em Cuidados Intensivos durante a especialidade foram essenciais para a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC. Na primeira abordagem com as unidades dos doentes, verifiquei que, quase na totalidade, todos eles necessitavam de Ventilação Mecânica para manter a permeabilidade da via aérea, reduzir risco de aspiração e manter as trocas gasosas efetivas.

Na aquisição de conhecimentos e no demonstrar cuidados de acordo com o planeado para cada doente, tive de fazer pesquisas e conhecer as normas e protocolos e condutas próprias do serviço. Esta adaptação foi conseguida com a ajuda do enfermeiro tutor e restante equipa. Segundo a OE (2010) na aquisição de competências comuns, a nível do domínio da melhoria dos cuidados, o enfermeiro acede à evidência científica e às normas necessárias, identifica-as, prioriza, seleciona e aplica-as, sempre com o objetivo de serem avaliadas. Um dos exemplos foi escrever uma síntese do turno - (Atividades desenvolvidas, temas abordados, questões levantadas etc.) Esta autoformação e reflexão com o enfermeiro tutor permitiu incorporar conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

A perceção da dinâmica e metodologia de prestação de cuidados, com consulta e observação participativa de protocolos, normas, manuais e folhas de registo, em uso no serviço, e a identificação dos recursos do serviço serviram para mobilizar estes conhecimentos tendo em vista a melhoria dos cuidados de enfermagem de médico-cirúrgica. Os protocolos relacionados a aspetos específicos da prestação de cuidados, nesta área do doente crítico, relacionando com a gestão, preparação e administração de terapêutica, com a execução de técnicas relativas ao suporte ventilatório instituído, à preparação do doente para desconectar do ventilador, designado “desmame”, às vias de administração de solutos e de monitorização de natureza invasiva. Por último, há normas direcionadas especificamente para a melhoria da qualidade, para melhorar a gestão de recursos, de comunicação e formação dos profissionais assim como da segurança das instalações e pessoas.

Alguns dos protocolos que geri ajudaram-me a monitorizar, avaliar e implementar respostas apropriadas. Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos só é

possível, segundo Fulbrook (2003), se adotarmos normas ou protocolos de atuação, com referência a guidelines adotadas internacionalmente e devem ser cumpridas escrupulosamente.

Estes procedimentos ajudaram-me a organizar e a priorizar os cuidados. Foram diversas atividades que realizei respeitando a dinâmica e planeamento das atividades individualizadas em cada doente. Avaliação dos parâmetros da ventilação, avaliação hemodinâmica, avaliação do estado de consciência, avaliação da dor, da escala de braden e avaliação dos dados de gasometria e avaliação de drogas terapêuticas (aminas, de sedação, de analgesia, antibióticos, insulina e outras), onde existem protocolos que permitem adaptar a sua administração de acordo com vários parâmetros específicos.

Toda esta informação foi registada e avaliada sempre no sentido de adequar as respostas aos problemas identificados. Esta prática teve como objetivo criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. De acordo com a OE (2010) o enfermeiro com EEMC tem de desenvolver os sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência do erro humano. Este ambiente seguro também foi possível por envolver a equipa e assistentes operacionais permitindo reposição de material e equipamentos no serviço e na unidade do doente, com o objetivo de haver recursos adequados e gerindo os riscos.

O REPE (1996, p.21) identifica claramente o foco de atuação de enfermagem, e importa aqui salientar um dos seus primordiais artigos, artigo 4º, nº 1 - “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. O REPE é um instrumento muito valioso para os enfermeiros na regulação e indica as formas de atuação em fazer por, orientar, ajudar, encaminhar, supervisionar e avaliar resultados.

No SMI os enfermeiros são profissionais dedicados, versáteis e assertivos e conhecedores das várias temáticas da Enfermagem Intensiva. Durante o seu turno estão constantemente a colher dados, a monitorizar, a planear e a avaliar os seus cuidados altamente especializados, e participam com a equipa médica nas decisões terapêuticas. OE (2001, p.5) diz que “Qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local (...). Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém

apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem este pode ser negligenciado, ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde”.

A prática clínica especializada advém de sólidos e válidos padrões de conhecimento, onde o enfermeiro identifica lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes na investigação para equipa e ao mesmo tempo evidencia cuidados seguros e competentes.

A dor é um parâmetro muito usado na avaliação dos doentes internados em Cuidados Intensivos. O enfermeiro e os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar do cliente. Perante o confronto com a dor, os doentes não sentem o mesmo, não reagem da mesma maneira e não verbalizam da mesma maneira. É uma percepção com características específicas, aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE, 2005). A prevenção e controlo da dor são fatores positivos e só o uso de escalas podem avaliar a dor. Na minha prática em doente ventilados usei a escala Behavioral Pain Scale (BPS) desenvolvida por Payen (2001).

O enfermeiro quando presta cuidados de enfermagem ao cliente com dor tem por base a promoção do bem-estar. Deve avaliar com recurso a escalas adequadas e utilizando preferencialmente, e sempre que possível, a autoavaliação, deve diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias de forma a minimizar ou abolir esta experiência, avaliando os resultados e atendendo assim ao seu dever como enfermeiro. Depois de se realizar a avaliação da dor, escolhe-se o tipo de intervenção a desenvolver. A escolha passa por intervenções farmacológicas, envolve o uso de fármacos como os anti-inflamatórios, analgésicos e anestésicos ou a escolha pode passar por intervenções não farmacológicas (cuidados de Higiene e conforto, massagem e posicionamentos adequados à sua patologia respeitando os cuidados planeados) segundo a OE (2008).

A avaliação da dor em cuidados intensivos é um desafio de atingir para o enfermeiro, mesmo os clientes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor porque estão ventilados, adotando-se outros meios de comunicação. Os clientes sedados fornecem dados de outra forma através da alteração dos sinais vitais, como tensão

arterial elevada, taquicardia, polipneia, dilatação da pupila, outros apresentam expressão facial de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo.

Tive várias experiências em que pude usar medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e dei sempre atenção a este fator que em notas evolutivas, como no planeamento dos cuidados de enfermagem, tive em atenção o foco da dor segundo a CIPE. E demonstrei nas passagens de turno conhecimentos fisiológicos da dor nos meus doentes e avaliação de acordo com a escala de BPS e a reação do doente às medidas planeadas e implementadas.

A comunicação é um instrumento essencial na enfermagem, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção. Saraiva e Martinho (2011) defendem a comunicação como uma componente a valorizar cada vez mais na prática de enfermagem, e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Nesta perspetiva aprofundi as competências em comunicação de más notícias, nomeadamente o óbito e o encaminhamento dos familiares nessa fase difícil com fragilidades e angústias.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), comunicação é o “Comportamento interativo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (ICNP, 2011, p. 45). As dificuldades existem em doentes que estão sedados e com ventilação assistida, mas o enfermeiro tem várias técnicas desde o toque e pode usar na sua abordagem a linguagem verbal chamando o seu nome e explicar o que vai fazer.

De acordo com a OE (2011) o enfermeiro demonstra conhecimentos e adapta à condição em que se encontra o doente. Verifiquei que os enfermeiros com a EEMC adaptavam a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Estas competências foram adquiridas, usando também estratégias de comunicação. Nos doentes traqueostomizados e sem sedação, que estavam conscientes e com controlo motor das suas mãos, forneci papel e lápis para promoção da comunicação.

Esta situação teve sempre em conta um desempenho em equipa respeitando a autonomia de outros profissionais. Geri a comunicação, promovendo a comunicação verbal e não-verbal, incluindo as famílias neste processo. Desta forma, a aquisição foi

no sentido holístico e em padrões de qualidade especializados e em segurança e ambiente terapêutico.

O enfermeiro EEMC de acordo coma OE (2011) lida, na sua prática, com muitas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica. Nos Cuidados Intensivos e na Sala de reanimação/emergência zero da Urgência foi onde experienciei esta ideia definida pela Ordem, colocação de Entubação Oratraqueal (EOT) difíceis, drenos torácicos, colocação de cateteres centrais e linhas arteriais, colocação de cateteres periféricos em enfisemas subcutâneos, exploração de algumas feridas, traqueostomias percutâneas.

O enfermeiro especialista responde eficazmente na prevenção e no controle da Infecção e essa competência deve estender-se também à promoção das medidas de prevenção da infeção por parte dos familiares do doente. As infeções têm custos elevados nas Unidades de Cuidados Intensivos. Ao surgir ou permanecer leva a aumentos de cuidados prestados, ao aumento de dias de internamento e aumento de custos em meios de diagnóstico e tratamento e custos para a família e sociedade, adiando o seu regresso ao seu ambiente e atividade profissional.

Nesta perspetiva de Veiga, B.S. et al, o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) e CIPE guiam os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. As práticas seguras e o controle de infeção são áreas em que a segurança das pessoas é crítica e o custo do desperdício é elevado.

A CIPE facilita a recolha e análise de dados de Enfermagem entre populações, serviços de cuidados de saúde, idiomas e regiões geográficas. A OE (2009) refere que o uso desta prática pode ajudar na tomada de decisão, permitindo a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as famílias.

Segundo o REPE (1996), os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais sobre os meios e técnicas próprios da profissão tem com o objetivo à manutenção e recuperação das funções vitais. As boas práticas vão de encontro ao regulamento dos padrões de qualidade da OE (2011) em que responsabiliza o enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega. No mesmo sentido o enfermeiro EMC deve participar nos planos de prevenção e controle da infeção, com base na evidência científica e deve liderar a implementação desse plano e capacitar as equipas de profissionais na prevenção e controle desta área. Segundo a

DGS (2014) criou uma norma que ajudava as Unidades de Saúde e os profissionais de Saúde na Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

Segundo a OE (2011) o enfermeiro adquire competências específicas mobilizando os seus conhecimentos quando maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção. Como formador da CCI no serviço de Urgência, muitos dos procedimentos já estava familiarizado, mas realço o circuito dos limpos e sujos existentes no SMI que favorecem uma prática segura. O meio facilitador para cumprir a higiene das mãos nas suas cinco etapas.

Em determinados momentos de doença, incapacidade ou falta de vontade e/ou de conhecimento, a pessoa precisa de cuidados, que apenas o enfermeiro, com o seu corpo de competências, conhecimento e saberes consegue promover (Vieira 2009). É este conhecimento do enfermeiro EEMC que deve ser líder nos projetos que o serviço tem a ser implementados e auditados. Assim, estive a colaborar na implementação de medidas que visavam a campanha STOP infeção.

Os Cuidados intensivos fazem parte dos serviços do SESARAM que estão a implementar estes feixes e sujeito a auditoria.

Vargas e Braga (sd) citando Amorim e Silvério (1998) referem que uma UCI constitui um conjunto de elementos agrupados de forma funcional para o atendimento de doentes graves ou em risco, que necessitam de assistência de enfermagem e médica de forma contínua, assim como de recursos materiais e humanos especializados. Neste contexto, o enfermeiro de cuidados intensivos, tem atividades complexas na prestação de cuidados e na gestão, que exigem competência técnica e científica, em que tomada de decisões e práticas seguras fazem a diferença entre a vida e a morte das pessoas (Camelo, 2012). Por outro lado, o enfermeiro encara outro desafio: o de integrar a tecnologia ao cuidado, ou seja, harmonizar o aspeto humano com o ambiente tecnológico dominante.

As competências necessárias para cuidar da pessoa em situação crítica, numa unidade de Cuidados Intensivos constituem, de acordo com a OE (2010) competências clínicas especializadas que englobam o cuidar da pessoa com processos complexos de doença e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção face ao doente crítico.

1.2.3. Gestão dos cuidados

Neste domínio das competências comuns do enfermeiro com a EMC a OE (2011) o enfermeiro tenta otimizar o processo de tomada de decisão e colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

Observei e constatei e registei toda a dinâmica que o responsável de turno executa. Ainda refiro que tutor responsável pelo meu estágio assumiu a responsabilidade da equipa na ausência da chefe de equipa. Por isso, tive oportunidade de colaborar em tarefas de gestão com o tutor e perceber a sua nomenclatura.

Além do registo da escala Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28), que quantifica a necessidade de recursos humanos para a prestação de cuidados nas vinte e quatro horas, existem tarefas que estão sob a responsabilidade do chefe de equipa, a saber: registo, encaminhamento de avarias dos aparelhos, a comunicação com a Farmácia hospitalar, a comunicação com outros serviços e resolução de conflitos com outros profissionais de saúde, supervisionar, na ausência do chefe de serviço, as tarefas dos elementos da equipa.

