

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**

Do contexto do serviço de urgência ao do bloco operatório

Angélica Maria Ferreira de Sousa

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

Funchal,

2019

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**

Do contexto do serviço de urgência ao do bloco operatório

Angélica Maria Ferreira de Sousa

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

Orientadora: Professora Doutora Luísa Santos

**Funchal,
2019**

Experience without theory is blind, but theory without experience is mere
intellectual play.

Immanuel Kant

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça e ao Hospital São João do Porto pela oportunidade de crescimento profissional e científico.

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Luísa Santos pela orientação, incentivo e rigor.

À Exma. Sr.^a Enfermeira Especialista Marina Castro pela disponibilidade e por fomentar o meu desenvolvimento profissional.

Às Exmas. Sr.^{as} Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Licínia Barreto, Ana Sofia Nunes da Silva e Isabel Figueiredo pela paciência, orientação e a partilha do conhecimento.

As futuras enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica, Carla Jesus, Letícia Alves, Piera Gomez pela amizade e motivação.

A minha família, pelo amor e apoio incondicional.

Ao Vítor Ramos, por que sem ti, nada disto seria possível.

A todos, o meu mais sincero Obrigado

RESUMO

No âmbito do 3 ° Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, desenvolveu-se um relatório de estágio, denominado “O cuidado de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica: do contexto do serviço de urgência ao do bloco operatório”.

Tem por objetivo evidenciar o processo evolutivo das competências diferenciadas, alcançadas ao nível da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e paralelamente, traduzir o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética, legal e gestão de cuidados, com vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Neste percurso, evidenciou-se particularmente o contexto da pessoa em situação crítica no Bloco operatório, demonstrando uma resposta de Enfermagem diferenciada em situações imprevisíveis e complexas, face aos riscos de ordem física, química, biológica e ambiental, que a pessoa vivencia.

Está orientado segundo uma metodologia descritiva, crítico – reflexiva, onde é realçado o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, focando nas suas três grandes áreas de atuação: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, maximização na intervenção da prevenção e o controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Reflete um grau de conhecimento, capacidade de compreensão e de resolução de problemas de situações complexas, relacionados com a sua área de estudo, que lhe permite beneficiar de uma prática auto-orientada e autónoma, evidenciando-se a intersecção das competências desenvolvidas que contempla o enfermeiro especialista, com as de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Palavra-chave: Competências; Enfermagem Médico-cirúrgica; Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

In the scope of the 3rd Master Course in Medical-Surgical Nursing of the São José de Cluny College of Nursing, an Internship Report was developed, entitled “Specialized Nursing Care for the critically ill: from the context of the Service Emergency Room”.

It's main to highlight the evolutionary process of the differentiated competences, reached in the level of the provision of specialized nursing care to the critically ill person and, in parallel, translated the development of competences in the field of professional responsibility, ethics, legal and care management, with a view to the continuous improvement of nursing care quality. In this way, the context of the person in critical situation in the Operating Room was evidenced, demonstrating a differentiated Nursing response in unpredictable and complex situations, in view of the physical, chemical, biological and environmental risks that the person experiences.

It's oriented according to a descriptive, critical - reflexive methodology, which emphasizes the role of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, focusing on its three main areas of action: caring for the person experiencing complex processes of critical illness and / or organic failure; response in catastrophe or multi-victim emergency situations, maximizing prevention, intervention and controlling infection against the critically ill person and / or organ failure.

It reflects a degree of knowledge, understanding and problem-solving of complex situations related to your area of study, which allows you to benefit from a self-directed and autonomous practice, highlighting the intersection of the competences developed that includes the specialist nurse, with Master of Medical-Surgical Nursing.

Keyword: Medical and surgical nursing; Person in critical situation; Skills

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A/C: Modo Ventilatório Assistido Controlado

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AORN - Association of Operating Room Nurses

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS – Bispectral Index

BO - Bloco operatório

BPS - Behavioral Pain Scale

CEC – Circulação Extracorporal

DGS – Direção Geral da Saúde

DVE - Dreno Ventricular Externo

ECG - Eletrocardiografia

ECG - Escala de Coma de Glasgow

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LRA – Lesão Renal Aguda

MRMI - Medical Response to Major Incidents

MRSA - Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PIC - Pressão Intracraniana

PREPCRAM - Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

PVC – Pressão Venosa Central

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SESARAM - Serviço de Saúde da RAM

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 - Oximetria de pulso

SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil

SU - Serviço de urgência

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UNAIBODE - União Nacional das Associações de Enfermeiros de Bloco operatório com Diploma de Estado

VM – Ventilação Mecânica

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Vias Verdes

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	17
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA AO BLOCO OPERATÓRIO	32
2.1 Cuidado à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica	33
2.1.1. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Serviço de urgência.....	34
2.1.2. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto SMI	46
2.1.3. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Bloco operatório	52
2.2. Maximiza a intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade da resposta em tempo útil e adequado.	64
2.2.1. Feixe de intervenções: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.....	67
2.3. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação	70
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	74
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

INTRODUÇÃO

Florence Nightingale, em 1871, comparou a Enfermagem a uma arte e que para realizá-la, seria necessário uma devoção tão exclusiva e um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor. Desde então, a Enfermagem sofreu uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer como da complexificação e dignificação do seu exercício profissional, tornando significativo o seu valor no âmbito da comunidade científica da saúde (Machado, 2004).

Em 1996, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), pelo Decreto-Lei nº 161/96, definiu a Enfermagem como sendo uma profissão na área da saúde, cujo foco é a prestação de cuidados de Enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está introduzido, por forma a atingirem a sua máxima capacidade funcional.

Atualmente, a Ordem dos Enfermeiros (OE), infere que os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Por forma a acompanhar esta crescente complexidade de cuidados, a OE atribui o título de enfermeiro especialista, em seis ramos distintos (OE, 2019), do qual destaco a Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se inscreve este relatório.

Nesta especialidade é possível identificar as seguintes áreas de intervenção: área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, área de Enfermagem à pessoa em situação crítica e a área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018), sendo nestas duas últimas, que se foca este trabalho.

Em conformidade com este enquadramento, o presente relatório pretende ser um instrumento de avaliação no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, tendo como orientadora a Professora Doutora Luísa Santos. Exibe uma reflexão sobre os três ensinamentos clínicos realizados no período compreendido entre Outubro de 2018 e Maio de 2019, nomeadamente o Ensino Clínico I – urgência, Ensino Clínico II – cuidados intensivos e Ensino Clínico III – opção e o contributo dos mesmos no

desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, face ao cuidar da pessoa em situação crítica, do contexto do serviço de urgência ao bloco operatório.

Os locais de ensino clínico, atrás referidos, foram o Serviço de urgência (SU) e o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM) e o Bloco operatório de Neurocirurgia do Hospital São João do Porto.

São objetivos deste relato, evidenciar o caminho percorrido ao longo destes percursos de aprendizagem, e demonstrar os resultados obtidos quer ao nível pessoal, quer profissional, culminando com uma análise crítico - reflexiva sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, como também sobre as competências inerentes ao grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica adquiridas.

Para responder a estes objectivos, o presente escrito encontra-se dividido em três capítulos principais, identificados como o **desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista**, o **desenvolvimento das competências específicas em Enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, do serviço de urgência ao bloco operatório** e o **desenvolvimento de competências de Mestre**.

Nestes é feito uma análise detalhada dos percursos clínicos efectuados, demonstrando a concordância entre o percurso profissional e académico e o desenvolvimento das unidades de competência comuns e específicas exigidas ao enfermeiro especialista.

Ao longo de todo o relatório estará implícita a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, pois estas intersectam-se directamente com o desenvolvimento das competências comuns e específicas supramencionadas, tal como o Decreto de lei nº74/2006 evidencia. Segundo este diploma, decreta que o mestre deve desenvolver competências, das quais fazem parte os conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, capacidade de comunicação e ainda a auto-aprendizagem (Decreto de lei nº74/2006).

O relatório está orientado segundo uma metodologia descritiva, crítico – reflexiva, baseada na evidência científica, onde é salientado o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, focando as suas três grandes áreas de atuação: o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; o dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítimas e a

maximização na intervenção da prevenção e o controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A pesquisa bibliográfica que apoiou a sustentação teórica e científica deste relatório, foi efetuada entre fevereiro de 2018 e julho de 2019, com recurso a bases de dados electrónicos indexados, nomeadamente a *Scientific Library On-line* (SciELO), B-on, EBSCO, *Pubmed*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal – RCAP e o Google Académico, que compreenderá a leitura, análise, interpretação, assim como, a reflexão sobre a ação.

No que concerne à estruturação e formatação do trabalho, seguir-se-ão as normas orientadoras da ESESJC, intitulada como “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações” de 2017. As citações e referências bibliográficas, regem-se pelas Normas da *American Psychological Association* (APA) de 2017.

1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O termo competência, na profissão de saúde é utilizado para descrever o conhecimento que permite ao profissional realizar atividades consistentemente, de maneira segura (WHO & ICN, 2009). Os mesmos autores, acrescentam que competência reflete necessariamente, um nível aprimorado de conhecimento, percepção e avaliação, assim como uma gama de habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, associada a uma variedade de atributos e atitudes pessoais.

Patricia Benner (2001), no seu modelo de aquisição de competências, definiu um conjunto de características e comportamentos, em cada nível de desenvolvimento destas competências, assim como as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem.

É opinião da autora, que a excelência da prática dos cuidados, ocorre quando se atinge a perícia profissional, que é conseguida através da aprendizagem experiencial. Defende que se “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54) e infere que o processo de aquisição de competências, pelos enfermeiros, ocorre por diferentes estádios, de iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente a perito.

Resumidamente, o enfermeiro iniciado procede apenas de acordo com os regulamentos, ao passo que o iniciado avançado já tem alguma experiência, que lhe permite analisar as situações e os seus componentes significativos, iniciando a formulação de raciocínios clínicos baseados na experiência, para guiar a sua ação. O competente é o enfermeiro já com alguma experiência na área de intervenção, com uma perspetiva fundamentada, pela qual baseia as suas ações no abstrato e analítico. O proficiente, tem uma visão mais holística das situações e aplica a experiência na previsão de situações similares e no aperfeiçoamento dos seus planos de ação. O perito, demonstra um desempenho muitíssimo eficiente e tem uma consciência global e holística da situação, pela qual define a sua ação (Benner, 2001).

Na mesma linha de pensamento, Le Boterf (2005) corrobora a visão de Benner, afirmando que as competências se desenvolvem através da experiência. O autor evidencia na sua obra que:

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

Este autor determina que perante as eventualidades e acontecimentos inesperados, o profissional deve demonstrar iniciativa, responsabilização e investimento pessoal, por forma a desenvolver as competências que já possui e desenvolver outras que sejam necessárias. Este pressuposto vai de encontro à ideologia do curso de especialização, na persecução de desenvolvimento de competências especializadas.

Nesta óptica, o surgimento dos cursos de especialização em Enfermagem, têm como objetivo desenvolver competências direcionadas, para uma área específica de intervenção ao nível de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados. A aquisição de habilidades profissionais específicas, tem como finalidade dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações e esta direcionada para a inserção no mercado de trabalho (Silva, Luz, & Fernandes, 2018).

No caso do enfermeiro especialista em Enfermagem médico – cirúrgica, a OE (2018) evidencia a importância da sua resposta, pela diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa, família/cuidadores e aos quais, estes os profissionais têm de dar uma resposta eficiente e atempada.

O enfermeiro especialista, nos termos do disposto na alínea i) do nº 3 do artigo 3.º do Estatuto da OE, conjugado com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho, define-se como sendo um profissional na Enfermagem, que se lhe coadune competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na área de especialidade em Enfermagem (OE, 2019).

Estas competências são demonstradas por cada enfermeiro, através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, no âmbito da formação, investigação e assessoria (O.E, 2019).

Portanto, os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, partilham um conjunto de competências análogas, empregáveis em todas as conjunturas da prestação de cuidados de saúde. Ou seja, a atuação do enfermeiro

especialista, inclui competências usáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

A OE, acrescenta que estas competências possuem dimensões onde se inclui a da educação da pessoa e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem (OE, 2019). Note-se que estas dimensões acrescentam necessariamente valor a especialidade, na mesma medida em que eleva as responsabilidades destes enfermeiros na sua prática diária, no sentido de consolidar a Enfermagem e a Enfermagem especializada, como uma profissão alicerçada em evidência científica relevante, na permanente persecução de cuidados de qualidade ao indivíduo e às suas famílias.

As competências ou domínios comuns subdividem-se em quatro pontos: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria da qualidade; o da gestão de cuidados; e o do desenvolvimento das aprendizagens profissional (O.E, 2019).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assenta num corpo de conhecimento do domínio ético-deontológico, no qual evidencia que o especialista tem de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, empregando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (O.E, 2019). Não obstante, alerta também para uma prática em que respeite os direitos humanos, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa. Comparativamente, o Código Deontológico dos Enfermeiros (O.E, 2015), no Artigo 99.º dos Princípios Gerais, obrigam a que todas as intervenções de Enfermagem, sejam realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, assim como o cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão.

Deodato (2015) frisa a importância da deontologia em Enfermagem e o modo como esta enquadra o pensamento e a ação dos enfermeiros:

a deontologia de Enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros (p. 9 – 10).

Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei, em todos os momentos, demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a uma tomada de decisão ética e deontologicamente consciente, procurando respeitar a individualidade de cada indivíduo,

tal como o preconizado no artigo 102.º do Código Deontológico. Todavia, ao tornar o processo de tomada de decisão consciente e reflectido, é justo afirmar que nem todas as decisões foram fáceis.

Ao longo do nosso exercício profissional, tomamos inúmeras decisões baseadas na nossa experiência clínica, nos valores da profissão, nos valores da instituição, de acordo com os recursos humanos existente, entre outras dezenas de fatores, e fazemo-lo de forma quase automática. Por forma a contrariar este automatismo e rever as minhas decisões profissionais enquanto especialista, permiti-me a analisar os porquês e os comos da minha ação, de forma mais profunda e atenta, o que em última análise, contribui para que as minhas decisões e ações fossem mais conscientes e reflectidas.

Aliás, o próprio código deontológico, na Lei 156/2015, Artigo 100.º, declara o dever de o enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

Assim sendo, procurei estar munida dos conhecimentos mais recentes relativamente à minha área de atuação, pois considero que tal, permite gerir o equilíbrio entre a tomada de decisão e a prática da Enfermagem baseada na evidência, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão. Concomitantemente, tomei como guias orientadores, para fundamentar as minhas decisões no âmbito legal, ético e deontológico, o Código Deontológico, a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Carta dos Direitos e Deveres das pessoas, entre outros.

Para além disso, considero que a convivência e a discussão com as diversas equipas de Enfermagem e os especialistas das diferentes áreas, com distintos *backgrounds* do meu, valorizaram a minha prática clínica e o meu processo de tomada de decisão.

Através destes aspetos, julgo que a minha intervenção à pessoa em situação crítica foi mais reflectida e consciente, e certa de que as suas necessidades foram salvaguardadas, nomeadamente o respeito pelos seus direitos, no acesso à informação, à privacidade e confidencialidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde, isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Estou consciente de que a ética esta omnipresente nas decisões que os enfermeiros têm de tomar no seu dia-a-dia, e o enfermeiro especialista deve ser um vínculo para esta discussão e reflexão no seu local de trabalho, tornando onisciente a deontologia que rege a nossa profissão e as nossas ações.

É também importante analisar os valores que norteiam a relação profissional, plasmada no código deontológico no Artigo 99.º Princípios gerais sendo: A igualdade; A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; A verdade e a justiça; O altruísmo e a solidariedade; A competência e o aperfeiçoamento profissional. É do conhecimento comum, que cada pessoa tem a sua tábua de valores, e, portanto, é interessante refletir o que acontece quando os valores que norteiam a nossa profissão, colidem com os nossos. Quando um valor se sobrepõe a outro. Qual seria o que pereceria. E como isto interfere com cuidados prestados.

Foi no contexto do serviço de urgência (SU) que isto se tornou particularmente desafiante. Parecia-me impossível garantir a privacidade e a confidencialidade ou o próprio sigilo profissional, num ambiente em que o melhor que eu poderia oferecer, em termos de privacidade, seria uma cortina ou um biombo. A título de exemplo, num dos turnos deste serviço, recebemos uma pessoa de 87 anos em paragem cardio-respiratória que faleceu. O único espaço que tínhamos para fornecer esta notícia aos familiares era um quarto, em que estava outra pessoa consciente, sob ventilação não invasiva (VNI), separados por um biombo. Esta dificuldade é resultado da configuração do SU e do número elevado de pessoas que ali acorrem. Para resolver esta situação, utilizei biombo e a ponderação no tom de voz, que servem sobretudo como medidas preventivas simples, que pretendem minimizar o acesso a informações das pessoas. Porém na maior parte das vezes revelam-se insuficientes e ineficazes. E de facto os nossos valores profissionais e o código deontológico, são postos em desaire diariamente, por razões estruturais, organizacionais e/ou governamentais.

Estas situações atentam directamente ao nosso código deontológico, particularmente no descrito do Artigo 106.º - Do dever de sigilo, em que informa ao enfermeiro, que está obrigado a guardar segredo profissional, sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, partilhando a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

Já em 2001, a OE alertava para esta situação, realçando que compete as instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade, proporcionando condições e um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Assim, as organizações devem reunir

esforços para satisfazer as necessidades dos enfermeiros, favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados prestados na instituição.

Neste sentido, seria importante refletir acerca da temática da melhoria contínua dos cuidados e dos padrões de qualidade na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica, que norteiam a prática especializada, e inserem-se no segundo domínio das competências comuns, o da melhoria da qualidade.

O **Domínio da melhoria da qualidade** reitera que o enfermeiro especialista deve ser dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019).

Dias (2014) defende que:

os sistemas de melhoria contínua da qualidade são implementados como sistemas organizados para melhorar, de forma constante, procedimentos, resultados e serviços prestados pelas organizações de saúde, independentemente do melhor ou do pior desempenho atingido, de forma a exceder permanentemente o nível conseguido (p.15).

A mesma autora acrescenta que a qualidade não é um conceito abstrato, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

De forma sumaria, a qualidade de cuidados de Enfermagem especializados, corresponde a um projecto estruturado realizado por um enfermeiro especialista, baseado em padrões de qualidade reconhecidos da sua especialidade, em que prescreve um conjunto de cuidados com vista a maximizar a satisfação e o bem-estar da pessoa, e que seja sustentável ao nível da ergonomia organizacional.

Assim, considero que o enfermeiro especialista deve reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Para que isto possa ocorrer, foi criado um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. A vinte e cinco de novembro de 2017, foi aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, em situação paliativa, em situação crítica e à pessoa em situação perioperatória.

Dentro destes ramos, o enfermeiro especialista, deve debruçar a concepção e operacionalização dos seus projectos institucionais na área da qualidade, nomeadamente na

promoção da saúde; na prevenção de complicações; na readaptação funcional; na organização dos cuidados de Enfermagem; no bem-estar e o autocuidado.

Naturalmente, a qualidade encontra-se associada a garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Porém, como seres humanos que cuidam de outros, cometemos erros. Errar é humano, mas os erros podem ser evitados e a segurança é um primeiro passo crítico para melhorar a qualidade do atendimento (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2015).

Um estudo levado a cabo pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, revela que 1 em cada 4 pessoas são prejudicadas enquanto recebem cuidados de saúde (OECD, 2018). A *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, empreenderam um estudo para examinar os impactos globais de cuidados de saúde de má qualidade e concluíram que cerca de 134 milhões de eventos adversos, ocorrem a cada ano em hospitais de países de baixa e média renda, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anualmente devido a cuidados inseguros (National Academies of Sciences, 2018). A *World Health Organization* (WHO) estima que os erros de medicação, custam cerca de 42 bilhões de dólares por ano (2017b). Em Portugal, não existem dados disponíveis, face à incidência de mortes resultantes de erro médico e/ou cuidados de saúde.

Esta realidade, alavancou a temática da qualidade e segurança dos cuidados de saúde para a esfera de discussão recorrente, e vários projectos foram criados para reverter estes dados estatísticos, como o *WHO Patient Safety Program*, composto por diversos países, em busca de definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança da pessoa, que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento.

Dentre dessas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infeções associadas ao cuidado de saúde.

Em Portugal, o Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança, associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Este plano visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca das pessoas.

6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (p.3883).

Ao refletir sobre estes objetivos, rapidamente conclui-se que estão intrinsecamente relacionados com a ação do enfermeiro e as competências comuns do especialista, em que salienta a necessidade da gestão do ambiente, centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco (O.E, 2019).

Assim, construir um sistema de saúde mais seguro, significa conceber processos de cuidados para garantir que as pessoas estejam protegidas contra o erro clínico e os seus efeitos adversos, nomeadamente através dos projectos de qualidades mencionados.

Todavia, é necessário que estejamos conscientes que este é um processo multidisciplinar, em que é necessário políticas claras, capacidade de liderança organizacional, dados para impulsionar melhorias de segurança, profissionais de saúde capacitados e o envolvimento efetivo da pessoa sob cuidados, para garantir melhorias sustentáveis e significativas na segurança dos serviços de saúde (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, & Kieny, 2017).

Durante os estágios clínicos, inteirei-me dos projectos de melhoria contínua de cada instituição e apesar não ter integrado especificamente em nenhum deles, debati com o meu orientador clínico a sua implementação e agi em conformidade com os mesmos. De facto, o contributo dos diferentes ensinamentos clínicos no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi necessário e importante para compreender não só a sua importância, mas também a descoberta de outras estratégias na prestação de cuidados, nomeadamente da pessoa em situação crítica.

Assim, considero que procurei em todos os momentos, promover um ambiente seguro e de confiança, garantindo a confidencialidade e o máximo de privacidade aquando da prestação de cuidados.

Atuei com certeza e fundamentada em conhecimento científico, e sempre que tinha dúvidas, reconheci a minha limitação e pedi a colaboração aos enfermeiros tutores na execução de intervenções, promovendo deste modo, o aumento da segurança da pessoa e redução da probabilidade de erro.

Observei ativamente e preveni os riscos ambientais que detetei, avaliando continuamente a pertinência dos meus cuidados, através da reavaliação dos planos de tratamento e introduzindo as alterações necessárias. Colaborei com a equipa da gestão do risco, avaliando o risco de queda através da escala de quedas de Morse, de úlcera de pressão pela escala de Braden, entre outros. Colaborei no preenchimento da check -list da cirurgia segura, tal como plasmado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e no documento da Verificação Cirúrgica, definido pela OMS para a Cirurgia Segura 2009. Este documento, não é mais do que um instrumento de registo de verificação de todos os passos fundamentais dentro de uma sala de operações, seguindo o percurso da pessoa e envolvendo toda a equipa multidisciplinar.

Discuti os mecanismos formais para a participação dos incidentes disponíveis na instituição, por forma a efetuar-se uma avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa, tal como previsto no Plano nacional para a segurança dos doente 2015-2020.

Assegurei a aplicação dos princípios para segurança da administração de substâncias, nomeadamente garantindo que era a pessoa certa, a medicação certa, a dose certa, a administração certa, a hora certa, a duração certa, a validade certa, a abordagem certa, garantido uma assepsia adequada, realizando o registo e a monitorização adequada posterior.

Por ser uma área muito sensível aos meus cuidados, tive uma especial atenção às minhas condutas em relação ao controlo de infeção, todavia irei abordar este tópico no segundo capítulo. Para além disso, tive a oportunidade de apresentar ao SU e ao SMI como colocar uma mesa cirúrgica, de acordo com a bibliografia existente. O enquadramento deste tópico, pareceu-me pertinente, na medida em que ambos os serviços procedem a algumas cirurgias *minor*, como é a traqueotomia, a colocação de drenos torácicos, colocação de tração esquelética, suturas de tecidos, entre outros.

Discuti com os orientadores e a equipa de Enfermagem, a necessidade de incrementar a sensibilidade dos cuidados, percebendo as necessidades espirituais e culturais, nomeadamente através do *assessment* inicial.

Os planos de emergência e de catástrofe existentes na instituição estão em reformulação atualmente de acordo com a metodologia do *Medical Response to Major Incidents* (MRMI). No sentido de colmatar esta lacuna, realizei o curso do MRMI, atendendo que se foca na área da emergência e da catástrofe.

Para garantir a qualidade dos cuidados, é fundamental que o especialista adote uma postura de liderança e de gestão adequada dos recursos existentes às situações e ao contexto em que se insere, e é neste âmbito que surge o terceiro domínio das competências comuns – **A gestão de cuidados.**

O Enfermeiro Especialista deve, portanto, realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). Costa (2013) corrobora esta ideia, afirmando que a aquisição de um novo conjunto de competências associadas a um vasto corpo de conhecimento, permite ao enfermeiro utilizar e conciliar estas diferentes habilidades técnicas, humanas e científicas, no sentido de gerir e liderar os serviços de Enfermagem com maior responsabilidade e eficácia.

Assim, embora os enfermeiros de cuidados gerais demonstrem a aplicação efetiva de conhecimentos e capacidades, incluindo o ajuizar como refere Silva (2012), ao enfermeiro especialista, é-lhe exigido competências acrescidas de gestão dos cuidados, assim como na responsabilidade ética e legal. Ou seja, compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para área da gestão, a responsabilidade de gerir o turno e de gerir as equipas e os cuidados de Enfermagem, entre outros.

É inevitável ao falar em gestão de organizações de Saúde, falar-se de contenção de custos, da melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde. Acredito que uma liderança e gestão eficiente poderão representar não só ganhos em qualidade para a pessoa, mas também numa administração mais económica dos recursos humanos e materiais. Costa (2013) reitera esta ideia, referindo que o exercício de uma liderança eficaz na Enfermagem, contribui para a promoção de um ambiente harmónico, qualidade nos serviços prestados e nas relações, de modo a atingir as metas, objectivos e em última análise, ganhos em saúde.

Todavia, o mesmo autor refere que a maioria das vezes, o chefe da equipa de Enfermagem não corresponde a um “líder”, pois aliena-se do que realmente acontece no contexto de cuidados, dado que está mais direccionado para a execução de funções, incluindo a gestão administrativa e gestão de recursos humanos (realização de horários, trocas, faltas), gestão dos recursos materiais (solicitação de material e medicação em falta), entre outros.