Neste estágio apercebi-me das tarefas e competências praticadas na gestão dos cuidados, também sendo este um indicador de qualidade observado e monitorizado neste serviço. O contato com esta realidade foi possível em vários turnos e da proximidade como meu enfermeiro tutor que desempenhou esta competência e compartilhava com a chefe da equipa. Realizei um turno com o enfermeiro chefe e o seu colaborador com o objetivo de adquirir conhecimentos mais alargados como a gestão de terapêutica e produtos da farmácia e produtos provenientes do armazém e aprovisionamento.

Primariamente é realizado uma observação de todo o serviço onde se encontra o material e terapêutica, identifica-se os seus níveis e estando em falta é pedido informaticamente, para repor esses níveis. Em alguns casos o pedido é reforçado telefonicamente, é uma tarefa que leva alguns conflitos mas segundo o chefe e o seu colaborador a missão é dotar a Unidade com todos os meios e recursos. Ambos estão unidos no uso de todos os meios e esforços, não sendo desta forma estaria em risco os cuidados de qualidade que tem sido apanágio do SMI, aos seus doentes internados. De acordo com a OE (2011), na gestão dos cuidados adequa-se os recursos às necessidades, tendo como objetivo a promoção da qualidade dos cuidados.

Tomei conhecimento das tarefas relacionadas com o domínio da gestão, quer na parte de informatização, quer na parte escrita dos processos. Em todos os turnos tive em

atenção melhorar a informação no processo cuidar; respeitei o que estava planeado. Iniciei e reavaliei prescrições de cuidados, tendo em conta a segurança e a qualidade dos cuidados.

Com as competências adquiridas, pude, na situação de supervisão das atividades, verificar se elas foram cumpridas e dessa forma fazer a sua avaliação, tendo em conta a responsabilização pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e delega. Tendo em conta os padrões de qualidade segundo a OE (2001) na tomada de decisão o enfermeiro orienta o seu exercício profissional de forma autónoma e interdependente. Exercendo os seus saberes autónomos, ele identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do pessoal, individual ou de grupo. As intervenções são prescritas de forma a evitar riscos e resolver ou minimizar os problemas reais e identificados. Nos Cuidados Intensivos, o enfermeiro, na sua atividade profissional, tem uma relação próxima com os médicos, está em permanente colaboração.

Neste processo de aquisição de competências comuns do especialista em MC, observa-se neste domínio é interativo e dinâmico pode estar relacionado com os processos que envolvem os doente e família, como uma gestão eficaz dos recursos humanos e técnicos, em que garante a segurança e a qualidade dos cuidados.

As boas práticas podem envolver uma gestão também ela muito avaliada em contexto prático do que se passa nas Unidades de Cuidados Intensivos. O acolhimento das visitas, a preparação da receção à visita/ familiar a disponibilidade para escutar, esclarecer e orientar procedimentos específicos, a seleção e pertinência da informação, aplicação da CIPE e registos de evolução, a transferência do doente, a articulação com a unidade que vai receber o doente e a preparação do doente e da família.

Desenvolvi competências no reconhecimento de sinais de dano e na resposta célere ao doente em risco, correspondendo às necessidades e aos recursos em situações de emergência. Agir em conformidade com os procedimentos e orientações a fim de assegurar o conforto do doente/família, zelando pela qualidade dos cuidados e pelo seu bem-estar, proporcionou-me uma visão geral sobre as capacidades dos cuidados intensivos perante situações limite da doença. Integrei uma equipa de cuidados intensivos. Foi uma experiência enriquecedora e um desafio, especialmente pela novidade e pela densidade de conceitos e conhecimentos que são necessários nesta área e que a ela se restringem.

1.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, na ótica da enfermagem, depende da capacidade do auto conhecimento do enfermeiro. Este profissional desenvolve-a com base na teoria e na experiência adquiridas na prática.

O estágio no SMI revelou-se uma fonte de promoção e desenvolvimento de competências neste domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, permitiu experiências e momentos de aprendizagem que influenciaram a minha identidade no agir profissional.

Nestas experiências de estágio, alvo de reflexão, revelam-se momentos de aprendizagem e por conseguinte, desenvolvimento de competências. Por outro lado, a aprendizagem deste processo é possível de transpor para a minha prática profissional, o que me leva a estabelecer pontos de ligação entre a área de especialidade e a especificidade dos diferentes contextos inerentes a essa prática.

A realização de um processo fundamentado, segundo os diagnósticos da CIPE, a um doente com AVC e Pneumonia de Aspiração fez parte desta aprendizagem. Este trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio II, permitiu adquirir conhecimentos na fundamentação teórica, na experiência empírica e na evidência científica.

A sua apresentação e discussão com a enfermeira responsável pelo estágio e colegas presentes no dia constituíram uma ferramenta essencial, para o desenvolvimento do perfil de enfermeiro especialista, através de debate de ideias e reflexão de cuidados especializados nos doentes internados.

Este processo de aprendizagem em contextos de estágio permitiu aprofundar o meu conhecimento teórico e prático relativamente à utilização da CIPE, pelo facto de a minha realidade profissional no SU passar pela utilização de apenas três diagnósticos de enfermagem em doentes internados em SO.

No SMI a sua aplicabilidade é mais exigente, sendo abordados todos os diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE. Identificam-se as necessidades de cada doente, adequam-se os vários diagnósticos, planeiam-se as atividades e executam-se, usando a ferramenta informática para finalizar este processo. Esta forma de agir tem vantagens e permite estar sempre atento aos cuidados planeados para cada doente.

Esta atividade desenvolvida neste contexto formativo evidencia a necessidade de continuar o processo formativo neste campo, no SU. Este papel do enfermeiro EEMC

passa, segundo a OE (2011), em diagnosticar necessidades formativas, identificar lacunas do conhecimento, mobilizando conhecimento novo, contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada. O EEEMC demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Assim, neste estágio, incorporei na minha prática não só a aprendizagem sobre o processo de enfermagem como desenvolvi competências na área da prevenção de complicações e adquiri conhecimentos através de protocolos, e técnicas baseadas em rigor científico que transportarei para o meu exercício profissional nos cuidados à pessoa, em situação crítica.

1.2.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em situação crítica.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa, em situação crítica, determinam que os cuidados de enfermagem são altamente qualificados e prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, como nos refere a OE (2011) de acordo com o regulamento n.º 124/2011 no Diário da República.

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

Atualmente o Enfermeiro tem um papel primordial, como membro de uma equipa multidisciplinar no que respeita aos cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume uma visão holística e soberana na prestação e gestão de cuidados, promovendo a eficácia, a eficiência, e contribui para a excelência do cuidar.

A enfermagem constitui-se como profissão autónoma, a partir do conhecimento produzido por várias disciplinas. Simultaneamente foi desenvolvendo a sua ação, na substituição das atuações de autocuidado na pessoa debilitada e que ela própria faria se tivesse vontade, a capacidade e o conhecimento. O autor Hesbeen (1998) na página 28,

referiu que “Todas as pessoas têm que saber cuidar de si mas, em determinadas circunstâncias, podem necessitar da ajuda de um ou de outro perito”.

Para poder cumprir com os objetivos do Ensino clínico II, relativamente aos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em Cuidados intensivos e para adquirir as competências específicas do EEEMC, de acordo com o que preconiza a OE (2011), foi fundamental a aprendizagem realizada na escola sobre esta disciplina. Os conhecimentos visaram uma aprendizagem extensiva de como cuidar os doentes internados e as várias patologias específicas da Unidade de Cuidados Intensivos.

A abordagem não teve só em conta os cuidados emergentes e urgentes, os cuidados com a ventilação invasiva e não invasiva, como foi ainda disponibilizada muita informação acerca da importância da alimentação, terapêutica específica do doente internado, protocolos usados nesta Unidade, como a comunicação com o doente e sua família e destaque para as medidas no controle da infeção hospitalar, a importância de fazer os registos de forma evolutiva e usar todas as funcionalidades do documento existente para os dados monitorizados. Realço o relevo que é dado à monitorização e registo de todos os líquidos que entram ou saem do organismo.

Efetivamente, o Balanço hídrico, no contexto de SMI, contrariamente ao SU, constitui-se como uma ferramenta fundamental na gestão dos cuidados ao doente crítico, permitindo ajustar ou alterar terapêuticas, indicar ou adaptar cuidados de saúde mais assertivos e adequados em tempo útil à situação clínica do doente. Trata-se de um indicador a ser considerado com outra acuidade no contexto de SU, em particular em doentes internados em SO e Cuidados Especiais. Segundo Carvalho (2005), é no decorrer do ensino clínico que o estudante consolida os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas. É, ainda, durante este período, que o futuro EMC parece ter uma verdadeira oportunidade de desenvolver e aplicar os conhecimentos técnicos e científicos, o que implicaria a associação de atitudes, normas e valores, à sua conduta. É no contexto de trabalho que se desenvolve as competências: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar as respostas a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, são requisitos fundamentais para uma prática de enfermagem especializada.

No desenvolvimento das minhas atividades, no SMI, estiveram sempre presente as competências específicas do doente ou pessoa em situação crítica. Experimentei processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica, o contato com doentes que dependem do ventilador, do ECMO e de processos terapêuticos complexos. A sedação e a analgesia aos doentes ventilados foram garantidas de forma contínua e permanente. Nesta perspetiva de acordo com a OE (2011), o enfermeiro EEMC monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados. Para esta competência, demonstra conhecimentos sobre equipamentos e meios de monitorização invasiva e não invasiva. Neste processo de aprendizagem, tomei conhecimento e geri os cuidados de forma sistémica e sistematizada a todos os doentes com CVC (cateter venoso central) e com LA (linha arterial) onde se pode realizar gasometrias e colheita de análises.

Em cada Unidade tem um ventilador e um monitor que tem traçado de ECG com débito cardíaco, oximetria, Co2 expirado e temperatura retal. É possível realizar a pressão venosa central (PVC), a PICCO. Os cuidados são especializados em ventilação invasiva e não invasiva e prestam cuidados que estabilizam o quadro clínico do doente. Na recuperação da função respiratória e motora, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Reabilitação. Colaborei em alguns cuidados específicos para manutenção e recuperação das atividades afetadas.

As experiências vivenciadas na forma de cuidados baseadas em protocolos e farmacologia específica aos doentes que cuidei, tive em atenção respeitar todos os procedimentos e, sempre que possível, validei com o enfermeiro tutor e muitas vezes em conjunto refletimos, identificámos e interpretámos os dados monitorizados e as situações clínicas apresentadas pelos doentes, de modo a que os resultados das nossas intervenções fossem de qualidade em resposta às necessidades afetadas pelos doentes atribuídos nos nossos turnos.

O meu processo de aprendizagem pessoal, e em coordenação com o meu tutor, neste contexto clínico verificou-se também nas passagens de turno, e nos registos de enfermagem realizados nos turnos, respeitando e atendendo ao seu planeamento cronológico. Estas atividades exemplificaram de forma consistente os meus cuidados especializados e individualizados a cada doente atribuído, contribuindo, assim, para que a equipa acreditasse nas minhas competências específicas adquiridas em doentes internados no SMI.

Nos Cuidados Intensivos valoriza-se as competências que têm em conta a deteção precoce das complicações de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Nestes doentes, a hemodiálise é um tratamento, muitas vezes, utilizado para estabilizar a função renal. Este tratamento é realizado por colegas do serviço de Hemodiálise que se deslocam ao SMI com uma máquina e material para diálise, a fim de cumprir a estratégia dialítica planeada. Neste período de estágio estava a decorrer um projeto visando a implementação da técnica de diálise contínua nesta Unidade. Até àquele período, os enfermeiros desta Unidade tinham tido formação, mas não se tinha proporcionado a sua utilização num doente.

Dado ao meu interesse pela área da diálise foi oportuna uma discussão com a equipa de saúde para clarificar alguns conceitos inovadores para promover um cuidar mais eficiente à pessoa. No entanto, devido a minha experiência acumulada de 13 anos a prestar cuidados de enfermagem a doentes que realizam hemodialise numa Unidade Privada, pude colaborar e contribuir com a minha experiência com os colegas na prestação de cuidados específicos a doentes hemodialisados em diálise programada nesta Unidade. Este enquadramento foi possível devido aos conhecimentos adquiridos nas técnicas de substituição da função renal e na patologia de Insuficiência renal Crónica e a experiência profissional específica e acumulada sobre a máquina e os seus materiais usados para a realização do tratamento. As respostas assertivas aos alarmes da máquina, permitiu a segurança e a continuidade do tratamento interdialítico cumprindo a estratégia dialítica.

Os Cuidados Intensivos primam por uma colaboração entre todos os colegas e estende-se também a outros técnicos de saúde, visto que a complexidade que estes doentes apresentam e os meios usados, também eles específicos e complexos, é necessário gerir esforços e exercer essa colaboração nas situações que se justificam em prol da recuperação do doente. Esta colaboração estendeu-se também aos radiologistas, em que o enfermeiro ajuda a posicionar os doentes para realização de RX intransportável, mantendo todos os meios de monitorização e suporte a funcionar sem intercorrências.

O enfermeiro Intensivista com a EEMC é um profissional integrado numa equipa de profissionais de excelência, terá como principais responsabilidades: garantir os cuidados de enfermagem, cumprindo com as normas e padrões de segurança e

qualidade definidos, fazer o acompanhamento e vigilância dos doentes de acordo com a avaliação clínica e assegurar o registo da informação relativa às intervenções realizadas.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas: da conceção à ação.

O EEEMMC, neste processo de aquisição de competências, além de vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica também dá resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação.

Com os meus conhecimentos específicos na Triagem em situações de catástrofe, cuidados em SAV e formação de catástrofe realizada pelo MRMI, pude confrontar e aperceber-me do planeamento que o SMI dá em termos de respostas na gestão, recursos humanos e recursos de materiais em caso de situações de multivítimas. Existe uma forte articulação com o serviço de Urgência e Bloco Operatório de forma a gerir os casos mais críticos. Embora a capacidade de camas seja de onze, no máximo, desde que o doente necessite de suporte ventilatório o SMI dá apoio ao recobro do Bloco Operatório e à sala de Emergência, à sala dos Cuidados Especiais e SO do Serviço de Urgência.

O SMI é responsável pela Emergência Interna do SESARAM. Relativamente a estas competências, apenas tive conhecimento no plano teórico, não foi possível deslocar-me neste período de estágio de modo a adquirir experiências com a ativação do plano de emergência interna.

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

Relativamente à prevenção e controle da Infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, foi importante tomar conhecimento dos protocolos e normas que o SMI adota relativamente ao controle e prevenção da Infeção. Os enfermeiros são aqueles que mais contactos estabelecem com o doente e a sua área física definida pela CCI.

Neste estágio, após reler e informar-me de todos os conhecimentos nesta área, constatei que é um indicador de qualidade nesta Unidade e alvo de auditorias com intuito de melhorar a prática clínica de todos os profissionais. Há projetos como o STOP infeção cujos procedimentos resultam de feixes de atuação. Estes feixes baseiam-se em

evidências científicas e quando aplicados e executados em conjunto, de forma sistemática, melhoram os resultados para os doentes. Estes procedimentos são relativamente ao CVC, à LA, e ao Cateter Vesical. O protocolo de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina) baseado em normas da DGS em que a sua aplicação permite ter cuidados de excelência e segurança e melhorar os resultados para os doentes internados. Participei neste protocolo e detetei e alertei o meu tutor para um doente que estava internado há 48h e não tinha sido aplicado o protocolo e, posteriormente, fiz o planeamento das medidas para cumpri-lo, durante os seguintes cinco dias de internamento.

No SMI, este mesmo trabalho é desenvolvido junto das outras classes profissionais no dia-a-dia tentando motivar e sensibilizar os mesmos quando as condutas são menos adequadas. A gestão do serviço tem plano de formação muito ambicioso nesta área. O enfermeiro chefe promovia um ambiente facilitador para que os profissionais aderissem e motivava-os para cumprir os objetivos do serviço nesta área.

Nos turnos, durante o exercício profissional cumpri as medidas de prevenção e controlo da infeção. O uso do equipamento de proteção individual e o respeito pelas cinco fases da higiene das mãos e o correto acondicionamento dos resíduos hospitalares, fizeram parte da minha conduta diária. No SMI, desenvolvi procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde (IACS), à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Revelei um espírito crítico e refleti sobre esta temática nalguns turnos com o meu tutor e com a enfermeira responsável da CCI no SMI. Partilhámos conhecimentos e colocámos algumas questões que me ajudaram na prática clínica e na partilha de algumas respostas no meu serviço. Este processo de aprendizagem foi útil para melhorar o meu desempenho no serviço, visto que também sou elo de ligação do CCI do Serviço de Urgência. Estive firmemente empenhado na prevenção das IACS no SMI durante este estágio.

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde, devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática, a prevenção é possível. Deve ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente.

Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes. As Unidades de Cuidados Intensivos, devido a estas situações, têm de investir muito em formação, em meios e medidas de prevenção às IACS. Neste serviço, estão cientes desta problemática e estão empenhados na prevenção e controle da Infeção.

Como elemento de saúde, que muitas vezes acompanha a transferência de doentes do SU para o SMI, tive a oportunidade de refletir alguns comportamentos nesta área. Em alguns casos, ao receber alguns doentes, verifiquei alguns cuidados negligenciados nesta área não sendo exclusivo só do serviço de Urgência. O EEEMC tem de ser um elemento que maximize as intervenções na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica, independentemente do contexto clínico em que estão inseridos.

No SU tem havido a preocupação para que todos colaborem nestes processos de qualidade. Alguns demonstram resistência e desculpabilizam-se pelo muito trabalho, uma afluência de doentes exageradas e justificam na falta de recursos humanos para aderir e implementar estes projetos e muitas vezes ao aplicar ficam confinados ao SO e à Sala de Cuidados Especiais. Esta experiência, num outro contexto clínico diferente do meu, mas na mesma Unidade Hospitalar, está a ser para a minha prática profissional um estímulo em modificar os comportamentos de toda a equipa no serviço de Urgência.

Passará por liderar e mobilizar todos a aderir e desenvolver procedimentos no controle da infeção para a resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Esta necessidade resulta não só da minha função no serviço, mas também na preocupação com cuidados seguros. Diminuir as infeções no Serviço, combatendo de forma positiva alguns fatores que inibem a uma prática de acordo com as normas e princípios que são adotados na prevenção e controle da infeção. O meu papel como EEMC tem de se ajustar à competência específica descrita pela OE (2010) em que cabe ao enfermeiro o papel de diagnosticar as necessidades do serviço; estabelecer as estratégias, fazer cumprir os procedimentos na prevenção e controle da infeção.

Esta implementação e monitorização terão de envolver todos os profissionais de saúde e aplicar-se a todos os espaços físicos onde é prestado os cuidados de saúde, tal como o contexto clínico verificado no SMI. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas

(como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos, comunicação intra-equipa e uma mudança de paradigma: em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, acreditar que a prevenção é possível.

No desempenho da minha aprendizagem no SMI foi sempre minha preocupação cumprir e respeitar todos os princípios, deveres e responsabilidades próprios de uma profissão que contribui para a minha realização quer pessoal quer profissional. O Código deontológico e o Estatuto da Profissão, o sigilo profissional, trabalho em equipa, a comunicação, as relações interpessoais e a humanização, são essenciais para a qualidade de cuidados de Enfermagem que se pretendem. Também o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC se afigura fundamental para o exercício pleno da nossa profissão.

Demonstro conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade) de acordo com os conhecimentos adquiridos, promovendo a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. Preocupei-me em trabalhar com os outros profissionais e solicitei informações e respostas em algumas dúvidas que surgirem neste contexto clínico. Facilitou a integração no SMI a relação profissional que tenho com a equipa médica dos Cuidados Intensivos, visto que também trabalho com eles no SU.

Foram disponíveis para colaborar e demonstraram respeito através de palavras de encorajamento por estar a fazer a EMC. O reconhecimento que esta especialidade está a ter no SMI e no serviço de Urgência favorece o ambiente profissional sendo o EEEMC o parceiro privilegiado no cuidar do doente e pessoa em situação crítica.

Para todos os processos clínicos experienciados no SMI, foram importantes os diálogos e a partilha das experiências com a equipa de enfermagem, especialmente meu tutor que me deu autonomia e confiou nas minhas competências, mas existiu a preocupação constante de supervisão das minhas práticas de forma a minimizar o erro.

Antes deste estágio, reconhecia no SMI os enfermeiros que trabalhavam nesta Unidade: o seu brio profissional e a capacidade especializada nos cuidados ao doente internado nos Cuidados Intensivos. Atualmente após uma experiência no SMI reforço a minha visão acrescentando que a sua dedicação excecional a estes doentes revela uma

experiência profissional teórica técnica e prática com níveis muito altos na qualidade dos cuidados. A disponibilidade ímpar que demonstraram na formação e supervisão dos seus formandos ilustra o papel preponderante e ativo que têm na dinâmica e funcionamento do SMI.A qualidade em saúde apresenta-se como tarefa multiprofissional, tornando-se clara a importância dos enfermeiros verem definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Este estágio permitiu atingir os objetivos pessoais e os objetivos delineados pela escola. Neste momento realço o conhecimento adquirido na prestação dos cuidados de enfermagem especializados ao doente ventilado e o domínio de técnicas complexas e específicas neste contexto prático. Esta aprendizagem baseada nas competências comuns e específicas do enfermeiro em MC aliou-se positivamente ao reto lançado pelo meu tutor e chefe do serviço de ser um agente de mudança no Serviço de Urgência. A interiorização de todos estes fatores positivos resultantes deste processo de formação deixa vários desafios pessoais para o meu futuro enquanto EEMC no serviço de Urgência.

O enfermeiro especialista deverá recuperar o estatuto perdido nestes últimos anos como peça fundamental no nosso sistema de saúde. No SMI, esse papel está a ser valorizado e reconhecido por toda a equipa. É baseado nestes pressupostos que se insere também a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao grau de EEMC.

Deveremos reconhecer o doente como centro de todo o nosso trabalho. Só com uma visão alargada, flexível, coerente e de respeito com os que ao nosso lado cumprem, no dia-a-dia o seu trabalho poderemos ter efetivamente um trabalho de qualidade. Sem dúvida que uma equipa motivada em torno de um objetivo comum neste caso a qualidade de cuidados requer tato, bom senso e um alto nível de inteligência emocional.

1.3 Estágio de Opção: na EMIR e no SUC do HSM

Segundo o plano de estudos do curso de MEMC-2015, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 141, de 22 de julho, cumprido com os dispostos legais regulamentares para os cursos de mestrado e a matriz preconizada pela OE para os cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem exerci o estágio de opção na EMIR e na UC do HSM, com o objetivo de desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem e pessoa em situação crítica

O estágio de Opção tem como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas numa área preferencial da Enfermagem Médico-Cirúrgica, selecionada pelo estudante. Nesta linha, o planeamento deste estágio iniciou-se ainda no primeiro semestre do Curso, com a realização de um projeto de autoformação.

Neste projeto de autoformação optei por dedicar mais atenção à pessoa adulta e idosa vítima de trauma (as quedas, acidentes e violência), devido à sua instabilidade, à sua vulnerabilidade e aos procedimentos a que são sujeitos. Pretendi desenvolver competências devido à sua complexidade e cimentar as mesmas a nível teórico, técnico e prático no contexto do trauma e no cuidar do doente adulto e idoso.

O conhecimento empírico e científico adquirido ao longo de 17 anos de prática, sendo 14 anos em SU no HNM no atendimento de doentes emergentes, urgentes e não urgentes contribuiu para um conhecimento da cultura organizacional e para a excelência na minha prática diária. A prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000).

O estágio de Opção é desenvolvido em contextos assistenciais diferenciados. O primeiro foi no Pré-hospitalar na EMIR, no SRPC da RAM, entre 29 de agosto de 2016 e 4 de setembro de 2016 com um total de 60 horas. O segundo foi no SUC do HSM, entre os dias 13 de setembro e 7 de outubro de 2016 com um total de 138 horas. Este Serviço é considerado pelo Ministério da Saúde como uma das referências na cidade de Lisboa e no País como um grande centro de Trauma, onde se encontram doentes críticos, crónicos e paliativos, cujos problemas exigem respostas e intervenções de enfermagem altamente diferenciadas, o que determinou a minha opção como estudante.

O Estágio III - Opção é constituído por um total de 375 horas: 210 horas de contacto (198 horas de Estágio e 12 horas de Orientação Tutorial) e 165 horas de Tempo Individual (TI) do estudante. Estas horas correspondem a 15 ECTS (European Credit Transfer System/ Sistema Europeu de Transferência de Créditos).

O gosto pela investigação e o espírito crítico resultante da atividade profissional e da formação desenvolvida no âmbito da especialidade com Mestrado em pessoa crítica na ESJCluny possibilitou o interesse pelo tema a nível académico e profissional cimentando as competências técnicas e práticas específicas no doente politraumatizado.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa e em Situação Crítica da OE (2010) defende que a pessoa em situação crítica “é

aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental para a prevenção e identificação de problemas do doente, estruturando uma resposta eficaz, através da implementação de intervenções, diminuindo e evitando complicações associadas, permitindo a sua recuperação o mais rápido possível.