O líder necessita de estar integrado dentro do seio da equipa, de forma a conhecer as competências, a motivação e a disposição de cada um dos elementos, de forma a

organizar o trabalho da equipa, visando o desenvolvimento pleno do seu potencial, buscando cada vez mais, uma maior qualidade nos serviços prestados (Costa, 2013).

Consecutivamente, num parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica, evidencia que este profissional possui um conjunto de competências, em que integra cumulativamente as competências comuns e específicas, o que permitir-lhe ser líder no conhecimento, nas capacidades e nas habilidades do *core* da especialidade, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar às necessidades em cuidados, prevenir complicações, e promover respostas adequadas e seguras (Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

O mesmo documento, comunica que a integração da função de responsável de turno, compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área da gestão, desde que mostre adequação à função.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, notei várias metodologias organizacionais na forma de gestão de cuidados. O número de enfermeiro a alocar a cada serviço, resulta da aplicação de ferramentas na área da gestão, que permite dimensionar a carga de trabalho de Enfermagem.

Na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) é aplicado o *Therapeutic Intervention Scoring System*, (TISS-28), que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de intensidade e tempo dispensado pela Enfermagem para a realização de determinados procedimentos a pessoa em situação crítica. A sua avaliação é feita diariamente, pelo enfermeiro especialista responsável de turno, de acordo com as pessoas internadas nessa unidade.

No Bloco operatório de neurocirurgia do São João, considera-se a norma para o cálculo de dotações seguras, na qual evidencia a existência das seguintes funções/postos de trabalho: Enfermeira circulante, instrumentista e de anestesia, em cada sala operatória (OE, 2014). A falta de um destes profissionais impede a concretização da cirurgia programada. Na ocorrência de um aneurisma cerebral, que careça de cirurgia urgente ou emergente, é assegurado por uma equipa de Enfermagem de se encontra de prevenção.

O responsável de equipa é o enfermeiro especialista, assegurando os pedidos de material clínico, assegurar a entrega atempada do material cirúrgico e de implante, certificar o correto funcionamento da unidade, manutenção e acondicionamento dos aparelhos (microscópio, aspirador ultrasónico, neuronavegação, bombas e seringas perfusoras...), supervisionar a limpeza e descontaminação das salas cirúrgicas, pedidos de

medicamentos à farmácia, detecção precoce de roturas, alocação dos enfermeiros por área cirúrgica de acordo com as suas competências, garantir os tempos de isolamento das salas operatória após contaminação, entre outros. É também este enfermeiro o responsável pelas auditorias à *check list* cirúrgica. Todos os enfermeiros especialistas são os responsáveis pela formação, em diversas valências, como o posicionamento cirúrgico, esterilização, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

De forma semelhante, o SU utiliza o mesmo documento, que infere que a fórmula a utilizar é por "Posto de Trabalho", adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço de urgência. O responsável de equipa é o enfermeiro perito do serviço e é a sua função proceder à mobilidade dos enfermeiros pelos postos de trabalho de acordo com as necessidades do serviço, assim como da operacionalidade de todo o equipamento, assegurar a existência de consumíveis clínicos para o normal funcionamento do serviço, entre outras funções.

Estes os enfermeiros, de forma geral, notificam aos seus superiores hierárquicos para a falta das dotações seguras, a falta de material e condições de trabalho que possam afetar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

A metodologia de trabalho científico implementado ao longo dos ensinoss clínico, foi o Processo de Enfermagem, com a exceção das emergências, em que utilizei a nomenclatura do ABCDE, reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência, significando: A- Via aérea; B- Ventilação; C- Circulação; D- Disfunção neurológica; E-Exposição. A aplicação desta metodologia permite identificar, corrigir e estabilizar situações, que colocam a vítima em risco imediato de vida.

Apesar de normalmente estar destacada para cuidar de uma pessoa, enquanto estudante, tentei deter o maior número de situações proveitosas que me permitissem o desenvolvimento de competências e subsequentemente o meu desenvolvimento profissional, que também se enquadra no quarto domínio - **Desenvolvimento das aprendizagens profissional**.

A eleição pelo mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica e pelos cuidados especializados em Enfermagem, tem origem no meu gosto particular, nas minhas necessidades profissionais percebidas, mas também no meu percurso profissional.

Sou enfermeira acerca de seis anos no bloco operatório central do Funchal, enquanto instrumentista e circulante nas áreas cirúrgicas de Otorrinolaringologia,

Ortopedia e Neurocirurgia. Para além disso, integro a equipa de urgência, assegurando as cirurgias de urgência e emergências, em todas as valências cirúrgicas.

Assim, ao longo do meu percurso profissional foi fundamental a frequência de formações teórico-práticas, que serviram para a construção de uma base sólida de conhecimentos na área do atendimento à pessoa em situação crítica. Neste sentido, realizei o curso AOTrauma, um reconhecido curso profissional internacional, voltado para o trauma ortopédico na área da instrumentação (2017), colaborei no curso *Definitive Surgical Trauma Care* (2016), participei no Congresso Nacional do Pé e Tornozelo (2017) e realizei o curso Suporte Imediato de Vida (2017).

Concomitantemente a estes, efectuei o Curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), assisti o Congresso Nacional Emergência e as Jornadas de Enfermagem - Cuidar o doente crítico - dos cuidados emergentes à reintegração.

No Serviço de urgência, a fim de consolidar e uniformizar o procedimento de Ressuscitação Cardiorrespiratória, organizei uma apresentação sobre o tema, dirigida a todos os enfermeiros deste serviço, de acordo com as *guidelines* internacionais emitidas pela *American Heart Association*, em que focou-se essencialmente nos cuidados imediatos, após a paragem cardiorrespiratória e sobre os medicamentos antiarrítmicos durante e imediatamente após este evento.

Note-se que é dever deontológico do enfermeiro, manter a atualização dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional, tal como o disposto na Lei nº 156/2015, que se refere à segunda alteração ao Estatuto da OE, no artigo 100º, alínea e). O artigo 109º, do mesmo estatuto, reitera o dever deste profissional na persecução do desenvolvimento de aprendizagens, no sentido da actualização contínua dos seus conhecimentos, assim como a utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Considero que a frequência deste curso, reflete necessariamente o meu compromisso para com a profissão e os dispostos do código deontológico, mas também para o próprio aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos e o desenvolvimento desta competência. Do mesmo modo, o curso de mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, tornou-se uma parte integrante na construção da minha identidade profissional, sendo este um processo dinâmico, que se altera com a prática de Enfermagem *in situ*, com o desenvolvimento de futuras formações e com a própria reflexão.

Todavia, para que ocorra a consolidação destas competências, na minha opinião é fundamental um treino destas habilidades de forma congruente e estruturada. Desta senda,

todos os meus estágios clínicos foram supervisionados por enfermeiros com o nível de formação que pretendo alcançar – mestrado. Então, importa clarificar o conceito de supervisão clínica em enfermagem (SCE), sendo este um importante instrumento para a aquisição de todas estas competências.

A SCE, enquanto método de educação e treino em contexto de prática clínica, constitui um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional (França, 2013).

Este acompanhamento formal, permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas (Idem). Esta relação é essencial, pois permite o desenvolvimento e a formação contínua em Enfermagem, enquanto garante a qualidade e a segurança da pessoa na prestação dos cuidados.

A SCE é encarada, como uma ferramenta imprescindível no sentido de assegurar a qualidade da prática profissional, sendo igualmente essencial para o crescimento pessoal, profissional e humano, através de uma política de reflexão e experimentação (Abreu, 2007). Por conseguinte, é fundamental o enfermeiro compreender o potencial da SCE no sentido da construção e desenvolvimento de competências, conhecimentos, atitudes, com vista a atingir o expoente máximo que é o da excelência dos cuidados em Enfermagem.

Pestana (2011), refere que na caracterização e estudo do desenvolvimento humano, alguns estudiosos, apesar de reconhecerem a globalidade do processo, enfatizaram algumas dimensões que são transversais aos mesmos, como é a dimensão física, cognitiva, afectiva e social. Para efeitos académicos, iremos nos concentrar na dimensão afectiva e social, atendendo que é nestas que podemos identificar os processos de desenvolvimento pessoal e profissional, que são pertinentes para este tópico de reflexão.

O processo de desenvolvimento pessoal e profissional, é cada vez mais valorizado, especialmente para as profissões em que as relações humanas, são determinantes para a eficácia da sua prática, como é a Enfermagem (Pestana, 2011).

Este processo, permite ao Enfermeiro desenvolver um trajeto profissional, que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte dos mesmos, construindo em última instância, uma autonomia responsável e identidade própria (Serrano, 2008).

Neste sentido, a OE com vista à excelência dos cuidados, apresentou na Assembleia-Geral de Março 2007, uma proposta de um Modelo de Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros, baseada na tutoria/supervisão como uma estratégia, que melhor servirá o desenvolvimento dos enfermeiros numa caminhada rumo à especialização e aquisição de novas competências, ao serviço dos cidadãos.

Conclui-se com a convicção que a supervisão clínica teve um papel preponderante no meu desenvolvimento profissional, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, particularmente no ramo da pessoa em situação crítica.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA AO BLOCO OPERATÓRIO

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi aprovado em Assembleia Geral da OE, no dia 3 de janeiro de 2018. Foi publicado em Diário da República, na Série II de 2018-07-16, nº 135/2018, constituindo uma comunicação aos cidadãos portugueses, do que podem esperar do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica.

Neste segundo capítulo, é descrito os percursos de aprendizagens, desenvolvidos ao longo de três ensinamentos clínicos, especificando as atividades realizadas, no processo de aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

Pretende-se com esta descrição, demonstrar o conhecimento e a capacidade de compreensão, assim como, a sua aplicabilidade na resolução de problemas no domínio da pessoa em situação crítica, conducentes ao grau de Mestre.

A OE (2018) informa-nos que a área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação crítica, tem como alvo a pessoa em situação crítica, ou seja, aquele que cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência, depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Sobre esta área de especialização, foram definidas um conjunto de competências específicas, que incluem o cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima; a intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2018).

Estas três competências específicas, incluem várias unidades de competência, que por sua vez, se concretizam em critérios de avaliação da ação do especialista.

Assim, neste capítulo pretende-se uma análise e reflexão descritiva do processo da aquisição destas unidades de competências ao longo do meu percurso profissional e dos três estágios descritos, identificando o seu contributo no sentido da especialização e aplicação efectiva do conhecimento na prática clínica de Enfermagem.

2.1 Cuidado à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica

A pessoa em estado crítico é definida pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos como “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” (2008, p. 9). Igualmente a OE refere 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 sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº124/2011).

Maul (2010) defende que para cuidar da pessoa em situação crítica, muitas vezes têm de se recorrer a técnicas invasivas como intubação, ventilação assistida e múltiplas intervenções farmacológicas, sendo necessários profissionais altamente especializados que se dediquem integralmente a estas situações.

Neste seguimento, a Ordem do Enfermeiros (2018) infere que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, por serem altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, exigem um conjunto de competência que se coadune ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Corroborando esta ideia, os autores Lakanma, Suominen, Perttila, Puukka e Leino-Kilpi (2012) expõem, que os cuidados a pessoa em situação crítica incluem a monitorização contínua, imprescindível na manutenção das funções vitais, pelo que os cuidados de Enfermagem, neste contexto, são altamente específicos.

Neste capítulo, evidenciarei a aquisição de conhecimentos e habilidades, assim como a implementação das minhas ações no cuidado desta pessoa, desde a observação, intervenção e avaliação, que me permitiram intervir e antecipar a instabilidade e os riscos de falência orgânica, tempo útil.

É sabido que a situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais, não só para a pessoa, como para a sua família. Por conseguinte, é também evidenciado neste capítulo, a aquisição de competências neste domínio, incluindo a comunicação, a gestão de ansiedade e medo, os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte.

2.1.1. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Serviço de urgência

A unidade curricular Estágio I: urgência, decorreu durante o mês de Novembro de 2018, no serviço de urgência (SU) do HNM e determina como objetivos para o estudante: que integre na prestação de cuidados de Enfermagem em situações de urgência/emergência e /ou catástrofe; mostre conhecimentos no atendimento da pessoa vítima de trauma e/ou paragem cardiorrespiratória; implemente os conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, neste contexto.

Este serviço, tem como missão a prestação de cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, que ali acorra em situação de emergência ou urgência (SESARAM, 2011). Conforme já estabelecemos, uma urgência ou emergência, implica um risco estabelecido ou eminente, de falência de uma ou mais funções vitais. Assim, é logico inferir que este mandato, sobrepõe-se com o objecto das competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica, nomeadamente no que diz respeito à Pessoa em situação crítica.

Esta ideia é reiterada pela comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), em que declara que pelo menos uma parte da Equipa de Enfermagem, reúna as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica (2012), reforçando a relevância dos cuidados especializados neste contexto.

No sentido de incrementar a eficiência e a eficácia do SNS, o Despacho nº 18459/2006, identificou três níveis de hierarquização dos serviços de urgência (SU), que visam capacidades diferenciadas de resposta, para necessidades distintas, sendo elas: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica, urgência básica.