Este estágio realizado em contextos clínicos diferentes teve em comum dois objetivos: a prestação de cuidados de enfermagem especializados de maior complexidade em situação crítica à pessoa adulta e idosa vítima de trauma em contextos diferenciados e o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação desses mesmos cuidados.

O Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, designado por SRPC, IP-RAM, no art.º 1 do Decreto Legislativo Regional n.º 12/2013/M é caracterizado como: “um instituto público integrado na administração indireta da Região, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial”. A sua missão como é referido no artº 3 é “prevenir os riscos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, bem como resolver os efeitos decorrentes de tais situações, socorrendo pessoas e protegendo bens”. São ainda atribuições genéricas do SRPC, IP-RAM “orientar, coordenar e fiscalizar as atividades exercidas pelos corpos de bombeiros, bem como todas as atividades de proteção civil e socorro” (SRPC, IP – RAM, 2013).

No âmbito da emergência médica pré-hospitalar, segundo o mesmo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2013/M, o SRPC, IP-RAM tem as seguintes atribuições, no artigo 3, no ponto 4 -: a) Definir, organizar, coordenar, avaliar e fiscalizar as atividades de socorro de emergência pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizada e não medicalizada; b) Assegurar o acompanhamento e aconselhamento das chamadas com pedidos de socorro de emergência médica; c) Coordenar o acionamento dos meios de socorro apropriados no âmbito da emergência pré-hospitalar; d) Assegurar a prestação do socorro medicalizada de emergência pré-hospitalar e orientar e coordenar a prestação do socorro não medicalizada concomitante; e) Promover e coordenar a formação a todo o pessoal indispensável às ações de emergência médica pré-hospitalar; f) Promover e coordenar a articulação do socorro de emergência pré-hospitalar com os serviços de urgência; g) Assegurar, quando solicitado, o acompanhamento no transporte de doentes críticos de e para fora da Região; h) Orientar a atuação

coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou catástrofe; i) Desenvolver ações de sensibilização e informação aos cidadãos no que respeita ao socorro em geral e em especial à emergência pré-hospitalar; j) Exercer as atribuições que a lei lhe confere no domínio da atividade de transporte de doentes, designadamente no âmbito do licenciamento e fiscalização

O Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) é dotado de autonomia e independência técnicas, e é dirigido por um coordenador, de entre os médicos em exercício de funções na Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida (EMIR). O SEMER integra a EMIR, a qual é constituída por uma equipa de um médico e um enfermeiro, em viatura apropriada, para intervenção, com carácter permanente, em toda a Região, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo, se os meios adequados lhe forem disponibilizados pelas entidades competentes. Sempre que existem situações urgentes e emergentes é ativada a equipa do EMIR e é ativado os planos de emergência pelo SRPCM nas situações de catástrofes. O SEMER tem por missão a prestação de cuidados de saúde aos sinistrados ou vítimas de doença súbita.

A EMIR é parte integrante do SEMER, e fica sediada na sede da proteção civil da RAM, no sítio da Boa Nova – Funchal. Possui uma sala com meios informáticos disponíveis para o acompanhamento e o registo das ocorrências, estando esta sala contígua à do CIC-CROS (Centro Integrado de Comunicações - Comando Regional de Operações de Socorro).

Tem uma garagem, onde se encontram estacionadas as três viaturas médicas, uma das quais todo-o-terreno, estando estas equipadas com o material necessário para intervenção nas diversas situações de emergência. Nas imediações desta garagem, também existe uma arrecadação de material com medicação e consumíveis, e uma sala de triagem e acondicionamento dos lixos.

Este serviço encontra-se sob a coordenação de um médico que assume as funções de diretor de serviço, e um coordenador de enfermagem. Atualmente o corpo clínico é constituído por 12 enfermeiros e 13 médicos, que exercem funções, cumulativamente com as hospitalares.

A activação da equipa é feita pelo Comando Regional de Operações e Socorro (CROS) e compete ao médico de serviço validar os critérios da sua ativação.

No ano de 2015, no segundo semestre: das 16497 ocorrências a EMIR foi informada em 1048 situações e mobilizada em 490. No presente ano, a EMIR foi notificada em 189 ocorrências e mobilizou um total de 68 dessas situações.

A Proteção Civil tem um sistema próprio de comunicações denominado CICCROS – sistema integrado de comunicações do centro de orientação de doentes urgentes.

A comunicação faz-se em canal aberto entre todos os intervenientes da Proteção Civil (Bombeiros, CROS, EMIR). A referenciação é imediata e são comunicados os dados relativamente a cada uma das ocorrências por registo informático. É registado: a hora do pedido do socorro, a hora de chegada ao local do socorro, o estado da vítima e primeiros sinais vitais, a hora de saída do local, a hora de chegada ao serviço de urgência e a hora de regresso ao quartel. A comunicação para o Serviço de Urgência é feito por contacto telefónico entre o médico da EMIR e o chefe de banco da urgência aquando do transporte de doentes graves para o acionamento dos meios (humanos e técnicos) no referido serviço.

Na RAM existe um protocolo entre o Exército e o Serviço Regional de Saúde, de transporte de doentes do Porto Santo para o SU do HNM. Desde 2014, no período de Verão, existe uma equipa de EMIR e outra equipa de Prevenção sediada na Ilha do Porto Santo.

Nas situações urgentes/ emergentes exigem do enfermeiro uma intervenção rápida e, em muitos casos, interdependente, para que seja eficaz. Realça-se o espírito de equipa nestas situações de verdadeira “adrenalina” que é fundamental para o sucesso e recuperação eficaz dos utentes. Atuar em situações de emergência exige saber, saber fazer e saber estar. O treino é uma estratégia fundamental para a competência.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) que está localizado na Av. Professor Egas Moniz - 1649-035 Lisboa. Foi criado em Março de 2008, ao abrigo do Decreto-lei n.º 23/2008 de 8 de Fevereiro, aquando da aplicação do modelo de Gestão Empresarial e corresponde à fusão do Hospital de Santa Maria (HSM) e do Hospital Pulido Valente (HPV).

A CHLN (2014) é uma entidade pública empresarial (EPE), pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). A missão consiste na prestação de cuidados de Saúde, de formação, de inovação e investigação. O CHLN, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes,

prestam cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. A visão do CHLN privilegia a qualidade e segurança dos atos clínicos que pratica, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua atividade, assim como a capacidade de atrair novas competências e novos utentes, nomeadamente no âmbito de um processo integrado de contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização.

O CHLN abrange a população da área metropolitana de Lisboa e garante referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito nacional e internacional. São 373 mil habitantes os que constituem a área direta de influência. O CHLN responde à maioria das evacuações dos PALOP, aos estrangeiros em trânsito, férias ou residentes no país. O número de urgências em 2013 foi de 210552, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 4% relativamente ao ano transato.

No âmbito do Centro Académico de Medicina de Lisboa, desenvolver-se-ão projetos conjuntos de prestação de cuidados, de formação e ensino e de investigação, a nível nacional e internacional.

Esta visão integrada tem como objetivo o crescimento e desenvolvimento sustentado do CHLN. Esta instituição assume-se como um exemplo na prestação de cuidados de saúde, centrada na mudança e diferenciação, reforçando a sua marca de referência no sistema nacional de saúde. A prestação de cuidados de Enfermagem no CHLN privilegia a qualidade dos mesmos, entendida como a satisfação das necessidades da Pessoa/ Família, apoiada no estabelecimento de uma relação interpessoal entre estes e o Enfermeiro, desenvolvida num ambiente humanizado, de forma a facilitar a adaptação à situação de saúde e ao meio hospitalar, fomentando o autocuidado e promovendo a reintegração na comunidade.

A implementação das principais linhas de orientação estratégica em desenvolvimento, ou a desenvolver, traduzem a busca da constante de excelência, de gestão eficiente e da satisfação e desenvolvimento dos profissionais por parte da direção de Enfermagem.

1.3.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio a prática de enfermagem é fundamentada num corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, que norteiam a ação, e promovem o respeito

pelos princípios básicos conducentes com a vontade do doente. Simultaneamente, coaduna-se com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2009).

Nesta competência comum considerei fundamental na minha prática o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, e nesse sentido, procurei no estágio de opção otimizar esta competência como futuro enfermeiro especialista.

O respeito no atendimento ao doente no serviço de Urgência e ambiente pré-hospitalar é um verdadeiro desafio. O ambiente instável, imprevisível e com uma grande carga emocional, exige do enfermeiro uma intervenção humanizada, como nos refere Figueiredo e Coelho (2004).

No sentido de promover uma atuação profissional ético-legal destaco algumas atividades vividas e desenvolvidas: o uso da comunicação de forma refletida e estruturada com a equipa multidisciplinar, com o doente e a família aquando do planeamento e prestação de cuidados; recurso a técnicas de comunicação de forma a estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa/família, e a envolvê-los no processo de doença/recuperação, nomeadamente numa situação de emergência no pré-hospitalar ou no ambiente hospitalar. A utilização de uma linguagem congruente respeitando o nível sociocultural, político e religioso da pessoa/família.

Nesta perspetiva, nos processos de vivência de doença e luto da pessoa e família, nomeadamente na sala de Reanimação número 1, tive a oportunidade de intervir em situações de emergência, com diversos resultados de saúde, e estabeleci diálogo com a família, no sentido de promover o processo de luto. A experiência clínica de uma jovem em morte cerebral comprovada por vários exames auxiliares de diagnóstico permitiu a minha participação no protocolo de medidas para preservar as funções orgânicas, para doação de órgãos para transplante. Foi uma experiência inovadora para o meu processo de aprendizagem, e realço o contributo da equipa médica e de enfermagem neste processo. A permanência dos familiares foi constante na sala de reanimação 1, onde houve necessidade de intervir no processo familiar paralelamente com a realização de medidas de Protocolo de Morte Cerebral para preservação dos órgãos. Participei ativamente no apoio a família e na prestação de cuidados especializados para manter as funções vitais, com recurso ao uso do protocolo de hipotermia e medidas medicamentosas.

A Enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem. No REPE estão subjacentes princípios de atuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuo, baseado na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais. No artigo 8º pode ler-se: "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (Portugal, 1996, p. 2961).

Com a publicação do Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), estes valores foram afluídos e adotados como norma de conduta para todos os profissionais de enfermagem. Procurei como futuro EEEMC, em ambiente Pré-hospitalar e nas ações desenvolvidas no estágio da EMIR, ter em consideração o que diz o Código Deontológico no artigo 80º: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados. Assim, o desenvolvimento do estágio na EMIR no SRPC da RAM permitiu ter contato com uma nova realidade profissional. A minha experiência em meio hospitalar, desenvolvida num meio controlado e equipado por diversos meios tecnológicos e terapêuticos, contrasta com a realidade do meio pré-hospitalar, em que a pessoa é frequentemente encontrada em meios adversos e com recursos limitados. Neste domínio o EEEMC age em conformidade com os princípios éticos e legais independentemente do contexto clínico, tendo sempre em conta o REPE e o Código Deontológico como balizas no seu agir diário.

No desenvolvimento de competências de EEEMC, o estágio na EMIR permitiu-me compreender o espírito de missão daquela equipa e realçar o brio profissional que têm na assistência dos doentes urgentes e muito urgentes no pré hospitalar. São um dos elos-chaves que funciona no Pré-socorro Hospitalar. É uma entidade reconhecida não só na assistência, na formação e transmissão de conhecimentos mas também reconhecida pelos princípios éticos e legais que demonstra na sua área de atuação.

O EEEMC tem a responsabilidade de exercer o compromisso perante uma missão que lhe é atribuída. Esta responsabilidade é conferida pela Lei n.º 15/2014 de 21 de Março, art. 4.º: a prestação dos cuidados de saúde que proporciona à pessoa e família, nos serviços de saúde, nos cuidados de prontidão ou num período considerado

cl clinicamente aceitável, consoante os casos e os cuidados necessários. Nas várias intervenções terapêuticas que a EMIR realizou em contextos adversos, surgiram situações clínicas de paragem cardiorespiratória (PCR), e prontamente foram tomadas decisões terapêuticas respeitando os direitos do doente e da família, dando informação sobre os cuidados a prestar, os riscos da situação e a evolução clínica (OE, 2010). Saliento o caso de um familiar que referiu que o pai “não queria morrer”. Na minha intervenção terapêutica, proporcionei um ambiente para a pessoa exprimir os seus sentimentos, apoiei o familiar respeitando os seus valores e crenças, minimizei e sofriemento, estabeleci um clima de respeito e confiança e acompanhei o familiar durante o percurso para o SU do HNM. Estas experiências no pré-hospitalar e no ambiente hospitalar foram únicas, mas vividas com “adrenalina” em contextos muito diferentes dos da minha experiencia profissional.