Segundo este despacho, o SU do HNM possui os critérios de um serviço de urgência polivalente, sendo este o nível mais diferenciado de resposta as situações de urgência/emergência, tornando-se deste modo, num campo de estágio privilegiado para a aquisição das competências supra-referidas.

Este serviço fica situado no andar técnico do HNM e inclui a urgência pediátrica e a ginecologia-obstetrícia, localizada no 4º piso. É dirigido por uma cirurgiã e por um enfermeiro chefe especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O CRRNEU (2012), realça que a escolha do Enfermeiro Chefe é de suma importância, devendo possuir para além das qualidades humanas intrínsecas à sua profissão, habilidades exímias de gestão,

coordenação e supervisão dos cuidados de Enfermagem, colaborando nos planos de ação e promovendo a utilização optimizada dos recursos humanos e materiais. Estas características, incidem directamente sobre as unidades de competências do enfermeiro especialista, pelo que é lógico a escolha deste profissional para a gestão deste serviço.

O CRRNEU (2012) prescreve uma estrutura física, logística e de organização dos recursos humanos dos SU, que visam dar uma resposta proficiente a pessoa urgente e emergente. No que diz respeito a estrutura do SU do HNM, é possível inferir que contém os aspetos que esta comissão determina como indispensáveis, nomeadamente: área de admissão e registo, um gabinete de triagem de prioridades, uma sala de espera, quatro áreas de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida (sala 0, SO e área cuidados especiais), uma área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação (sala de tratamento, sala de pequena cirurgia, sala de recuperação), área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais (gabinete da enfermeiro-chefe e gabinete do director de serviço). Têm um acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, incluindo o bloco operatório e o serviço de medicina intensiva. Para otimizar a actividade destes espaços, foram criados fluxos organizacionais, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, decretando as actividades a realizar em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes, denominadas por área médica, cirúrgica e ortopédica.

Existem também os locais próprios para a arrumação de material clínico e não clínico, corredores de circulação, área para lavagem de material infectado, zona de sujos, rouparia, copa, casas de banho, vestiários e um elevador de acesso interno aos diferentes serviços do hospital, entre outros.

É amplamente conhecido que uso abusivo deste serviço, interfere directamente com a prestação atempada de cuidados. Consequentemente, dos mais de 6 milhões de episódios de urgência anuais em Portugal Continental, cerca de 4 milhões de episódios foram do tipo “Serviço de Atendimento Permanente/Consulta Aberta” (CRRNEU, 2012).

Previsivelmente, isto causa alguns constrangimentos em relação as áreas de circulação, nomeadamente os corredores, que frequentemente ficam indevidamente ocupados pelo estacionamento de macas com pessoas, juntas umas das outras. Esta temática, deve ser do interesse do enfermeiro especialista, pois levanta temas no domínio da sua intervenção, nomeadamente sobre o controlo de infeção, respeito pela intimidade e confidencialidade, segurança, dignidade, entre outros.

Assim, quando a afluência de pessoas suplanta a capacidade de acomodação oferecida pelo SU, exige aos enfermeiros uma gestão cuidada de vagas e dos acompanhantes das pessoas. A Lei nº 33/2009, determina o direito de acompanhamento das pessoas dos serviços de urgência do SNS, mas salvaguarda no seu Artigo 3.º Limites ao direito de acompanhamento, salvaguardando que este não pode comprometer as condições e requisitos técnicos, a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos, para que estes sejam eficazes.

Apesar de existir uma preocupação em garantir o acompanhamento da pessoa por um familiar/pessoa significativa, o profissional de saúde deve determinar quando a presença de um familiar/pessoa significativa é prejudicial para a prestação de cuidados global, interferindo com os conceitos de privacidade, segurança e conforto dos outros clientes do SNS.

Ainda sobre este tema, o CRRNEU (2012) determina que a pessoa não deverá ter a sua estadia no SU prolongada por indisponibilidade de camas no internamento nem deverá conter um setor de internamento “oculto” para obviar esse problema. Porém, o SU e os seus profissionais, enfrentam diariamente as conhecidas altas problemáticas, a indisponibilidade de vagas de internamento ou até mesmo de transporte, conduzindo a um atafalhamento de situações que perturbam o normal funcionamento do serviço. Para subjugar esta problemática, os enfermeiros especialistas, reúnem esforços para colmatar estas dificuldades, sobretudo pela articulação com outros serviços, como lares ou serviços de internamento, por forma a criar rapidamente novas vagas, para situação urgentes e emergentes.

Em termos de funcionamento, este serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. É composto por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui enfermeiros especialistas médico-cirúrgica, saúde mental e psiquiatria, saúde comunitária e reabilitação.

O método de trabalho empregado, conforme descrito no capítulo I, é o de enfermeiro responsável, sendo os restantes destacados por posto de trabalho. Atendendo a dinâmica que este serviço tem, exige a mobilidade dos enfermeiros especialistas pelas várias valências, nomeadamente a sala de emergência e a Unidade de AVC, exigindo-lhes uma capacidade de adaptação a cenários imprevisíveis e complexos.

Em relação à utilização deste serviço, qualquer pessoa na chegada, deverá ser admitido pelos serviços administrativos, mediante a respectiva identificação, que poderá ser facultado pelo próprio ou por quem o acompanha. Na impossibilidade de fornecer

identificação, é aberto um processo sem identificação provisório, como é o caso das catástrofes.

Após o processo da pessoa ficar acessível aos profissionais, através de uma aplicação exclusiva deste serviço, procede-se a uma avaliação de Enfermagem, através do Sistema de Triagem de Manchester, em que se determina a prioridade clínica *major* e são encaminhados para uma avaliação médica, de acordo com a especialidade médica, cirúrgica ou ortopédica. Seguidamente, são encaminhados para a sala de tratamento, onde as pessoas são preparadas para a realização de exames complementares de diagnóstico, como as colheitas de sangue ou transporte para o raio – x, e efectua-se a administração de fármacos, assim como outras técnicas ou intervenções que os enfermeiros considerem necessárias. Posteriormente, são conduzidas consoante as necessidades de cuidados, para sala aberta, sala de cirurgia, sala de recuperação ou sala de observação. É neste último, que a instituição optou por alocar os enfermeiros especialistas, pois o cliente característico desta área requer uma vigilância apertada, monitorização contínua, suporte ventilatório, e sobretudo a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Na sala de emergência/críticos, comumente denominada por sala 0, são admitidas pessoas em situação crítica, pelo que esta área também é assegurada por um ou dois enfermeiros especialistas. Esta unidade, está equipada para fornecer material para suporte avançado de vida, incluindo aparelho de gasimetria, ventiladores, desfibriladores, dispositivos para perfusão, sistema de Compressão Torácica LUCAS, medição, entre outros. Após a pessoa estar minimamente estabilizada é transferido para outros serviços que possam oferecer tratamentos definitivos, como o serviço de medicina intensiva, bloco operatório, unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou em ultima instância, nas salas de observação ou de cuidados especiais.

O serviço de urgência de um hospital, deve fornecer intervenções imediatas para aqueles com necessidades urgentes e críticas. Assim, a função da triagem num hospital é identificar e priorizar aqueles com as necessidades de cuidados mais urgentes, permitindo que usufruam do serviço de urgência atempadamente, sendo este o primeiro encontro entre a pessoa em situação crítica e os enfermeiros.

Uma decisão correta de triagem, significa uma alocação correta das pessoas para receberem serviços de emergência no tempo adequado, de acordo com a gravidade da sua condição, ou uma decisão imprecisa de triagem, pode prolongar o tempo de espera das pessoas em usufruir do serviço, o que potencialmente leva a eventos adversos (Tam, Chung, & Lou, 2018).

O A CRRNEU (2012) reitera a importância da utilização de um método de triagem, afirmando que a capacidade de identificar as pessoas que mais rapidamente necessitam de cuidados, é especialmente necessária numa realidade caracterizada por uma casuística elevada que impossibilita o atendimento simultâneo de todos os casos.

Existem diversos sistemas de triagem desenvolvidos para ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões precisas de triagem, por forma a minimizar a incidência de eventos adversos, como o Índice de Gravidade de Emergência (ESI) e o Sistema de Triagem de Manchester (MTS), sendo este último, o adoptado pelo serviço de urgência do Funchal.

A primeira utilização do Protocolo de Triagem de Manchester, ocorreu em Novembro de 1994, em Manchester, tendo por objectivo instituir um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico.

Já em Portugal, o Despacho nº 10319/2014, publicado no Diário da República nº 153, Série II, de 11 de agosto, veio reconhecer como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades em todos os SU, de modo a que se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação, de acordo com a prioridade clínica de cada pessoa.

O Despacho nº 4835-A/2016 descreve que o Sistema de Triagem de Manchester, assenta numa classificação de pessoas por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para atendimento. Deste modo, nos quadros emergentes e mais graves é atribuída a cor vermelha, nos casos muito urgentes a cor laranja e nos casos urgentes a cor amarela. As pessoas que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes). Há ainda a cor branca, caracterizando um atendimento eletivo, ou seja, procedimento que pode ser programado.

No S.U do HNM este posto de trabalho não é ocupado pelo enfermeiro especialista, mas sim por enfermeiros credenciados com a formação específica necessária. Apesar de existirem fluxos que orientam a decisão de grau de prioridade, considero que este sector exige ao enfermeiro triador uma elevada capacidade de comunicação, empatia e conhecimento científico, para prever eficazmente os focos de instabilidade. Durante este estágio, considere esta área pertinente para determinar rapidamente os focos de instabilidade, mediante uma avaliação rápida, o que considere muito enriquecedor na perspetiva do enfermeiro especialista.

Todavia, este método de triagem é falível, pelo que houve a necessidade de implementar as Vias Verdes (VV), nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar os sistemas de resposta rápida. São um conjunto de algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que “tempo é tecido” e em que “tempo é vida” (CRRNEU, 2012).

As vias verdes (VV) instituídas no Hospital DNM são a VV Sépsis, VV Coronária, VV do AVC e a Via Verde do Trauma.

Aquando da activação destas vias, a pessoa em situação crítica tem acesso imediato a sala 0, onde é recebido por uma equipa multidisciplinar, incluindo um ou dois enfermeiros especialistas.

Os autores Lakanma, Suominen, Perttila, Puukka e Leino-Kilpi (2012) referem que o sucesso nesta sala relaciona-se com a existência de materiais e equipamentos adequados, mas, sobretudo, devido a uma equipa que assegura um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado.

Esta prática clínica, permitiu-me compreender a funcionalidade prática das VV no SU, uma vez que a parte teórica já tinha sido leccionada numa unidade curricular. Ainda assim considero que foi proveitoso, no sentido de perceber o encaminhamento destas pessoas, desde o S.U até a outros serviços, como o BO.

Penso que esta visão, no processo do cuidado da pessoa, permite-nos outra sensibilidade na sua abordagem e o trabalho envolvido de todos os profissionais, até esta pessoa chegar a estes serviços.

O Serviço de urgência, é um serviço de saúde que inclui várias disciplinas, focadas na doença e fornece intervenções rápidas para urgências/emergências específicas da doença, incluindo complicações relacionadas à doença e lesões transmissíveis e não transmissíveis. (Burkholder, Hill, & Hynes, 2019). Ou seja, o atendimento deste serviço, foca-se no ónus da doença e à sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de lesões agudas, assim como das complicações das doenças crónicas, durante toda a vida útil de todas as populações.

Em conformidade com este ambiente, a pessoa típico do SU, deverá ser uma pessoa em situação crítica, ou seja, aquele que cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n. °429/2018). Nesta instância, a prestação de cuidados de Enfermagem especializados no âmbito do SU,

visam predominantemente antecipar os focos de instabilidades e as manifestações associadas a falência orgânica, o que requer uma mobilização contínua de conhecimentos e habilidades altamente específicos.

No decurso deste estágio, tive a oportunidade de desenvolver competências especializadas em várias valências deste serviço, como na sala de triagem, sala de tratamento e a sala de cirurgia, mas foi sobretudo na sala de observação, sala de emergência e sala 0, que efectivamente alcancei os objetivos traçados no cuidado à pessoa em situação crítica.

Cuidar desta tipologia de pessoa, ou seja, de uma pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e ou de falência orgânica, conforme já estabelecemos, é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica. O descritivo desta Competência, alude à complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, pelo que o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018).

Na abordagem à pessoa em situação crítica, utilizei o processo de prestação de cuidados, nomeadamente a avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas das pessoas que recorrem aos serviços de urgência. Deste modo, numa primeira instância, procurei consultar o processo clínico da pessoa, incluindo os exames complementares de diagnóstico, com o objectivo de orientar e sistematizar o meu *assessment* e o plano de cuidados, sem descurar das necessidades manifestadas pela pessoa/família e pessoa significativa.

Nestas salas (observação, emergência e 0), as pessoas frequentemente requerem o uso de técnicas invasivas de monitorização e diagnóstico, como o recurso à intubação, ventilação assistida e múltiplas intervenções farmacológicas. Associado a esta tecnologia altamente sofisticada, encontra-se a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos, exigindo profissionais altamente especializados que se dediquem a estas pessoas. Estes protocolos tornam-se particularmente importantes, quando a pessoa está sob ventilação mecânica invasiva ou não invasiva.

A ventilação mecânica (VM) é um procedimento que deve ser aplicado em unidades de cuidados intensivos, onde serão rigorosamente monitoradas por equipas experientes. No entanto, vários clientes que necessitam de cuidados intensivos, são obrigadas a serem monitorados fora das SMIs, nomeadamente do contexto do S.U (Bayrama & Şancı, 2019).

No S.U utiliza-se com frequência a ventilação mecânica não invasiva, permitindo assim a manutenção da via aérea da pessoa, facilitando a ventilação e diminuindo o esforço respiratório da pessoa.

A ventilação mecânica permite a manutenção das trocas gasosas, aliviar o trabalho da musculatura respiratória, melhorar a fadiga da musculatura respiratória; utilizar eficazmente o consumo de oxigénio, melhorando o esforço respiratório e permitindo a aplicação de terapêuticas específicas (Henrique, 2016).

Nos serviços de urgência, em geral, utiliza-se preferencialmente o modo ventilatório A/C controlado por volume, presente em quase todos os ventiladores, sendo particularmente favorável em pessoa em pessoas com acidose metabólica e respiratória (Bayrama & Şancı, 2019). Nesse modo, a pessoa pode controlar cada respiração e apenas se o esforço respiratório for mais lento do que na frequência determinada, o ventilador fornecerá a respiração mandatária, criando assim um ciclo de ventilação mais natural (p.2).

Apesar de o enfermeiro especialista não decidir o modo ventilatório, ele deve ser capaz de avaliar a eficácia da ventilação da pessoa, através da monitorização, análise dos parâmetros vitais, gasimetrias, entre outros.

Ao longo do estágio, prestei cuidados a pessoas sob ventilação não invasiva e invasiva, o que me permitiu adquirir e consolidar os conhecimentos associados com a optimização da ventilação, como o reconhecimento do parâmetro ventilatório mais adequado, auscultação pulmonar, controlo gasimétrico, posicionar a pessoa com a cabeceira elevada a 30° de forma a evitar a aspiração de vómito e secreções, registar a evolução dos parâmetros, garantindo a continuidade dos cuidados. Simultaneamente, aprimorei a minha capacidade de avaliar a sincronia entre a pessoa e o modo ventilatório, mediante uma rigorosa monitoração cardíaca contínua, da saturação de oxigénio e a capnografia.

A monitorização da capnografia permite a detectar precocemente a gravidade da doença pulmonar, monitoração do estado metabólico e o reconhecimento imediato de obstrução no tubo ou no circuito (Bayrama & Şancı, 2019). Todavia, apesar de a capnografia ser um método rápido e eficaz para avaliar a pessoa com problemas de ventilação, perfusão ou problemas metabólicos, nem todos os ventiladores do S.U permitem esta análise, o que apesar não ser impeditivo para cuidar de pessoas sob ventilação, poderia ser um aspeto facilitador para estes profissionais.

Associado à ventilação está a necessidade intrínseca de sedação e/ou analgesia, pois reduzem o desconforto do tubo de intubação, corrigem a relação pessoa/ventilador e

reduzem a dor durante as intervenções. Apesar de não existir um protocolo ou recomendações internacionais *standard*, a infusão sedativa/analgésica contínua é uma prática frequentemente utilizada.

Como fármacos analgésicos, é utilizado predominantemente o fentanil, morfina e hidromorfona. Em relação aos fármacos sedativos, são usado especialmente os benzodiazepínicos e barbitúricos. Alguns estudos científicos, concluem que a infusão contínua de propofol para pessoas sob ventilação mecânica, um dos fármacos mais utilizados para estes eventos, em comparação com o midazolam têm menos mortalidade, a duração da ventilação mecânica é reduzida e tem alta mais precocemente (Bayrama & Şancı, 2019).

Mediante este conhecimento, considero que substanciei a minha prática clínica de acordo com a evidência científica, possibilitando a prevenção activa de complicações, assim como na implementação de intervenções adequadas às mesmas, e na monitorização e avaliação dessas respostas.

Qualquer pessoa que se digira ao S.U, estando ou não sob ventilação, poderá manifestar dor, sendo que esta é a causa esmagadora da maioria das visitas aos serviços de urgência em todo o mundo, ainda assim, a dor é muitas vezes sub-tratada, devido a uma dosagem analgésica inadequada e a utilização ineficaz dos analgésicos disponíveis (Cisewskia & Motovb, 2019).

É essencial que os enfermeiros especialistas, compreendam o arsenal analgésico à sua disposição e como ele pode ser usado com segurança e eficácia para tratar a dor de todas as proporções, dentro do ambiente de emergência. Neste sentido, considerar a dor como 5º sinal vital, dever ser um foco de atenção deste profissional, uma vez que a avaliação é o início do processo para o tratamento e controlo da dor.

Durante a minha prática clínica, procurei em todos os momentos encarar a pessoa como um parceiro estratégico na avaliação da sua própria dor, pois é o único que é capaz de fornecer *input* das características da dor, designadamente a localização, qualidade, intensidade, duração e frequência, assim como utilizar adequadamente as escalas da avaliação da dor, nomeadamente a escala de avaliação analógica e a escala qualitativa. Paralelamente, procurei estar desperta sobre as formas de comunicar a dor não-verbais, como taquicardia, fáceis de dor ou agitação motora.

Atualmente, preconiza-se uma abordagem analgésica dos canais multimodais-enzimas-receptores (CERTA) para o tratamento da dor, pois permite o uso de uma variedade de opções analgésicas em doses reduzidas, otimizando a segurança e a eficácia

do plano analgésico (Cisewskia & Motovb, 2019) . Neste sentido, mediante a medicação prescrita, o enfermeiro especialista pode estabelecer uma combinação analgésica segura, eficaz e equilibrada, para cada pessoa, pois são eles que determinam os horários de administração dos fármacos. Assim, procurei inteirar-me sobre a farmacologia utilizada dos três principais grupos de analgésicos (opióides, não opióides e adjuvantes), especificamente sobre o seu mecanismo de ação, vias de administração, efeitos adversos, interações medicamentosas, entre outros. Sem este conhecimento, seria inconcebível a gestão de protocolos medicamentosos analgésicos, pois certamente poderia colocar a vida da pessoa em risco.

Não obstante aos protocolos terapêuticos complexos, o enfermeiro pode prescrever e implementar intervenções autónomas para gestão da dor, como são as técnicas não farmacológicas que incluem a termoterapia, massagem, toque terapêutico, promover o conforto da pessoa, entre outras. Apesar do ambiente do S.U ser desafiador para a implementação destas técnicas, pela estrutura e falta de privacidade, executei algumas destas medidas que se revelam parcialmente eficazes, como a massagem, a aplicação de gelo e a alternância de decúbitos que a pessoa considere tolerável.

De facto, a pessoa em situação crítica, exige ao especialista um conjunto ações bem coordenadas, cientificamente sustentadas e altamente qualificadas, assim como a capacidade de reconhecer e determinar os focos de atenção prioritários instantaneamente. Esta realidade é premente na sala de emergência (sala 0), pelo que ficou estabelecido neste S.U, que a abordagem da pessoa em situação crítica é realizada através da nomenclatura ABCDE, que já definimos no primeiro capítulo.

É recomendado que em situações de emergência, a abordagem das vias aéreas, respiração e circulação (ABC) devem ocorrer de forma sistemática e rápida, com identificação de possíveis distúrbios e resolução imediata dos mesmos. Isso é aplicável em todas as emergências traumáticas e não traumáticas, seja em ambientes extra-hospitalares, onde geralmente não há equipamento de suporte à vida para manobras de resgate, ou em ambientes mais avançados como as salas de emergência ou nos serviços de medicina intensiva (Miranda, Mazzo, & Gerson Alves, 2018).

Tal como referido, a equipa de Enfermagem na sala de emergência é composta por dois ou três elementos, que ocupam a posição A, B ou C na abordagem a pessoa em situação crítica. Ao elemento A, maioritariamente o enfermeiro especialista, estão atribuídas as funções de coordenação da equipa de Enfermagem, determinando as prioridades de cuidados.

A atribuição do especialista, a esta função, visam apoiar o treinamento e o trabalho dos enfermeiros nas mais variadas situações vivenciadas e referidas, pelo que é reconhecido a sua importância e relevância na prática clínica de Enfermagem (Miranda, Mazzo, & Gerson Alves, 2018).

Tive a oportunidade de desempenhar esta posição no ensino clínico, supervisionada pela enfermeira tutora, assumindo a responsabilidade pela respiração/ventilação da pessoa, examinar a permeabilidade da via aérea, observando a expansão torácica, administrando oxigénioterapia, colaborando na entubação orotraqueal, avaliando a monitorização hemodinâmica e liderava as mobilizações/transferências do cliente.

Considero que através da responsabilização desta posição, sinto-me mais capacitada para determinar as decisões prioritárias no contexto de urgência/emergência, porém, convicta que só através da experiência clínica e aprendizagem contínua, que a minha tomada de decisão será convicta e proficiente.

É nesta sala, que também se realiza a maior parte dos episódios de reanimação cardiopulmonar. Dificilmente, qualquer intervenção é tão directamente relevante para os resultados de vida ou morte, quanto a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), pelo que é fundamental o conhecimento e a expertise sobre o assunto (Miranda, Mazzo, & Gerson Alves, 2018).

A abordagem a um episódio de reanimação é igual à atuação à pessoa em situação crítica, com o acréscimo das manobras de reanimação. Importa clarificar, que apesar de existir um consenso no procedimento de reanimação, as evidências disponíveis sugerem que temos uma escassez de intervenções que melhoram as taxas de sobrevivência hospitalar e, menos ainda, os resultados neurológicos (Chalkias & Ioannidis, 2019). Porém, existe unanimidade que as compressões torácicas contínuas (versus interrompidas), epinefrina e uso de intubação endotraqueal (versus dispositivos supraglóticos das vias aéreas) podem alcançar aumentos modestos na sobrevida. (Chalkias & Ioannidis, 2019).

Conforme mencionado, no decurso do estágio, elaborei uma apresentação sobre as *guidelines* emitidas pela *European Resuscitation Council* acerca do Suporte Avançado de Vida para Adultos, incluindo a abordagem a via área, a desfibrilação, oxigenação, ventilação, suporte circulatório, monitoração durante a RCP, assim como o suporte medicamentoso, que serviu de fundamentação teórica aos episódios de ressuscitação cardiopulmonar, em que actuei directamente.

A *European Resuscitation Council* (2015), afirma que a equipa médica e de Enfermagem no âmbito da reanimação, carecem de conhecimentos e habilidades em

cuidados agudos, oxigenoterapia, fluidos e balanço electrolítico, analgesia, pulso, oximetria e medicamentos. Assim, considero que a divulgação destas *guidelines*, de forma sistemática, poderá facilitar a uniformização deste procedimento, representando ganhos em saúde para estes clientes.

Logicamente, que a situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais para a pessoa e família/pessoa significativa, assim como para a equipa de saúde envolvida, pelo que é fundamental articular as competências do enfermeiro especialista com a habilidade de gerir os processos emocionais, incluindo a promoção dos processos de luto saudáveis, contribuindo para a dignificação da morte.

Deste modo, é imperativo a construção de uma relação terapêutica com o cliente/família, gerindo a comunicação interpessoal que a fundamenta e empregando técnicas e estratégias de comunicação apropriadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Um processo de comunicação eficaz, pode levar a índices de satisfação e realização pessoal e profissional, podendo esta ser uma estratégia de *cooping* para evitar a ocorrência da síndrome de *burnout*, nestes profissionais. A literatura aponta ainda que os enfermeiros das unidades de urgência, tendem a sentir muita pressão e a obrigação de não fracassar, o que resulta em um comportamento auto-exigente, podendo conduzir processos efectivos de esgotamento profissional (Saviato, Merce, Mato, & Leão, 2019). Tal acontece, porque o desconforto causado pelo sofrimento alheio, pode gerar empatia por parte do enfermeiro e o alívio desse sofrimento proporciona satisfação e realização pessoal e profissional (Saviato, Merce, Mato, & Leão, 2019). Portanto, aqueles que estão mais satisfeitos profissionalmente, são mais auto-compassivos.

A comunicação, também é importante na relação interprofissional, particularmente quando nos referimos a um ambiente com as características do S.U. A comunicação interprofissional, descreve o compartilhamento de informações (por meio de verbal, escrita ou outro meio) entre os membros de diferentes profissionais de saúde, para influenciar positivamente o atendimento da pessoa.

Uma má comunicação, está associada a um atendimento ineficiente, a uma maior prevalência de erros médicos e menor satisfação no trabalho, assim como um nível de interrupções elevado pode induzir sobrecarga cognitiva e resultar numa comunicação prejudicada, pobre desempenho clínico, afetando a segurança da pessoa. (Miranda, Mazzo, & Gerson Alves, 2018).

O enfermeiro especialista, pelas competências que se lhe coadune, deve ser um líder na implementação de uma linguagem clara, consisa e inequívoca de percepção para todos os profissionais que colabore e para com as pessoas/pessoa significativa.

Durante este estágio, considero que empreguei este conhecimento e técnicas de comunicação durante as interações com a unidade pessoa/família, assim como a equipa multidisciplinar, refletindo-se numa maior segurança de intervenção.