Ao exercer esta missão e ao fazer algo por outro ser humano que é desconhecido, procurei garantir que os cuidados prestados fossem sempre imbuídos de grande responsabilidade e respeito pelos direitos e dignidade da pessoa (indivíduo/família/comunidade), em conformidade com o regulamento das competências do enfermeiro especialista, no que diz respeito aos direitos humanos, na interpretação em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2010).

1.3.2. Melhoria contínua da qualidade

No que concerne à Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro rege a sua atuação com base num compromisso fundamentado em benefício da pessoa ou comunidade. Esta atuação traduz-se numa intervenção consciente e estruturada na procura contínua da qualidade e na promoção da segurança da pessoa alvo de cuidados, visando a excelência do exercício.

A qualidade em saúde apresenta-se como tarefa multiprofissional, tornando-se clara a importância dos enfermeiros. É evidente que a qualidade em saúde não depende única e exclusivamente do exercício profissional dos enfermeiros. As experiências analisadas de acordo com este domínio refletem avanços do investimento na qualidade em saúde, por parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde, focados na pessoa,

especialmente no que respeita aos princípios de acessibilidade e equidade bem como o nível profissional ótimo.

Na EMIR destaca-se a qualidade das instalações, meios audiovisuais e informáticos e a partilha do espaço com CIC-CROS que atualiza a informação e encaminha para o SRPC onde é determinada o tipo de ajuda - urgente ou emergente. No SUC do HSM destacam-se também as instalações, em especial, os percursos como as áreas de prioridade que estão identificadas por cores e a presença de agentes de segurança nas portas de acesso dentro do serviço, disciplinando, orientado e encaminhando os doentes e suas famílias. Visando a contínua melhoria do acolhimento ao doente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera.

Como faz referência o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, a melhoria da qualidade envolve uma análise e revisão das práticas em relação aos resultados de saúde, na perspetiva de promover e implementar programas de melhoria contínua (OE, 2010). A articulação entre a EMIR, os serviços de proteção civil da RAM, os Centros de Saúde com urgência e o SU do HNM favorece a qualidade na prestação de cuidados e potenciam a recuperação do doente em situação crítica. No SUC do HSM é evidente a parceria entre o INEM, os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde que estão inseridos na área de atendimento do CHLN. Com esta experiência de aprendizagem foi possível adquirir novos conhecimentos na área da gestão de recursos para efetivar a qualidade dos cuidados prestados e contribuir para a melhoria contínua.

A informação entre os diferentes organismos envolvidos no socorro é uma referência de qualidade sendo encaminhada atempadamente aos profissionais de saúde a fim de identificarem os problemas e fazerem uma avaliação mais aprofundada da situação e traçar um plano de cuidados, mobilizando os meios necessários à atuação conforme refere a OE (2010).

Uma das formas de garantir cuidados adequados e de qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares. O EEMC tem um papel importante na melhoria da qualidade dos registos de enfermagem, neste sentido como nos refere a OE nos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem “a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de

enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 15). Neste percurso de aprendizagem documentei todo o processo de enfermagem em plataformas eletrónicas utilizadas no SUC do HSM. Saliento, uma vez mais, a utilização de linguagem unificada segundo a “CIPE” e organizado por áreas de intervenção prioritárias no processo de enfermagem, reconhecida por permitir à profissão de enfermagem falar a uma só voz e contribuir para criar de forma sustentada uma verdadeira identidade profissional.

Já no estágio da EMIR o registo foi efetuado em suporte de papel. Realço que, neste serviço está a ser desenvolvido um sistema de registo eletrónico em rede com os CS e o Hospital NM, o que permitirá uma assistência mais ágil e com melhores resultados.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, a Triagem de Manchester ocupa um papel preponderante. É um sistema cada vez mais utilizado em Portugal na Urgência Central para atender a pessoa em situação crítica segundo a prioridade de atendimento com critérios bem definidos e estruturados. Neste sentido, saiu o Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto, que reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela Equipa mais adequada e com a maior brevidade possível.

Uma correta avaliação requer do enfermeiro um processo de raciocínio crítico e uma intuição assertiva. O EEMC torna-se perito na avaliação do doente e na tomada de decisão rápida. Nos turnos realizados no espaço físico da Triagem pude colaborar nas triagens e comparar a ativação das vias verdes, especificamente a via verde do Trauma por ser um dos temas que tenho aprofundado.

Ao participar nos projetos institucionais de ambos os contextos clínicos reconheço o contributo para o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica das situações relativas ao cliente/família, numa perspetiva avançada e permitir desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, valorizando este domínio nas características profissionais do dia-a-dia do EEMC.

1.3.3. Gestão dos cuidados

A gestão de cuidados revela-se um domínio comum a todos os Enfermeiros Especialistas, nas diversas áreas de competência, segundo a OE (2009) o enfermeiro especialista “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (p.17).

Na EMIR foi possível realizar uma visita às instalações do SEMER, identificando focos importantes relativamente à informação e comunicações estabelecidas no socorro, métodos de trabalho e orientações major de todo o processo de socorro Pré-hospitalar. Nesse sentido permitiu-me como nos recomenda a OE (2011) constatar como é possível otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e conhecer e aplicar legislação e procedimentos de gestão de cuidados.

Colaborei com o enfermeiro tutor no registo de material e preenchimento de documentos de material em falta. No início de cada turno supervisionei todo o equipamento e material existente e verifiquei a operacionalidade de cada mala tendo em atenção os seus níveis e prazos de validade.

Em todo este processo de aprendizagem a gestão de cuidados foi importante como instrumento fundamental para identificar os cuidados prestados na emergência pré-hospitalar, permitindo assim, a compreensão de todo o processo de cuidados. Para atingir esta meta foi necessário proceder à observação direta da dinâmica e compreender os mecanismos de articulação relativamente à assistência e ao transporte destes doentes.

Os cuidados de enfermagem no transporte de doentes críticos é uma realidade bem conhecida e identificada. O transporte de todos os doentes para a urgência central, no sentido de promover a continuidade de cuidados, foi efetuado com segurança e planeado por uma equipa experiente e com o equipamento adequado. Durante o transporte de doentes em situação crítica os cuidados de enfermagem assumem uma importância vital, dado que envolve algumas situações que poderão colocar em risco a vida do doente. Nesse sentido, durante este percurso de aprendizagem identifiquei vários focos de informação, nomeadamente a central de comunicações da proteção civil e os serviços de bombeiros, para complementar os dados de apreciação sensíveis à

minha prática, permitindo assim, aplicar um processo de enfermagem mais célere e eficaz. Como nos identifica a OE (2011), o EEEMC reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. O enfermeiro desempenha um papel de responsabilidade nesta área, no que respeita à garantia de segurança do doente e à previsão de possíveis complicações que possam ocorrer.

O Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos [CCEM-OM] (2008) recomenda que, para a operacionalidade do transporte de doentes, é essencial a organização de equipas com treino específico e experiência, que a instituição possua uma política formal, com responsabilidades identificadas, que considere a formação essencial e que implemente programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico.

Neste sentido, o enfermeiro que integra a equipa de transporte de doentes urgentes proporciona cuidados de enfermagem para promover as funções vitais e garante a sua segurança. A operacionalidade de todos os meios tecnológicos de apoio à prestação de cuidados é também da responsabilidade do enfermeiro, como verificar as condições técnicas e materiais da ambulância, testar o equipamento, registar o estado clínico do doente e atuar durante o transporte como nos recomenda Rodrigues e Martins (2012). Nesse sentido, é função do enfermeiro reunir o equipamento e assegurar que este se encontra em bom estado de funcionamento, monitorizar, avaliar o doente durante o transporte e transmitir toda a informação de forma a evitar riscos ou prejuízos para o doente.

O estágio desenvolvido no SUC do HSM teve como objetivo: desenvolver competências nos domínios da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais. À semelhança dos estágios anteriores, foram estabelecidas atividades, momentos de observação e participação nos processos de gestão de cuidados e dos recursos da equipa multidisciplinar. No desenvolvimento de competências, em colaboração com a enfermeira tutora, dotada de experiência ao nível da gestão de recursos e de cuidados, tive a oportunidade de adquirir mais conhecimento e perícia na operacionalização de cuidados prioritários e agilizar os recursos disponíveis para otimizar esse cuidado. Uma boa comunicação e assertividade são fatores essenciais, como nos refere a OE (2011) o EEEMC adapta o estilo de liderança e adequa ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e de indivíduos.

A gestão de cuidados no SUC HSM é caracterizada por algumas particularidades. Os auxiliares da ação médica (AAM) tinham funções específicas para desenvolver as suas atividades nos diversos postos de trabalho, devidamente programadas pelo enfermeiro responsável por turno após uma pequena reunião no início de cada turno. Esta reunião tinha como principal finalidade operacionalizar a dinâmica e funcionamento da equipa e identificar focos importante na colaboração na prestação de cuidados como por exemplo: na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes, o cuidar do espólio, dos valores do doente e velar pela manutenção do material utilizado nos cuidados prestados aos doentes e reposição de material de *stock*. Esta experiência foi importante para adquirir conhecimento e competência ao nível da gestão e funcionamento dos diversos elementos da equipa de saúde. Com esta dinâmica funcional o enfermeiro tem mais tempo disponível para cuidar do doente e prestar os cuidados de enfermagem de forma personalizada. Nesta perspetiva como nos identifica a OE (2011) esta dinâmica e funcionamento permite uma gestão de cuidados tendo em conta os recursos adequados, não esquecendo a avaliação dos riscos para prestação dos cuidados associados aos recursos.

Mas a experiência obtida ao longo dos anos, permite olhar para o doente e identificar as prioridades a estabelecer quando são precisos cuidados urgentes. Comecei por observar e manusear o equipamento, conhecer a localização do material de consumo clínico e consultar registos efetuados pelos enfermeiros e mudança dos dispositivos médicos e outros.

Identifiquei no SUC do HSM uma dinâmica e funcionamento da equipa de forma organizada e estruturada, atendendo que a equipa se mobilizava para dar resposta à necessidade de cuidados nos setores mais afluentes, como é o exemplo o da triagem, em que a presença de muitos doentes mobilizava a equipa dos enfermeiros das salas de reanimação e da sala laranja com a finalidade de cumprir os tempos mínimos exigidos legalmente pela triagem. Constatei também, que as salas de reanimação, localizadas perto da Triagem e da zona de Acolhimento, estão bem equipadas para a prestação de cuidados de saúde em situações emergentes, sendo dotadas de dispositivos médicos, equipamentos eletrónicos altamente sofisticados e fármacos necessários a este tipo de situações.

No SUC do HSM, à semelhança da SUC do HNM, estão protocoladas as quatro vias verdes (coronária, trauma, Sépsis, AVC) que são ativadas de acordo com os

protocolos instituídos pela DGS. O objetivo é prestar cuidados altamente qualificados, centrados na pessoa, maximizando a segurança e potenciando os ganhos em saúde, não esquecendo o apoio de seus familiares e pessoa significativa. Constituem recursos fundamentais para a organização e gestão dos cuidados e permitam um atendimento mais célere e eficaz tendo em linha de conta a priorização dos mesmos.

No exercício profissional nas salas de reanimação apliquei o processo de enfermagem do doente em situação crítica com recurso à gestão de cuidados e otimização de recursos disponíveis, permitindo assim, desenvolver competências no domínio na gestão dos cuidados com segurança e qualidade, como nos fundamenta as evidências científicas. Nesta linha supervisionei e exerci a gestão dos produtos clínicos e verifiquei a operacionalidade dos equipamentos médicos como é exemplo o ventilador e o monitor desfibrilhador.

Nas salas de reanimação as áreas de trabalho são asseguradas, na maioria das vezes, pelos EEEMC e enfermeiros peritos na área, dado que possuem conhecimentos científicos e frequentemente exercem a profissão na área da emergência.

Ao longo do estágio acompanhei doentes críticos com ventilação invasiva para a realização de exames de imagiologia. Estive atento aos sinais de monitorização tendo em conta o estado hemodinâmico do doente e colaborei no transporte de doentes ventilados com ventilador portátil para salvaguardar o padrão respiratório eficaz. Neste processo é da responsabilidade do EEEM levar e preparar previamente toda a terapêutica caso seja necessário a sua reposição para a estabilização do doente. Destaco o elevado número de transporte e acompanhamento de doentes acometidos com a patologia de trauma e AVC onde tinham sido ativadas as vias verdes, quando comparado com a minha realidade diária.

Durante o acompanhamento de qualquer doente crítico fora do serviço, o chefe de equipa tinha de ser informado a fim de otimizar a gestão. E ainda constatei a existência de três telemóveis que pertencem ao serviço de urgência. Um dos telemóveis está ao cuidado do chefe de equipa, o segundo estava ao cuidado do enfermeiro da sala de reanimação número 1 e um terceiro telemóvel estava ao cuidado do auxiliar responsável pelo espólio e valores. A utilização dos telemóveis permite a comunicação e a organização para gerir da melhor forma o serviço. Esta forma de comunicação e de organização permitiu gerir os serviços de forma segura e permitiu ao chefe estar informado das atividades mais importantes que estava a decorrer no turno e ajustar os

recursos humanos a cada situação. Esta ferramenta aproximava o gestor das necessidades dos seus colaboradores. Poderá ser uma medida inovadora a implementar no SU do HNM, no sentido de agilizar procedimentos no domínio da gestão, dando resposta à premissa de que o EEMC utiliza, negocia e adequa os recursos de forma eficiente para promover a qualidade, (OE, 2011).

É inegável que o enfermeiro EMC é um pilar importante na gestão de recursos e de cuidados de saúde; neste processo de aprendizagem experienciei as expectativas geradas dentro de toda a equipa de saúde do SUC do HSM. Neste sentido de acordo com Le Boterf, Fleury e Fleury (2001) compreendi que o enfermeiro tem um papel importante em qualquer serviço ou organização. É um dos protagonistas que devido aos seus conhecimentos adquiridos e desenvolvido no domínio da gestão, ele demonstra entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas. As experiências realizadas nos dois contextos do estágio de opção serviram para ganhar competências neste domínio, as ações desenvolvidas resulta da experiências anteriores mas enriquecidas pelo estágio em que tive de diariamente prevenir e detetar em tempo útil alterações do estado de saúde dos doentes. A gestão dos cuidados desenvolveu-se de forma sistematizada e com prontidão, tendo em conta a eficiência e a eficácia dos mesmos.

1.3.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao longo do percurso do Estágio de Opção procurei sempre desenvolver o autoconhecimento e valorizei a relação com a pessoa e família no sentido da assertividade e respeito pelos limites pessoais e profissionais. Na relação multiprofissional estabeleci uma relação de excelência com os tutores e os restantes elementos da equipa, mantendo-se um bom ambiente profissional em todo o período de estágio de opção, como foi confirmado no momento de avaliação final e *feedback* demonstrado verbalmente por diversos profissionais.

Neste domínio de competência espera-se que o enfermeiro desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, e que o mestrando baseie a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010). Tal como Barbara Carper demonstrou, o corpo do conhecimento da Enfermagem é constituído por quatro padrões de conhecimento: o empírico (ciência de Enfermagem), a estética, a ética e o conhecimento pessoal (Vison, 2000).

No que diz respeito à práxis clínica especializada com base nos padrões de conhecimento considero que este tem sido e será um processo de desenvolvimento contínuo desta competência enquanto exercer a profissão, pois a formação e atualizações serão fundamentais para aprofundar conhecimentos na práxis clínica. Deste modo é evidente a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências específicas para intervir em contextos de cuidados de saúde, também específicos, não esquecendo porém que tal desenvolvimento parte das suas competências base (competências do enfermeiro de cuidados gerais) que influenciam o meu agir profissional.

As situações que experienciei no Estágio, por diversos momentos, convergiu com algumas situações experienciadas na minha prática profissional. A capacidade de intervir em situações de emergência é influenciada por variáveis pessoais e profissionais. O cuidar da pessoa em situação crítica abrange uma diversidade de conhecimentos, que devem ser adquiridos e trabalhados continuamente na vida profissional.

No Serviço de Urgência tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados de enfermagem a doentes com diferentes índices de gravidade e diferentes situações clínicas. A prestação de cuidados foi efetuada com o máximo de exigência, indo de encontro ao cumprimento de normas, protocolos e procedimentos adotados pelo serviço, assim como pelos padrões de qualidade da OE. Considerado Perito no contexto do SU, permitiu uma abordagem ao doente na Sala de Emergência e a doentes que chegam com histórias clínicas e se requer a ativação das diversas vias verdes. Como nos refere Benner o perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto um todo (Benner, 2001).

Embora me considere num patamar de Perito no contexto do Serviço de urgência, por ter prática na abordagem do doente crítico na Sala de Emergência e também nomeadamente nas situações relativas aos doente que recorrem com histórias clínicas cuja prioridade se enquadra nas situações em que são ativadas as diversas vias verdes, as experiências vivenciadas noutros contextos clínicos permitiram-me refletir de forma crítica e comparativa sobre os meus conhecimentos de forma a aprofundar e desenvolver competências especializadas no cuidado ao doente vítima de trauma adulto e idoso.

Um doente crítico, segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), é aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. A minha competência adquirida no contexto do trauma deve-se à experiência prática e a um curso de pós-graduação em Urgência e Emergência onde foi abordado o trauma em termos teóricos e práticos. Tive a oportunidade de realizar uma formação em SAV e um curso de MRMI sobre a prática avançada na área do Trauma. Neste sentido, as oportunidades de participar em alguns simulacros, ligados ao trauma e à importância do treino influenciam-me e a todos os profissionais de saúde que trabalham no contexto da Urgência e lançam desafios cada vez mais exigentes às sociedades e equipas de saúde.

A pessoa vítima de trauma pode ter a sua vida ameaçada por falência de funções vitais necessitando de meios avançados de vigilância e despiste de um conjunto de distúrbios metabólicos inerentes à tríade letal, bem como de monitorização e administração de terapêutica face ao quadro hemodinâmico e dor inerentes à situação vivida. Neste sentido, torna-se pertinente e necessário o cuidado especializado de enfermagem indo de encontro ao preconizado pela OE no âmbito dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2010) emanou uma circular normativa (Nº: 07/DQS/DQCO) - “Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”, que veio obrigar a todos os serviços de urgência a se organizarem internamente para o atendimento ao doente politraumatizado, e de uma forma sucinta, define os cinco requisitos cumulativos fundamentais:

1. Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem). Precisa ter em conta os sinais vitais, o nível de consciência e a anatomia da lesão;
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos), baseada na nomenclatura A - Via Aérea com imobilização da coluna cervical; B - Ventilação e oxigenação; C – Circulação, com controlo de hemorragia; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição, evitando a hipotermia;
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora), observação sistematizada da cabeça aos pés.

Assim, e dando resposta aos meus objetivos para este estágio, na EMIR colaborei e participei nos meios de imobilização e estabilização dos indivíduos tendo em conta que no ambiente pré-hospitalar existe uma estrita colaboração com os bombeiros, sendo a equipa da EMIR no local quem lidera os cuidados à vítima de trauma. Foi seguida a metodologia ABCDE, de forma sistematizada, referindo que a monitorização e cateterização de acessos venosos e colocação de soros e analgesia fizeram parte de atuação.

O EEMC desenvolve a capacidade observadora e preventiva na necessidade de serem usadas medidas de SAV e técnicas e meios invasivos na operacionalização de protocolos terapêuticos complexos. Como nos refere Benner (2005) a experiência potencia a perícia (...) e nesse sentido, a tomada de decisões profissionais complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, contribuirá para um cuidar holístico e eficiente. Assim, esta prática profissional permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área. O processo de decisão foi fundamentado no saber e na experiência em benefício do doente, e ainda com recurso a medidas terapêuticas complexas e a utilização de ventilação mecânica, drenagens torácicas, colocação de CVC, fármacos na reanimação e medidas de suporte de vida.

O trabalho profissional realizado no local teve sempre em vista estabilizar e otimizar o estado clínico do doente e encaminhar e acompanhar essa vítima de forma segura e o mais rápido possível, mantendo os cuidados avançados até chegar ao SU do HNM. Este, constitui-se como um contributo positivo sendo reconhecido como um elo importante na cadeia de socorro da RAM.

No SUC do HSM colaborei, em quase todos os turnos, na assistência aos diversos tipos de trauma grave, moderado e ligeiro e ainda participei em algumas situações de trauma infantil. Num dos casos que vivenciei na primeira semana, tratou-se de um doente vítima de trauma de viação que foi estabilizado no Pré-socorro pela VMER. O doente apresentou paragem respiratória e trazia ventilação assistida drogas de suporte, acessos periféricos, com estabilização da coluna com plano duro, colar cervical, fixadores laterais de cabeça e aranha.

Neste contexto tive oportunidade de refletir sobre as práticas complexas que o SU proporciona em termos de formação e aprendizagem, a importância de conhecimentos avançados no doente crítico e especificamente no trauma. Torna-se por vezes difícil definir o que é emergência, neste sentido, segundo Duncan (1995), é um

acontecimento súbito e que requiere intervenção diferenciada e imediata pelos profissionais de saúde, pois põem em risco a vida, como por exemplo, numa situação de catástrofe em que as vítimas na sua maioria encontram-se seriamente feridas, e/ou correm perigo de vida. Assim, o autor define “emergente como aquele paciente cuja condição aguda ou de risco de vida, requer avaliação rápida e atenção imediata” (p.355).

Neste processo de aprendizagem foi possível verificar a importância da ativação da via verde do trauma, confirmando a relevância de uma boa organização de cuidados nesta área, um bom funcionamento em termos de Triage e ainda a existência de uma equipa de trauma destacada para os traumas graves que são encaminhados para as salas de reanimação 1 e 2. Também a articulação com outros serviços, dando prioridade aos doentes que se encontram na Urgência, se mostrou significativa. Destaca-se o Bloco operatório, o Serviço de Imagiologia, o SMI, o Serviço de Imunohemoterapia e Serviço de Análises Clínicas.

No SU, segundo Moreno (2000) o enfermeiro sistematiza as competências profissionais e pessoais necessárias em que se habitua a mudanças rápidas; prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes; ter espírito de trabalho em equipa; ser capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem; ser assertivo; ter consciência profissional e responsabilidade; ter capacidade de decisão; ter destreza manual; e ter capacidade de gestão e de organização. (p. 35-40)

O enfermeiro tem a obrigação de estar à altura das exigências, tal como preconiza o regulamento e o código deontológico dos enfermeiros, no seu artigo 88º - “Da excelência do Exercício”. Para um desempenho de excelência, quer na prestação de cuidados, quer no âmbito geral de um serviço de urgência, idealmente todos os enfermeiros afetos a estes serviços deveriam possuir especialização nesta área.

Na globalidade, estes dois contextos clínicos responderam às minhas inquietações e às minhas necessidades pessoais e formativas, possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica. No doente com trauma demonstrei competências avançadas, fundamentada na evidência científica e segundo a metodologia ABCDE.

Em síntese desenvolvi competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais e profissionais, apresentando habilidades pessoais e

profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade de acordo com a EMC.

1.3.5. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em situação crítica

Nestes dois contextos clínicos, o enfermeiro com EEMC depara-se, maioritariamente, com situações agudas, às quais tem de dar resposta em tempo útil, pelo que a pessoa em situação crítica está ameaçada por falência ou eminência de falência de um ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes da situação crítica é um desafio, uma vez que esta resposta tem de ser implementada frequentemente numa questão de minutos. Assim, o enfermeiro especialista prioriza os cuidados no sentido de dirigir a sua ação sobre o foco de atenção de enfermagem.

Apresenta-se assim, de forma clara, que a referida consciencialização que em ambos os contextos o EEMC tem de prever e detetar precocemente as complicações, e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

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

Neste caminho apercebi-me de diversos aspetos a considerar na especialização em enfermagem MC. A aquisição das competências específicas resultam de uma prática reflexiva e fundamentada em conhecimentos e habilidades múltiplas que servem para responder em tempo útil às pessoas em situações emergentes, gerindo e administrando protocolos terapêuticos complexos, intervindo na gestão e controlo da dor evidenciada no doente crítico, tendo em conta um cuidado holístico, respeitando a relação com os seus familiares como fator importante para ajudar na transição e no processo saúde/doença, e privilegiando a relação terapêutica, e os aspetos comunicacionais como respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica.

Para identificar pontos de reflexão acerca dos cuidados à pessoa em situação emergente no pré-hospitalar em ambiente não controlado ou no ambiente hospitalar em ambiente controlado foi importante o trabalho realizado pelos EEMC responsáveis por ambos os estágios, pois ambos têm experiência acumulada nos cuidados

especializados ao doente crítico, promovendo a excelência no cuidar do doente tanto agudo como no doente crónico. Segundo Alarcão e Rua (2005) o estágio clínico permite uma mobilização de saberes, o contato com as situações práticas tornam-se ricas no desenvolvimento da identidade profissional. Neste desenvolvimento foi importante aliar os saberes do contexto académico com os da prática, permitindo-me prestar os cuidados específicos no doente em situação crítica, valorizando da mesma forma a abordagem ao doente politraumatizado em ambos os contextos práticos.