2.1.2. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto SMI

O SMI tem como missão, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doença crítica, de forma global, integrada e multidisciplinar (Saviato, Merce, Mato, & Leão, 2019) assumindo a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Ministério da Saúde, 2003), o que torna este um campo privilegiado para consecução das competências do cuidado à pessoa em situação crítica.

Este serviço, deve ser o responsável pela pessoa em situação crítica, independentemente de onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência, nas unidades intensivas e intermédias e no internamento, através das equipas de emergência interna, assim como através do exercício de consultadoria (SNS, 2017).

Adicionalmente às doenças graves agudas, é esperado nas próximas décadas, um número crescente de pessoas com doenças crónicas e comorbilidades associadas, que careçam de tratamento intensivo, associado as perspetivas de desenvolvimento demográfico e envelhecimento (Poncette, et al., 2019), o que torna premente a formação especializada de Enfermagem nesta área tão complexa pois, são estes que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica. Afinal, esta pessoa requer uma abordagem focada na doença e nas complicações, mas também um enfoque nas questões mentais e espirituais, como a sensação de abordar a morte, o sofrimento, o isolamento, o medo, a vulnerabilidade e a dependência completa (Poncette, et al., 2019).

O serviço de Medicina Intensiva do HNM, é uma unidade fechada, autónoma, de nível III, típica dos hospitais com urgência polivalente. Esta classificação, segundo a DGS (2003), corresponde a unidades que tenham preferivelmente, quadros próprios de profissionais (médica e de Enfermagem), assistência por intensivista em presença física nas 24 horas; acesso aos meios de monitorização, diagnósticos e terapêutica necessária; deve

dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

É uma unidade acreditada pela Direção Geral de Saúde, em 2017, com nível bom, utilizado um método preconizado pela *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) internacional.

Relativamente ao nível das dotações seguras nos serviços de medicina intensiva e unidades de cuidados intensivos, preconiza-se que 50% da equipa de Enfermagem, sejam Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, num rácio de enfermeiro/pessoa coerente com o cálculo da carga de trabalho calculada diariamente, através de instrumentos cientificamente aceites (OE, 2018).

Nesta conjuntura, o desenvolvimento da minha ação neste campo de estágio, fez-se através da implementação de um plano de atividades, que comporta um conjunto de objetivos e actividades, para o desenvolvimento das respetivas competências do enfermeiro especialista, de acordo com processo de prestação de cuidados e da componente teórico-reflexiva.

Optei por direccionar o processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica as pessoas do foro cirúrgico, particularmente no pós-operatório, tendo em conta os meus objetivos académicos e ao contexto em que exerço a prática profissional.

Previamente à realização deste estágio, revi a literatura e a evidência científica existente sobre este ambiente, por forma a ser mais proactiva e independente na prática clínica, diminuindo o sentimento de medo e insegurança associado a possíveis lacunas educacionais. Efectivamente, os enfermeiros que estejam mais despreparados profissionalmente, para a complexidade dos cuidados da pessoa em situação crítica, elevam a possibilidade de riscos e eventos adversos, para os mesmos. (Gundo, Mearns, Dickinson, & Chirwa, 2019).

A admissão no SMI de uma pessoa do foro cirúrgico, têm como propósito a estabilização clínica e a prossecução dos melhores resultados para a pessoa, mediante cuidados de Enfermagem proativos, na monitorização contínua, na detecção e tratamento atempado de complicações, assim como vigiar o pós-cirúrgico da pessoa em situação crítica (Kornusky & Balderrama, 2017). Este propósito, intersecta-se com as competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, por exemplo, na prevenção, estabilização, manutenção dos focos de instabilidade.

Durante a admissão da pessoa no SMI, procurei organizar atempadamente a unidade, garantindo o funcionamento do equipamento necessário para assegurar a prestação de cuidados a uma pessoa em situação crítica. Após a sua chegada, assegurei a sua instalação na unidade com segurança, implementando intervenções que vão da monitorização ao registo de informação relevantes para a continuidade dos cuidados.

Atualmente, preconiza-se cinco áreas de interesse no cuidado intensivo da pessoa submetida a intervenção cirúrgica: mobilização precoce, nutrição, sedação, analgesia, delírio (Jovanović, Jakovljević, & Lukić-Šarkanović, 2018), que nortearam os meus focos de atenção.

A mobilização deve ser implementada o mais precocemente possível, mesmo que estejam sob ventilação mecânica, e a sua protelação pode causar efeitos deletérios significativos nos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e cognitivo da pessoa em situação crítica (p.10). Neste sentido, implementei um plano de cuidados de mobilização, individualizado a cada pessoa, de acordo com o seu estado geral, incentivando a sua mobilização desde a sua admissão no serviço. Paralelamente, solicitei a colaboração do Enfermeiro Especialista em reabilitação, para corroborar estes planos, e avaliar a necessidade de implementar cinesia terapia respiratória, quando oportuno.

É amplamente defendido a ideia de início precoce de nutrição entérica em pessoas em situação grave, sendo que as únicas contra-indicações são as condições de choque não controlado, altas doses de drogas vasoativas, hipóxia com risco de vida, hipercapnia, acidose ou isquemia intestinal (p. 20).

Esta concepção é aceite, de forma geral, pelos profissionais do SMI, sendo que implementaram protocolos que visam a introdução precoce e gradual da alimentação entérica. Tive várias oportunidades para gerir este protocolo, incluindo numa pessoa submetido a cirurgia de hemicolectomia. Apesar de ser desafiante, no sentido em existe um risco acrescido de deiscência de sutura, não é impeditivo, desde que haja uma vigilância rigorosa da sua condição clínica.

Neste serviço, também esta intrínseca a necessidade de gestão de equipamentos técnicos, como ventiladores, bombas infusoras, monitores e máquina de diálise, que tornam a prestação de cuidados mais complexa. Apesar disso, esta tecnologia extrapola o equipamento propriamente dito e implica, também, o conhecimento necessário para utilizá-lo e a capacidade de aplicá-lo aos cuidados de Enfermagem especializados.

A monitorização contínua da pessoa é uma das componentes mais importantes neste serviço, pois permite, em primeiro, observar as mudanças críticas no estado de saúde

e, segundo, orientar os cuidados diários. Está estabelecido cientificamente, que a sua implementação conduz a melhorias significativas na segurança da pessoa e na obtenção de melhores *outcomes* (Poncette, et al., 2019).

Deste modo, inteirei-me sobre o funcionamento destes dispositivos, utilizando essa informação para corroborar os meus cuidados e detectar uma possível deterioração do estado da pessoa.

Numa revisão sistemática sobre as intervenções padrão no SMI, mostraram efeitos negativos, quando usadas excessivamente: volumes correntes elevados, muitas transfusões de sangue, elevadas frações de oxigénio e sedação contínua. Outras intervenções, que podem melhorar os resultados são: a mobilização precoce (dentro de 72 h) da pessoa, uso reduzido de sedativos, o horário de visita prolongado (ou aberto) da família, permitindo contacto com a vida doméstica da pessoa e até visitas de animais de estimação, pode ajudar a limitar o impacto psicológico de um internamento neste serviço (Poncette, et al., 2019). Apesar do enfermeiro, não programar os parâmetros ventilatórios, o conhecimento dos mesmos é de suma importância. Por exemplo, recorde-me de uma pessoa sob ventilação mecânica, com a necessidade de um volume corrente elevado, mas apresentava uma hipercapnia em evolução. Mediante este conhecimento, concluímos que este parâmetro ventilatório, poderia ser excessivo para as necessidades desta pessoa. Ao identificarmos precocemente esta complicação, prevenimos o agravamento da condição, evitando consequências mais graves, como atelectasias ou até colapso do pulmão.

É inevitável falar de dor, quando se fala de cuidados intensivos, pois continua a ser um dos eventos mais referenciados e stressantes vivenciados pelas pessoas, durante a sua permanência no SMI (Tan, et al., 2019). Os efeitos físicos e psicológicos associados à dor, incluem a agitação e o delírio, sendo frequentemente subdiagnosticados neste ambiente, conduzindo a desfechos adversos (Poncette, et al., 2019).

Atenta a este facto, procurei avaliar a dor e a sua resposta à terapêutica analgésica, de forma sistemática, através de escalas baseadas em indicadores comportamentais, desenvolvidas para detectar e medir a dor em pessoas em situação crítica, tal como a *Behavioural Pain Scale*, que inclui 3 itens comportamentais: expressão facial, movimento dos membros e adaptação ventilatória. Em relação a avaliação da agitação, utilizei a *Richmond Agitation-Sedation Scale*, que avalia o grau de sedação e agitação de uma pessoa que necessite de cuidados críticos ou esteja sob agitação psicomotora. Mediante os resultados obtidos e da própria observação comportamental da pessoa, geri os protocolos analgésicos e implementei medidas não farmacológicas, que se revelam eficazes.

Efectivamente, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, estão bem posicionados para assumir um papel significativo na gestão da dor, delírio e agitação, através, mas não só, da gestão de protocolos de sedação e analgesia, pois estão na linha de frente da avaliação e do tratamento

A sedação e analgesia são fornecidas a pessoas em situação crítica, para aumentar a adesão a procedimentos invasivos e desconfortáveis, assim como para prevenir ou aliviar a dor, desconforto, ansiedade e stresse, no entanto, é recomendado evitar a sedação profunda, uma vez que está associada a piores resultados físicos e psicológicos e protela a recuperação da pessoa (Poncette, et al., 2019). Para conseguir isso, estratégias que promovem uma sedação mais leve, como protocolos de sedação liderados por enfermeiros, pausas diárias de sedação e estratégias baseadas em analgesia, foram introduzidas e amplamente implementadas recentemente, mas podem aumentar a agitação da pessoa, desconforto e eventos adversos (Kydonaki, Hanley, Hanley, Antonelli, & Walsh, 2019), pelo que é necessário uma avaliação contínua dos prós e contras.

Neste serviço, apesar de não estar protocolado nenhuma destas estratégias, os enfermeiros gerem a analgesia e sedação de acordo com a sua avaliação da pessoa, procurando obter um equilíbrio entre a sedação e analgesia, que represente ganhos em saúde para a mesma.

Noutra vertente, é frequente o uso de restrições físicas a pessoas submetidas a ventilação mecânica, para proteger equipamentos médicos (por exemplo, tubos traqueais). No entanto, está comprovada que eles podem ter efeitos físicos e psicológicos adversos, aumentando os riscos delírio e da Perturbação de *stress* pós-traumático (Unoki, Sakuramoto, Ouchi, & Fujitani, 2018), de maneira que é claro a necessidade de gerir a sedação e analgesia com sensatez. No decurso deste estágio, não implementei nenhum tipo de restrição física, todavia é importante realçar que o meu contexto de estudante forneceu-me disponibilidade para acompanhar e vigiar a pessoa, o que não é possível para a maioria dos enfermeiros desta unidade.

É sabido que os enfermeiros usam frequentemente o toque para cuidar, mas é sobretudo um toque processual, para procedimentos que podem envolver desconforto e as pessoas podem achar desagradáveis. Contudo, estudos revelam que o toque afectivo, massagem, acupressão, reflexologia, papel da presença humana, entre outros, para adultos em situação grave, produzem benefícios psicológicos na redução do medo, ansiedade stress, dor e sono, sendo cada vez mais reconhecido como revelante no tratamento desta pessoa (Harris, et al., 2019). Sobre este domínio, a minha atenção concentrou-se mais em

intervenções de massagens e toque afectivo, em comparação com as outras por falta de formação nessa área, mas acredito que esta intervenção, de fácil implementação e baixo custo económico, pode acrescentar qualidade aos cuidados do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

É incontornável falarmos da família, quando discutimos sobre a pessoa em situação crítica. A doença é fisicamente e psicologicamente angustiante para a pessoa e suas famílias, o que pode afetar negativamente a sua saúde e bem-estar.

De fato, metade dos familiares das pessoas atendidos numa SMI, relatam sintomas de depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático, principalmente quando não são envolvidos no cuidado ou se não recebem apoio emocional, informações ou comunicação suficiente dos prestadores de cuidados (Hetland, McAndrew, Perazzo, & Hickman, 2019).

Neste sentido, os enfermeiros de cuidados intensivos, estão bem posicionados para promover o envolvimento ativo da família e estabelecer relacionamentos significativos com os mesmos, melhorando a experiência da pessoa e da família, além de melhorar a segurança, a qualidade e a prestação de cuidados.

São vários os benefícios familiares documentados no envolvimento da família em estudos exploratórios, como um maior senso de cuidado centrado na família, sentir-se conectado ao objetivo de melhorar a saúde do membro da família, redução da ansiedade e maior satisfação para os membros da família (Hetland, McAndrew, Perazzo, & Hickman, 2019). Desta forma, procurei incluir os familiares das pessoas em todos os cuidados que prestei, estabelecendo uma relação de ajuda, fornecendo informação solicitada, ensinamentos para a promoção de saúde e privacidade nos momentos oportunos.

A principal ferramenta que os enfermeiros dispõem numa relação terapêutica é, sem dúvida, a comunicação. De facto, a comunicação com os cuidadores é um dos aspetos mais valorizados do cuidado, pelo que quando é considerada como sendo inconsistente, insatisfatória ou desconfortável, está associada a um maior risco de desenvolver luto complicado e sintomas relacionados à perturbação de stress pós-traumático (Kentish-Barnes, Chevret, & Azoulay, 2018).

Alguns das pessoas deste serviço são de nacionalidade estrangeira, podendo este ser um constrangimento à comunicação. Para contornar esta problemática, utilizei aplicações gratuitas e disponíveis na internet, para traduzir a comunicação entre a equipa e a família. Esta intervenção é gratuita e não é difícil de implementar, atendendo que o

SESARAM dispõe de *wireless* gratuito para todos os profissionais e pessoas, podendo ajudar a reduzir o impacto de uma das experiências mais dolorosas na vida.

Diante desta conjuntura, considero que este estágio e a vivência destas experiências, permitiu-me compreender uma parte integrante do percurso da pessoa em situação crítica, incluindo o pós-operatório, o que considero relevante para a prestação de cuidados holísticos e adaptado as suas necessidades.

Assente na metodologia científica do processo de Enfermagem, considero que aperfeiçoei a minha prestação de cuidados especializado, como na identificação e previsão focos de atenção e de instabilidade, formulei diagnósticos de Enfermagem especializados, planeei e implementei os cuidados atempadamente, assim como avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados.

Em suma, julgo que através da realização deste ensino clínico, incrementei a minha comunicação interpessoal com a pessoa e sobretudo com a família, o trabalho em equipa, capacidade de adaptação a situações complexas, gestão de protocolos, entre outros, pelo que considero que este foi um campo particularmente rico em aprendizagem e de transformação profissional, enquanto especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

2.1.3. Desenvolvimento de competências especializadas no contexto do Bloco operatório

A unidade curricular Estágio III - Opção, preconiza que o estudante desenvolva competências na prestação de cuidados de Enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica, num contexto de unidades diferenciadas, nas quais estão internadas pessoas em estado de doença aguda, situação crónica ou paliativa.

Estas competências efectivam-se através de aprendizagens ao nível de três domínios: o cognitivo, que inclui a compreensão da teoria, da evidência científica e de conceitos que substanciem a prática clínica; o domínio psico-motor, que está associado à mestria de resolver situações/problemas e que requerem destreza motora altamente especializada; o domínio sócio-afectivo, que contempla os sentimentos, atitudes, comportamentos, a capacidade de adaptação às mudanças e de enfrentar desafios.

Na persecução destas competências, optei por realizar este ensino clínico no bloco operatório (BO) de neurocirurgia do hospital do São João, durante os meses de março e abril de 2019. Este desenvolvimento fez-se através da consecução da componente - projeto de autoformação, no qual evidenciei os objetivos específicos e as respetivas atividades que

pretendiam dar resposta ao meu objetivo final – desenvolver competências especializadas de Enfermagem à pessoa submetida a cirurgia em situação crítica. A intervenção junto das pessoas e as suas famílias fez-se segundo o processo de prestação de cuidados: avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final dos problemas das pessoas sob o meu cuidado e da componente teórico-reflexiva.

Considero que esta metodologia permitiu-me ter uma ação mais estruturada e lógica na persecução destes objetivos, facilitando o desenvolvimento e aquisição destas competências.

A selecção deste contexto para a realização deste ensino clínico, depreende-se pelo facto de que no BO, parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos para a prestação de cuidados de saúde, associado a tecnologia sofisticada e com uma multidisciplinaridade significativa, que obriga a uma interação perfeita entre todas as partes intervenientes (DGS, 2015). Paralelamente é uma unidade que solicita um elevado custo de recursos humanos, económicos, materiais, tecnológicos e de tempo (DGS, 2015), daí que este cenário pareceu-me ideal para a optimização das competências do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, num contexto altamente diferenciado.

A opção pela pessoa submetida a neurocirurgia, esta associado a minha recente integração nesta valência cirúrgica, mas também porque estatisticamente as doenças cerebrovasculares continuam a ser uma problemática do SNS. Segundo o Instituto Nacional de estatística (2018), relativamente ao relatório de Estatística da Saúde de 2016, em Portugal morre-se principalmente devido a doenças do aparelho circulatório (32 805 óbitos, ou seja, 29,6% do totalidade de óbitos em Portugal), com um acréscimo de 1,1% relativamente ao ano anterior. No grupo das causas motivadas por doenças do aparelho circulatório, destacam-se 11 738 óbitos causados por doenças cerebrovasculares. Do mesmo documento, sabe-se que das 931 779 cirurgias realizadas em Portugal (em Hospitais Públicos e Privados), 25 774 foram do foro neurocirúrgico, e destas, 440 foram realizadas na Ilha da Madeira.

Os acidentes vasculares cerebrais, convulsões, tumores cerebrais, paralisia e distúrbios da medula espinhal são doenças críticas e, por isso, pesquisas e esforços clínicos facilitam a colaboração entre disciplinas, seja na sala de emergência, durante a recuperação, na sala endovascular ou na sala de cirurgia. É também conhecido que a ocorrência de uma doença crítica, secundária a um processo de doença neurológica é prevalente em unidades de cuidados intensivos (McLaughlin, 2018).

É um facto que a cirurgia do foro neurológico é extremamente complexa e morosa, pelo que o enfermeiro tem de capacitar-se com conhecimentos teóricos e capacidades técnicas sobre os meios de monitorização invasivos, vigilância e terapêutica avançada, o funcionamento dos múltiplos dispositivos médicos, dos procedimentos cirúrgicos, assim como trabalhar verdadeiramente em equipa, respeitando a multidisciplinaridade que envolve uma cirurgia.

A EORNA (2017) adita que um ambiente perioperatório seguro, exige uma equipa multidisciplinar qualificada, que desempenhe as suas funções de forma competente e dotada de conhecimentos actualizados relacionados como o BO.

McLaughlin (2018), corrobora esta ideia, inferindo que os profissionais que trabalham em cuidados neurológicos permaneçam informados sobre as práticas e diretrizes mais atuais e baseadas em evidência científica, para continuar a melhorar os resultados de saúde. Nesse espírito, talvez consiga-se diminuir a mortalidade e melhorar os resultados, em cuidados neurológicos (McLaughlin, 2018).

Consideram-se como áreas específicas de intervenção neurocirúrgica para diagnóstico e tratamento as seguintes: os tumores primitivos ou secundários do sistema nervoso central e periférico incluindo os tumores e lesões expansivas intraorbitárias, as doenças vasculares do sistema nervoso central e periférico, com destaque ao tratamento de aneurismas e malformações vasculares, as doenças obliterativas ou traumáticas dos vasos do pescoço ou intracranianos, incluindo os tratamentos relacionados com acidentes vasculares cerebrais isquémicos ou hemorrágicos. Na neurocirurgia funcional, englobam-se o tratamento das doenças do movimento, da epilepsia, a cirurgia da dor, a psicocirurgia, a patologia da coluna vertebral, tratamento cirúrgico das infeções intracranianas e intrarraquidianas, assim como das perturbações da circulação do líquido cefalorraquidiano. Para além destas, incluem-se todas as doenças de natureza traumática, infecciosa, degenerativa, malformativa ou tumoral do crânio, da ráquis óssea, da medula, dos nervos periféricos e dos seus invólucros. Qualquer uma destas doenças, incorre o risco de se tornar uma situação crítica e ameaçadora da vida da pessoa.

São necessários para um bloco operatório central de neurocirurgia, um microscópio cirúrgico, neuronavegação; material de neuroendoscopia; aspirador ultrasónico; coagulação mono e bipolar; material de biópsia estereotáxica ou por neuronavegação; material de monitorização neurofisiológica; craniótomos; bombas perfusoras, BIS, entre outros. Para além destes, é necessário a existência de meios complementares de diagnóstico.

Sabemos que a pessoa submetida a neurocirurgia é, de forma geral, uma pessoa em situação crítica, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, pelo que os cuidados de Enfermagem devem ser altamente qualificados, prestados de forma contínua, permitindo conservar as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Neste sentido, é exigido aos enfermeiros perioperatórios um conhecimento ativo na neuroanatomia, das afecções neurológicas que carecem que intervenção cirúrgica, do procedimento cirúrgico a ser realizado, dos dispositivos médicos necessários, pois permite ao enfermeiro antecipar e responder às necessidades intra-operatórias, assim como prevenir complicações que possam surgir.

A *American Academy of Neurology* (2015) corrobora esta ideia, identificando que a prática avançada de profissionais de saúde neste campo, como são os enfermeiros especialistas, são cruciais para melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados.

Em síntese, o cuidado à pessoa em situação neurocrítica, foca a doença aguda neurológica e neurocirúrgica, que ameaçam a vida ou com manifestações neurológicas que interrompem de forma inequívoca o decurso natural da vida.

Assim, parece-me adequado afirmar, que a realização de uma cirurgia exige ao enfermeiro, uma ação de um elevado grau de diferenciação e complexidade que se intersecta directamente com a resposta diferenciada que o enfermeiro especialista fornece aos sistemas de saúde, o que justifica o enquadramento deste profissional numa área tão específica como a do BO.

Os cuidados de Enfermagem, no âmbito do BO, são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa, a experienciarem um processo de doença, que carece de procedimento cirúrgico e anestésico, em ambiente perioperatório (O.E, 2018).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós – operatório (O.E, 2018).

Não existe um projecto arquitectónico de bloco operatório *standard*, nem que seja satisfatório das necessidades de cada especialidade cirúrgica, mas é consensual que o BO deve ser projectado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de pessoas, pessoal e materiais, nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011).

Com este objectivo, o serviço de neurocirurgia do hospital de São João, foi reestruturado com particular atenção às necessidades do cliente que careça de tratamento cirúrgico. Este ocupa a totalidade do oitavo piso, estando o BO estrategicamente situado no centro, à sua direita encontra-se o serviço de cuidados intensivos neurocirúrgicos e na esquerda, o serviço de internamento de neurocirurgia. Esta estrutura possibilita uma menor deslocação deste cliente, minimizando o risco de intercorrências associados ao transporte intra-hospitalar. Simultaneamente, a unidade é altamente restrita, pois só podem aceder as pessoas afetas ao serviço e que possuem um código, que desbloqueia a porta de entrada.

Também encontra-se articulado com outros serviços, como o serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos neonatais, unidade de cuidados intermédios, laboratório, farmácia, entre outros.

Este tipo de estrutura vai de encontro ao recomendado, em que se decreta que o BO deverá estar localizado num local resguardado de forma a não ser atravessado por qualquer tipo de circulação que lhe seja estranha, mas com uma proximidade relativa entre o BO e os vários departamentos hospitalares, como o serviço de esterilização, laboratório, imagiologia, entre outros que se mostrem necessários para a sua actividade (ACSS, 2011). Tive a oportunidade de conhecer estes contextos, no sentido de ter uma visão mais holística do percurso da pessoa submetida a uma cirurgia, incluindo a dinâmica e gestão inerente a preparação desta pessoa e família.

Em termo de organização de um BO, as recomendações técnicas preconizam a existência de três zonas de acesso distintas, nomeadamente uma área livre (onde se pode circular com roupa de exterior); uma semi-restrita (onde é obrigatório a utilização de roupa do BO, incluído touca); uma área restrita (onde acresce a obrigatoriedade do uso de máscara cirurgia) (ACSS, 2011).

O BO referido respeita esta organização, no qual é possível verificar uma área livre (vestiário misto com wc, duche e cacifos, instalação sanitária, área de repouso), uma área semi-restrita (área de tratamento de materiais, zona de sujos, corredor anexo a zona de sujos, área de acesso às salas, corredor de entrada / receção de pessoa), uma área restrita (2 salas cirúrgicas).

A determinação destas zonas é suma importância, pois é conhecido que no BO circulam diferentes tipos de material (limpo/esterilizado e sujo/contaminado) e de pessoas (profissionais e pessoas). O cruzamento destes circuitos, como o do material contaminado com o esterilizado, pode representar uma lacuna grave no diz respeito ao controlo de

infecção, pelo que a definição clara destes fluxos, protegem os profissionais, pessoas e materiais de potenciais fontes de contaminação cruzada (AORN,2012).

A AESOP (2010) prescreve um conjunto de práticas para todos os BO, assim como qualquer espaço que se verifique procedimentos invasivos, que visam atingir um nível óptimo de cuidados, e incluem:

- 1.O vestuário do bloco operatório.
2. O uso de antisépticos no bloco operatório.
3. Desinfecção do campo operatório.
4. Preparação pré-cirúrgica das mãos.
5. O uso de luvas no bloco operatório.
6. Técnica asséptica cirúrgica.
7. Utilização de campos cirúrgicos.
8. Manipulação e armazenamento de material estéril no bloco operatório.
9. Utilização de electrocirurgia.
10. Utilização de garrotes pneumáticos.
11. Contagem de compressas, instrumentos e materiais cortoperfurantes.
12. Desinfecção de materiais: o uso de desinfectantes no bloco operatório.
13. Tratamento de instrumentos cirúrgicos.
14. Tratamento de material de videocirurgia.
15. Limpeza e desinfecção do equipamento anestésico.
16. Higienização das salas de operações.
17. Fatores ambientais no bloco operatório.
18. Cuidados a pessoas com doença de Creutzfeldt Jakob.
19. Utilização de protecções respiratórias.
20. Uso de latex no bloco operatório.
21. Prevenção da cirurgia no local errado, do procedimento cirurgico errado e da pessoa errado.
22. Dotações seguras em ambiente perioperatório.
23. Utilização de agentes anestésicos inalatórios.
24. Segurança no reprocessamento de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, cedidos em regime de empréstimo (p.10).