No trauma é de realçar o papel que o EEMC tem em todos os aspetos no processo do cuidar do doente crítico de causa traumática, articulando as competências técnicas, cognitivas e comunicacionais. O EEMC é um profissional dotado de conhecimentos teóricos e práticos na abordagem inicial (ABCDE) e secundária, devendo ainda ser detentor de conhecimentos e saberes nas áreas de cinemática, choque, traumatismo torácico e abdominal, crânio-encefálico e vertebro-medular. De acordo com o regulamento das competências específicas da OE (2011), o EEMC executa cuidados técnicos de alta complexidade demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. Estes conhecimentos adquiridos e desenvolvidos no decurso da experiência profissional foram reforçados em ambos os contextos clínicos, permitindo identificar as respostas do utente às diversas situações e cuidados associados, assim como, compreender a influência dos cuidados de saúde ao utente em situação crítica com o *status* neurológico, respiratório e circulatório alterado.

Na opinião de Nunes (2007) para uma intervenção precoce e eficaz é importante atender às referências construídas na área que sistematizam a intervenção, traduzidas através de algoritmos ou *guidelines*, que se constituem guias orientadoras. No SUC do HSM houve um episódio que demonstra todas estas competências que foram desenvolvidas tendo em conta uma abordagem sistemática baseada em evidências científicas e em experiência em SAV. Durante o exercício do estágio na sala de Reanimação, tive uma situação clínica específica em que o INEM informa ao SUC do HSM que a VMER, estava a transferir um bebé vítima de queda em casa com cerca de 1,50 m de altura, com sonolência alternando com gemido, ligeira dificuldade respiratória, saturação de O₂ acima de 95%. Informaram que a criança estava estabilizada em plano duro, com colar cervical e fixadores de cabeça, tinham conseguido um acesso no punho esquerdo, tinham imobilizado o punho direito devido a suspeita de fratura. Neste processo foi ativado a equipa de trauma, registando-se uma

ocorrência de trauma infantil em que segundo o protocolo a equipa foi liderada pelo Pediatra.

Neste tempo de espera pude tirar algumas dúvidas e à cabeça encontrava-se o porquê de não se encontrarem enfermeiros da Pediatria na equipa que aguardava a chegada da criança; segundo a minha tutora, de acordo com uma norma Interna do SUC, o Pediatra com formação em SAV e ATL lidera a equipa sendo apoiado pelos enfermeiros da área adulta com formação em Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN), estando preparados para estas ocorrências de trauma infantil. Ao dar entrada, rapidamente foram prestados todos os cuidados ao bebé segundo a sequência ABCDE, verificando-se a triagem com prioridade laranja tendo o enfermeiro da triagem optado pelo fluxograma de Grande traumatismo e escolhendo o discriminador de alteração do estado de consciência e o critério de Mecanismo de acidente de queda com duas vezes o tamanho da criança de modo a ativar a via verde do trauma. Na sala de reanimação em menos de 10 minutos a equipa multidisciplinar fez a observação e desencadeou os seus saberes tendo em conta as referências internacionais na abordagem à vítima de trauma.

Manteve-se o alinhamento corporal, administrado o oxigénio para manter boa perfusão tecidular com saturação de oxigénio acima de 95%, e foi administrado analgesia de acordo com o peso e idade do bebé. À mãe foi permitido a sua presença na sala de reanimação, estando emocionalmente abalada, chorosa e com sentimentos de culpa pela situação. Durante a permanência na sala de reanimação a chefe de equipa EEMC iniciou e foi gerindo a situação tentando tranquilizá-la gerindo e adaptando a comunicação e estabelecendo uma relação terapêutica. A situação clínica foi melhorando e a mãe foi ficando mais calma após clarificação da Pediatra de que apenas ia manter o material de estabilização até aos resultados dos exames.

Nesta situação de aprendizagem valorizei a capacidade do EEMC em ajudar a ultrapassar as transições que o bebé e a sua mãe estavam a vivenciar; de acordo com Meleis (2005) temos um papel fundamental que não passa apenas por monitorizar, puncionar acessos venosos, preparar e administrar terapêuticas, esta área de especialização vem a desenvolver capacidades de reagir a situações imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas em resolver os problemas que apresentam o doente e a sua família.

As transições podem ter sucesso se envolvermos o doente e sua família e trabalharmos em equipa. Esta ideia tem muita força relativamente a uma das situações que era frequente na triagem e na sala onde permaneciam os doentes com prioridade laranja, não podendo ser menosprezados os cuidados às pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como aos seus familiares. Twycross (2003) refere-se ao conceito de aliança terapêutica, afirmando mesmo que “a essência dos cuidados paliativos é a aliança entre a equipa de cuidados, o doente e a sua família” (p.18). Neste sentido o EEEMC tem que comunicar abertamente com todos os intervenientes no processo de cuidados. Para o EEEMC, ao avaliar, diagnosticar e intervir faz sentido o doente e família interagirem e participarem de forma ativa em todo o processo.

Assim, a minha ação desenvolveu-se com intervenções dirigidas ao doente e família respeitando as suas vontades, crenças como elementos fundamentais nos cuidados paliativos. Reforçando esta ideia, Abreu (2007) citando Benoliel, afirma que o EEEMC na organização e gestão de cuidados deve ter em conta a necessidade de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis.

O enfermeiro com a EEMC demonstra conhecimentos e habilidades em medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Pude avaliar muitas situações em que identifiquei a dor, através de queixas específicas dos doentes ou pela observação de fâcies sugestivas de desconforto, potencialmente provocado pela dor. Vivenciei algumas situações no SUC, sendo a sala de laranjas onde mais frequentemente pude prestar cuidados a doente com dor abdominal, cólicas renais, entre outras, que facilmente cediam à terapêutica analgésica. Porém, também foram frequentes os doentes com agudização de dor associada a neoplasias, que, apesar de seguidos na terapêutica da dor, evidenciavam grande sofrimento e debilidade física.

Nesta sala, confirmei que alguns destes doentes recorriam por sistema ao serviço de Urgência nos dias seguintes, realidade idêntica à que encontro na minha prática profissional, em que o serviço de urgência é procurado para dar respostas aos problemas apresentados pelos doentes com neoplasias, devido à resposta ser insuficiente pela terapia da dor e serviço de Hemat oncologia. Esta realidade constitui um desafio ao saber e à experiência do EEEMM, no sentido de encontrar as melhores

respostas para o alívio da dor e do sofrimento. Uma vez mais, estas incluem saber, saber fazer e, muito particularmente, saber ser e estar.

Nos doentes ventilados, nas salas de reanimação cumpri o protocolo de sedação e analgesia instituídos a estes doentes, conducente com a experiência anterior no SMI do HNM.

Na EMIR além de serem valorizados os sinais de dor, foi tido em conta o controlo da dor como uma prioridade dos cuidados durante a assistência e o transporte do doente em situação crítica. Nos doentes politraumatizados em ambos os contextos clínicos este foco era tido em conta na avaliação global dos doentes. As drogas para sedar e analgesiar eram medidas terapêuticas muito usadas em ambos os contextos, o uso de morfina ou petidina ou midazolan ou propofol eram frequentes em ambas as praxis clínica experienciadas. O registo da dor era realizado em ambos os contextos, embora na emergência muitas vezes seja secundarizado, mas pude constatar no SUC os registos identificavam o foco e a localização e as intervenções realizadas e avaliação das medidas implementadas.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergências multivítimas: da conceção a ação.

A capacidade de intervir em situações de catástrofe no pré-hospitalar e em serviços de Urgência tal como estão organizados em termos de dar respostas a estas situações nos dias de hoje é cada vez mais premente pois é cada vez mais frequente acontecerem estes eventos do que há 20 ou 30 anos atrás. Em cenários de situação de emergência que implique múltiplas vítimas, é esperado do EEMC, que detenha conhecimentos e competências avançadas na gestão dos cuidados em doentes em situações críticas, devendo ser resiliente e capaz de superar de imediato do choque para não comprometer a resposta.

A minha experiência nesta área vem do conhecimento adquirido e desenvolvido na atividade profissional, valorizando também a frequência dos cursos que abordem esta vertente, preparando-me para contribuir em caso de ser ativado o plano de catástrofe. De acordo com o ICN (2009) os enfermeiros são importantes em situações de catástrofes, por que possuem conhecimento, as competências e habilidades, contribuindo positivamente na resposta a catástrofes. Além do papel de liderança também tem uma atividade profissional que destaca-se na prevenção e formação das

peessoas em preparar-se para a situações de catástrofe. Estes tipos de doentes surgem dos diversificados acontecimentos globais catastróficos com que nos deparamos tais como, acidentes de viação, eventos terroristas, desastres naturais, cenários de guerra, e tantos outros mais. Desta forma dá resposta à unidade de competência - planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe (OE, 2010).

Segundo Mota (2012), os enfermeiros possuem conhecimentos e são essenciais em transmiti-los, demonstram qualidades na articulação da teoria e da prática, observei a importância dos seus saberes e o impacto positivo que tem na sociedade. Os EEEMC no pré-hospitalar desenvolvem competências científicas, técnicas e humanas e relacionais nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Durante este estágio proporcionaram uma dinâmica de aprendizagem profunda, facilitando a consolidação da minha identidade profissional.

A EMIR tem tido muitas situações de catástrofe e nestes casos é mobilizado uma segunda equipa ou, dependente da gravidade, a terceira equipa em que os carros estão equipados da mesma forma. Segundo o enfermeiro tutor uma das situações em que foi ativada esta terceira equipa foi num acidente grave que aconteceu no Município de São Vicente com um autocarro de turismo com cinco mortos no local e muitas vítimas encaminhadas para o SU do HNM. Por coincidência e por ter estado nesse dia como triador no SUC do HNM, fizemos uma análise reflexiva da situação e foi possível comparar as vivências no ambiente pré-hospitalar e no ambiente hospitalar. A necessidade de ter recursos disponíveis nos diversos serviços para esta situações e a implementação de um plano de emergência, previamente elaborado, constituiu uma mais-valia na operacionalização do socorro.

No SUC do HSM existe uma coordenação entre o serviço e o INEM, havendo também a possibilidade de colaboração das outras duas Urgências na área Metropolitana de Lisboa para receber essas vítimas. Segundo a enfermeira tutora, num dos casos de catástrofe, o INEM improvisou e montou uma tenda no estacionamento que fica em frente à Urgência, havendo a mobilização de vários profissionais de outros serviços para colaborar nos cuidados. O próprio Hospital tem um plano de emergência interna no caso do próprio Hospital ser afetado por alguma catástrofe; tem procedimentos definidos em caso de incêndios e tem um plano de evacuação de doentes.

Em síntese, o EEEMC tem a capacidade para liderar e de atribuir graus de urgência e decide a sequência de atuação os seus conhecimentos avançados na enfermagem de emergência são reconhecidos pelos seus pares e pela equipa de saúde (OE, 2011). Apesar da atuação em situação de emergência ser uma prática com a qual eu estou familiarizado decorrente da atividade profissional, a atuação em catástrofes e a abordagem sistematizada aos doentes vítimas de trauma requer a formação e atualização de conhecimentos, sendo fundamentais para o sucesso em situações reais, bem como os exercícios de preparação, as simulações e aposta em cursos de SAV e ATCN e MRMI, são fundamentais para que o EEEMC possa “gerir equipas e lidar de forma sistematizada, no sentido de eficácia e eficiência da resposta pronta” (OE, 2010, p. 4).

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

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Podemos enfatizar na opinião da OE que considera:

o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção (OE, 2010b, p. 4).

Relativamente à prevenção e controle de infeção assume uma importância vital, atendendo cada vez mais ao aumento do risco de infeções cruzadas em situações de emergência. Assim, o EEEMC intervém na formação ativa dos intervenientes no processo do cuidar e demonstra conhecimento na aplicação de princípios básicos; e lidera os planos rigorosos na prevenção e controle da infeção. Como conhecedor desta área, na minha atividade profissional, sensibilizei para as boas práticas baseadas em evidências científicas, tentando minimizar este risco reduzindo as taxas das IACS. Os EEEMC têm sido participantes ativos nas mudanças de comportamentos nas equipas onde trabalham, como nos fundamenta a OE (2010).

Na EMIR a equipa, quer o médico quer o enfermeiro EEEMC, têm uma preocupação real no uso das medidas de prevenção e controle de infeção, devidos as situações de PCR ou peri paragem ou doentes com intoxicações com drogas como heroína, cocaína e *bloom*. Há a consciência de realizar o seu trabalho tendo em conta o uso de equipamentos de proteção individual devido ao conhecimento prévio ou desconhecimento do historial do doente. No meio pré-hospitalar, sendo um ambiente não controlado, parece impor-se a necessidade de condutas de atuação com rigor, fortemente balizados em termos de segurança e atuação sem afetar o seu desempenho profissional de excelência.

Toda a experiência vivida na prestação de cuidados à pessoa vítima de grande trauma proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas na abordagem sistematizada, na manutenção das funções vitais, precauções de segurança, equilíbrio hidroeletrólítico, promoção de um ambiente seguro e prevenção da infeção e respeitando os aspetos éticos e legais que proporcionará num futuro atendimento uma maior efetividade na prestação do cuidar. A juntar a este processo formativo, destaca-se todo o conhecimento adquirido na pesquisa de protocolos complexos, instituídos pelas instituições de saúde como uma ferramenta de aprendizagem que permite cuidados de enfermagem seguros para o doente.

CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE – decreto-Lei n.º 161/94 de 4 de setembro, Art.º 4º).

Considera-se que foi possível adquirir, desenvolver e consolidar competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, face à complexidade das situações e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil. O desempenho foi promovido quer pelos orientadores, quer pelos elementos das equipas que abraçaram os desafios propostos durante os momentos de prática clínica.

A construção deste Relatório final teve por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro). Considerando este quadro de referências define-se Especialista como sendo — um enfermeiro, com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE 2011).

O domínio de competências específicas é caracterizado pela prestação de cuidados especializados sendo o alvo do MEEMC no qual me insiro, o desenvolvimento de competências para atingir o título de Enfermeiro Mestre e Especialista em Pessoa em Situação Crítica. O processo de ensino/aprendizagem a que nos propusemos no âmbito deste Curso engloba os momentos de prática clínica que contempla os Estágios e a orientação tutorial assentes no pressuposto de que a aprendizagem ao longo de experiências reais diversificadas potencia o desenvolvimento de capacidades e competências centradas na prática profissional de Enfermagem.

A par das competências técnicas e científicas associadas à área específica de cuidar da pessoa em estado crítico, foram desenvolvidas competências éticas, pessoais e comunicacionais que promoveram não só o saber e o saber fazer, mas também o saber estar, o saber comunicar e o saber agir face a pessoa em estado crítico. O desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica baseou-se num movimento dialético entre reflexão e análise da prática, baseada num atendimento organizado e sistematizado, (ABCDE) de forma constante e por toda a equipa de saúde, destacando-se, pelo interesse pessoal, a prestação de cuidados de enfermagem especializados no contexto da pessoa crítica por trauma, refletindo-se numa melhoria continua na qualidade de cuidados de saúde.

O presente Relatório demonstra um trabalho reflexivo de aprendizagem e pretende demonstrar o meu processo de desenvolvimento de competências especializadas no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica. A componente prática orientada para o desenvolvimento de competências específicas constituiu um guião estruturador da minha aprendizagem. O processo de aprendizagem foi complementado com todos os intervenientes, nomeadamente o conhecimento transmitido pela experiência dos enfermeiros tutores da prática clínica e as docentes orientadoras da ESESJCluny.

A aprendizagem foi reforçada por uma coleção sistemática de trabalhos, elaborados ao longo deste percurso de aprendizagem, e ilustra os esforços, os progressos e a aprendizagem em diferentes domínios. Foi um registo único e intransferível. Como formando de forma ativa foi construindo os meus saberes neste domínio específico em EMC nos diversos estágios.

Ao longo deste percurso de aprendizagem promovi sempre uma postura proactiva e de discussão dos vários focos de enfermagem na equipa de saúde. Este relatório foi assim mais do que a descrição do meu desempenho ao longo dos estágios desenvolvidos, ela assentou numa base fundamental do conhecimento científico e traduziu, uma análise exaustiva do desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Assim, descrevi a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; relatei a administração de protocolos terapêuticos complexos; narrei a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; analisei os critérios de ativação de uma equipa de trauma na assistência à pessoa traumatizada; descrevi a

organização e a dinâmica do funcionamento de uma equipa de trauma no atendimento à pessoa traumatizada em situação crítica; relatei os princípios da avaliação primária, ressuscitação e algoritmo do suporte avançado de vida em trauma; descrevi os princípios da avaliação secundária da cabeça aos pés; descrevi os cuidados em situações de emergência e/ou multi-vítimas e explicitiei as vivências e experiências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem especializada. A construção de saberes/competências implicou uma tomada de consciência em adquirir competências acrescidas para obter o grau de Mestre em EMC

O Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica assumiu assim, uma importância vital no seio da ciência e da profissão. Hoje, como enfermeiro, estou mais habilitado, mais qualificado e preparado para responder afirmativamente a qualquer desafio na arte de cuidar da pessoa, família e comunidade.

A excelência foi baseada em princípios e padrões de qualidade em que demonstrei o desenvolvimento de competências ao longo do processo de formação, e a expressão de competências aos vários níveis do Saber: Saber ser, saber estar, saber fazer. Relevei aquisições de aprendizagem, quer ao nível dos produtos (o que aprender) quer ao nível dos processos (como aprender). As experiências práticas desenvolveram-se com base na evidência científica, na ética e deontologia profissional.

Em todo este percurso podemos eventualmente invocar que a maior dificuldade foi a necessidade de compatibilizar os vários compromissos profissionais com as responsabilidades académicas, apesar de, ter sido possível corresponder. Estamos convictos que os momentos de desenvolvimento vividos e proporcionados, foram promotores de mudança de práticas profissionais que poderão ser consolidadas no futuro próximo, em cada espaço/tempo de prática clínica, porque acreditamos que depois das relações e contactos estabelecidos não permanecemos como anteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Rua, Marília. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Amante, M.J. et al., 2006. A Imagem das competências dos profissionais de informação-documentação: relatório. [pdf] Acessível em: [Consultado em 10 de Março 2017].
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Camelo, Sílvia Helena Henriques – Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. [Em Linha]. 20 (1) jan-fev 2012, p.192-200. Consultado em [06.03.2017, 17:41]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf. ISSN: 0104- 1169. 003). Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care*, 8 (3), 96-102
- Campos, C. J. G. & Teixeira, M. B. (2001). O atendimento do doente mental em pronto socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35(2), 141-149.
- Carvalho, A. L. (2005). Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, A. A. de Sousa & Carvalho, G. S. (2004). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros sub-região de saúde de Vila Real. *Educação para a Saúde*, 22(1). Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2014). Disponível em <http://www.chln.pt/>
- Colégio Americano de Cirurgiões (2008). *ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos* (8ª ed.). Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões – Comité de Trauma.

- Direção Geral de Saúde. (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>.
- Doenges M.E., Moorhouse M. F., Murr,A. C. (2002). *Nursing care plans: guidelines for individualizing patient care..* F.A. Davis Company.
- Ducan, B. B. et al (2003). *Urgência e Emergência para Enfermagem*. S.l.: Editora Latria.
- Conselho Internacional de Enfermeiras – CIPE® /ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2. S/ Ed. Loures: Lusodidacta, 2011, 205 p. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Fernandes, I. M. Ribeiro (2007). *Fatores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Figueiredo, N. M. A. & Coelho, M. J. (2004) Aprendendo a cuidar em emergência hospitalar: equipe, funções e ações. In: N. M. A Figueiredo, (Org.). *Cuidando em emergência* (p.101-12). São Paulo.
- Fleury, M. T. L; Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. [Edição Especial]. *Revista de Administração Contemporânea*, (5), doi : 10.1590/S141565552001000500010
- Fulbrook P. (2003). Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care*; 8: 96–102
- Hesbeen, W., 1998. Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Editora Lusociência.
- Hesbeen, Walter – Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, s. ed.. Loures: Lusociência,2000. 201 p. Tradução de: Maria Isabel BaptistaFerreira. ISBN: 972-8383-11-8.
- Humphris, D. (2007). Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward?, *Contemporary Nurse*, 26(1), 48-55.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Autor.

- Internacional Council of Nurses. (2009). *Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE* (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Geneva: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/linhas_cipe.pdf
- International Council of Nurses & World Health Organization. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Disponível em http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les Editions d'organisation.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas: Resposta a 80 questões*. Lisboa: Edições ASA.
- Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In S. Sheehy. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (4ª ed.) Loures: Lusodidata. (tradução do original em inglês Emergency Nursing : principles and practice, 1998, New York : Mosby).
- Maria, M. A., Quadros, F. A. A., & Grassi, M. de F. O. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 297-303. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: development and progress*. (3ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams and Williams.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions Theory : Middle-range and situation-specific : Theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.
- Moreno, A. S. et al. (2000). Procedimientos en educacion para la salud. In A. S. Moreno (Ed.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nunes, Lucília – A Especificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – Para Uma Ética de Enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8
- Nunes, F. et al (2009). *Manual de Trauma. Para apoio ao curso de abordagem integrada do Traumatizado para Enfermeiros* (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Oliveira, A. P., Paula, A. O., Lacerda, A. C. S., Andrade, F. S. & Iquiapaza, R. A. (2014). Infecciones hospitalarias en servicio de emergencia y una unidad de cuidados intensivos: similitudes y diferencias. *Revista Eletrônica de*

- Enfermagem* 16(1), 125-131. Consultado a 30 de Fevereiro 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20154>. DOI: 10.5216/ree.v16i1.20154.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Autor. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Autor. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma Para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontológica Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem do Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa: Autor.

- O Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM, designado por SRPC, IP-RAM, no artº 1 do Decreto Legislativo Regional n.º 12/2013/M
- Paiva, A. (1995). *Registos de Enfermagem: da tradição SCRIPTO ao discurso INFORMO*. Porto: ICBAS.
- Paiva, A. (2014). Medição de resultados associados à prática especializada. In 2º *Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros, Coimbra.
- Payen, J.-F. [et al.] (2001) - Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*. Vol. 29, nº 12, p. 2258-2263.
- Pedro, N. F. S. M. (2012). *Abordagem da Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica: Intervenção Especializada de Enfermagem*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Consultada em RCAAP.
- Perrenoud, Ph. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Potter e Perry (2006) *Fundamentos de enfermagem*: Elsevier: ISBN 8535216774, 9788535216776
- PORTUGAL. (10 mar. 2015). Regulamento nº 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República nº 48, II Série*.
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. (10 nov. 2014). Regulamento nº 506/2014 : Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da República nº 217, II Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (04 set. 1996). Decreto-Lei nº 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República nº 205, I Série-a*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* nº 35, II Série.

PORTUGAL. Serviço de Saúde da RAM. Hospital Central do Funchal – Manual do Serviço II. 2008. Acessível no Hospital Nélcio Mendonça, Funchal, Portugal. Disponível em:

https://www.procivmadeira.pt/images/legisla%C3%A7%C3%A3o/orgnica_srpc_2013.pdf

Priberam. (2017). Dicionário Língua Portuguesa. Disponível em <http://www.priberam.pt/Empresa/Contactos.aspx>

Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar Quinta da Prata. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de Saúde Estágio). Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>

Sackett, L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. Londres: Chuechill Livingstone

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

Santos, J. B., et al. Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde. Porto Alegre: Hospital das Clínicas, 2011. 44p. Disponível em: Acesso em 22 mar 2017.

Saraiva, Dora M R Fonseca & Martinho, Teresa M da Cruz – Comunicar com o doente em estado crítico, Nursing Suplemento. Ano 23, nº 270, junho 2011, p. 8- 14. ISSN: 0871-6196.

Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. Nursing Suplemento Junho 8-14. Consultado em 22-03-2017 <http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>

Serviço Regional de Proteção Civil. (s.d.). Disponível em https://www.procivmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=805&Itemid=165&lang=pt.

Silva, P. C. (2011). Manual de Normas de Enfermagem procedimentos Técnicos. Lisboa:

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2º Edição Revista

Simões, J. (2008). Supervisão e ensino clínico de enfermagem: A perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, (6), 91-108.

Soares, N. V., e Dall'Agnol, C. M. (2011). Privacidade dos pacientes: Uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, 24(5), 683-688.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos: recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Torres, M. & Reis, B. (2002). O papel do enfermeiro na triagem de utentes no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, (40), 29-32.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Brooker e Waugh (2012) citado por Thompson et al (2006)

Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., . Silva, P. C. (2010). Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Vieira, Margarida. Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência. 2ª edição – Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009.

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