Neste BO, os enfermeiros especialistas e generalistas criaram procedimentos de acordo com estas normas e da estrutura do BO, definindo circuitos para a pessoa, profissionais e material/matérias, tal como o promulgado pela AESOP.

Assim, a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, chega ao BO acompanhado pela enfermeira, deitada numa cama do serviço proveniente e acolhido por uma enfermeira da anestesia/circulante. Seguidamente é transferido para uma maca exclusiva do BO e aquecido com édredon térmico. De acordo com o protocolo do serviço, a pessoa só poderá ser admitido se tiver o consentimento cirúrgico e anestésico assinado, pedido de transfusão; a checklist pré-operatória realizada, que inclui, entre outros, o cumprimento do banho com Clorohexidina no dia anterior e duas horas antes do procedimento, tal como o preconizado pelo feixe de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico, que iremos abordar à *posteriori*.

A pessoa é transportada para um corredor, que dá acesso a sala cirúrgica, onde é realizado procedimentos pré-operatórios, como colocação de CVP, antibioterapia profiláctica ou outra medicação apropriada. É expressamente proibido a entrada da cama do cliente na sala operatória, tal como o preconizado pela ACSS.

Em relação ao circuito dos profissionais, é fornecido diariamente vestuário limpo, toucas, máscaras e sapatos (socas) exclusivos do BO, e que não devem sair deste espaço. Infelizmente, atendendo a constrangimentos de espaço físico, ocorre o cruzamento destes profissionais com o corredor de entrada (zona livre) onde entram as pessoas não afetas ao serviço, podendo ocorrer contaminação cruzada.

O material cirúrgico é aberto somente dentro na sala operatória, sob um fluxo laminar unidireccional e entregue diretamente a enfermeira instrumentista, após ter calçado bata e luvas esterilizadas. Não é admitido que a circulante abra o material para a mesa cirúrgica, pois acresce o risco de perfuração dos campos cirúrgicos e a consequente conspurcação.

O material cirúrgico após utilizado é triado pela instrumentista, distribuindo-os uniformemente em tabuleiros apropriados, de acordo com o tamanho e robustez, por forma a evitar danificação dos mesmos. Posteriormente é transportado por um corredor anexo a sala operatória, exclusivo para material sujo/contaminado, que dá acesso direto à sala dos sujos, onde sofre um tratamento mecânico ou manual de descontaminação de acordo com as recomendações do fornecedor.

No mecânico, o material entra directamente numa máquina de limpeza e descontaminação com detergente-TFD ou phosphax (um detergente líquido neutro descontaminante para materiais não ferrosos). O tratamento manual é efetuado pelos assistentes operacionais com detergente enzimático (anyosyme DLT), porém é utilizado em casos excepcionais, pois existe o risco acrescido de contaminação para os profissionais.

Posteriormente é arrumado por um enfermeiro e colocado um registo químico e de temperatura no interior da caixa, que permite ter a segurança que o material foi esterilizado eficazmente.

É importante acrescentar que o material cirúrgico sai e entra no BO, num carro adequado e fechado, acompanhado com uma certificação da descontaminação e esterilização, sendo acondicionais em armários fechados, tal como o recomendado pela AESOP. Uma enfermeira especialista, realiza mensalmente uma auditoria para certificar os prazos de validade, a integridade e o acondicionamento destes.

É também da responsabilidade deste profissional, supervisionar a correta limpeza do BO e agendar as limpezas gerais que ocorrem semanalmente e mensalmente, assim como as mudanças dos filtros, quando se verifique propício.

A AORN defende que a equipa de Enfermagem numa sala operatória, deve ser constituída por 3 enfermeiros – anestesia, circulante e instrumentista. Verifiquei que estes rácios foram cumpridos rigorosamente neste BO, apesar de esta não ser a realidade que se vive em Portugal. A AESOP (2010) publicou um levantamento nacional das dotações seguras dos 3 enfermeiros/sala de operações, onde se identificou um decréscimo progressivo, na ordem de 43%, do turno da manhã para o turno da noite. Apesar destes dados requerem actualização, é flagrante que o não cumprimento desta dotação, acresce graves riscos ao nível da segurança cirúrgica.

O método de trabalho de Enfermagem adoptado é o por posto de trabalho, dispostos pelos turnos M/T nas duas salas cirúrgica, incumbindo ao enfermeiro responsável de turno, a distribuição destes por cirurgia e pelas competências de cada um. Para além disso, um elemento fica atribuído a organização do arsenal, da esterilização e gestão de material clínico, sendo usualmente o enfermeiro especialista, conforme referido no capítulo I.

Foi notórias as sinergias que todos reúnem para colmatar as limitações de cada um, e das próprias estruturas, com um rigor extremo pela assepsia cirúrgica, que se traduz numa prestação de cuidados de qualidade para a pessoa.

O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem uma experiência cirúrgica/anestésica, implementando os cuidados especializados mediante os projectos de saúde da pessoa, desde à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (OE, 2018).

A sua actividade desenvolve-se no âmbito de cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, nas fases do pré, intra e pós-operatório (OE, 2018).

Efectivamente, a Enfermagem perioperatória exige uma necessidade permanente de actualização do conhecimento, dado que insere-se num contexto que esta em permanente mutação, quer pelo avanço tecnológico, quer pela evolução da medicina e dos procedimentos cirúrgicos. Não obstante, existem dois aspetos transversais ao exercício do enfermeiro especialista no perioperatório, que devem nortear a sua prática, na garantia da segurança da pessoa: o respeito pela vulnerabilidade e da consciência cirúrgica.

O primeiro conceito, o da vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória, associa-se a impossibilidade desta responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita (OE, 2018). Isto é, a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, concorda em submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos associados, conduzindo-a a um estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida. Porém, a impossibilidade da defesa das suas vontades e valores, induz que outra pessoa em sua substituição, assegure o seu projecto de saúde, neste caso a equipa cirúrgica onde se inclui o enfermeiro especialista.

A consciência cirúrgica surge como um princípio ético e moral, que orienta a prática especializada de cuidar à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018), determinando que este deve agir exclusivamente no sentido do benefício da pessoa. Assim, o especialista cultiva este espírito através de uma prática sustentada pela evidência, na percepção e aplicação dos princípios deontológicos, na implementação de uma cultura de segurança, respeitando a autonomia, privacidade e dignidade, da pessoa, família e equipa.

Ao ter em consideração estes dois princípios durante este estágio, considero que potenciou o desenvolvimento do meu espírito crítico, repercutindo positivamente sobre a minha prática. Durante várias situações, tornei-me mais consciente de vários aspetos que no passado não estava tão alerta, como um maior cuidado em verificar atempadamente o processo clínico e consultar a pessoa e família antes do procedimento cirúrgico, na tentativa de determinar algumas condicionantes intrínsecas, tendo em vista a individualização dos meus cuidados, de acordo com as vontades e necessidades da unidade pessoa/família.

Para além disso, considero que após ter vivenciado o contexto do SU e do serviço de medicina intensiva através dos ensinamentos clínicos, a minha visão sobre o percurso da pessoa em situação perioperatória, tornou-se mais holística e profunda, facilitando a prevenção de riscos, antevisão de possíveis complicações e incrementando um ambiente seguro para a pessoa e a sua família, o que representa necessariamente ganhos para a pessoa e para a instituição. Por exemplo, ao conhecer a realidade do SU, verifiquei que as pessoas antes de serem intervencionados cirurgicamente, não têm a possibilidade de tomarem banho com Clorohexidina, conforme o preconizado. Assim, procurei sempre que possível, friccionar a zona de intervenção com este produto antes do procedimento cirúrgico, zelando pela prevenção da infeção do local Cirúrgico, que iremos abordar posteriormente.

No decorrer do estágio III: opção, foi notório a vantagem do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto do perioperatório, pelo que pude comprovar *in situ* as competências específicas aprovadas no regulamento de competências específicas supramencionado. Estes profissionais, sobressaíam pela sua competência técnica e científica, sendo-lhes exigido uma atuação de referência, adequando os cuidados nas diferentes etapas do processo cirúrgico.

Partindo desta conjuntura, procurei entender todas as fases do perioperatório na visão de uma enfermeira especialista e implementar esse conhecimento na minha prática clínica. O primeiro contacto com a pessoa e a sua família ocorre durante o acolhimento. Neste momento, iniciamos a confirmação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, procedemos a educação da pessoa/família para a gestão de processos imediatos relacionados com cirurgia e do fornecimento de informação formal. É objectivo desta lista, fortalecer as práticas de segurança e promover eficazmente a comunicação e o trabalho de equipa multidisciplinar, para além de que está comprovado que a sua utilização, está associada a reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade (DGS, 2009).

Deste modo, durante o acolhimento, inteiramo-nos dos antecedentes clínicos, comprovamos a sua identidade através de pulseira identificadora, confirmação oral da pessoa/família e da enfermeira do serviço proveniente; certificamo-nos do jejum, presença de próteses e adornos, alergias conhecidas, consentimento cirúrgico e anestésico, entre outros. A não confirmação de qualquer um destes aspetos, pode conduzir a complicações indesejadas, como o risco de aspiração associado a um jejum não respeitado; queimaduras pela presença de objetos metálicos, reações anafiláticas a medicação causadora de alergias, entre outros.

Concomitantemente, instruímos a pessoa sobre percurso que irá realizar dentro do BO se for do seu interesse, por forma a minimizar a ansiedade/medos do desconhecido.

À família, procuramos identificar os focos de preocupação e interesse que possam apresentar, assim como esclarecer sobre os *timings* da cirurgia, do local onde pode aguardar pelo seu familiar, e outros quesitos que queiram ver esclarecidos.

O consentimento informado devidamente assinado é função médica, porém o enfermeiro em defesa da vulnerabilidade da pessoa, tem de garantir que este e a sua família/pessoa significativa tenham conhecimento do procedimento cirúrgico e dos riscos associados, conforme a sua vontade. Colaborar numa intervenção cirúrgica (electiva) sem autorização prévia, pode incorrer num problema legal grave para todos os envolvidos.

O Código Deontológico dos Enfermeiros reitera a importância deste tópico, no seu artigo 6º, número 3, em que declara que o enfermeiro deve denunciar as situações antiéticas e ilegais, atentatórias da segurança da pessoa.

A admissão do cliente, também inclui a preparação prévia da sala operatória, incluindo o teste do ventilador para garantir a sua operacionalidade, assegurar o funcionamento do aspirador e desfibrilador, preparação de fármacos incluindo antibioterapia profiláctica e outro material necessário como termómetro, eléctrodos, seringas, luvas, filtros bacterianos, contentor de recolha de agulhas, solução de base alcoólica, estetoscópio, entre outros.

Também temos de garantir a existência de material cirúrgico para cada cirurgia, incluindo o material de implante, instrumentos cirúrgicos, dispositivos médicos operacionais e disponíveis. Para além disso, temos de estar preparados para eventualidade de mudar procedimento cirúrgico, informando para a falta de algum equipamento que possa a vir ser necessário.

Esta gestão prévia é deveras complexa e requer um conhecimento significativo de gestão, dos procedimentos cirúrgicos, das possíveis complicações, e é neste serviço, responsabilidade do enfermeiro especialista.

Garantindo todas estas variáveis, a pessoa tem condições para avançar para a seguinte fase: Intra- Operatório. Durante este momento, assim como durante a indução anestésica, deverá ser transmitido um ambiente tranquilo e silencioso, minimizando a ansiedade que a pessoa possa estar a sentir.

Este período, obriga a uma coordenação perfeita de *timings* entre enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, técnicos de radiologia, electroestimulação, entre outros. O enfermeiro, no âmbito das suas competências, serve de elo de comunicação e de atuação entre estes profissionais.

Após os enfermeiros confirmarem a lista de verificação segura, a pessoa é transferida para a marquesa cirúrgica, iniciando-se a indução anestésica e o estabelecimento de uma via aérea avançada através da entubação com *cuff* (orotraqueal, nasotraqueal ou translaríngea) consoante o procedimento cirúrgico, assim como a colocação de linha arterial e cateter central. Outro aspeto fundamental, é o cumprimento escrupuloso da antibioterapia profiláctica, 60 minutos antes do início do procedimento. Este procedimento é realizado pelo anestesista e enfermeiro de anestesia, com a colaboração do enfermeiro circulante.

Note-se que é este o momento que a pessoa perde a sua autonomia, e por isso, a equipa multidisciplinar assume a obrigação de zelar pela integridade física e do seu projecto de saúde.

Posteriormente, a pessoa é posicionada em decúbito adequado ao procedimento pelo cirurgião e circulante, prevenindo complicações associadas como, lesões nervosas, vasculares e cutâneas, que possam interferir no equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012). É neste período que é autorizado a entrada de outros técnicos, que se mostrem necessários.

Apronta-se todos os dispositivos médicos necessários (microscópio, neronavegação...) e procede-se a colocação de um cateter urinário (necessário na grande maioria das cirurgias), sonda nasogástrica e da placa dispersiva. Este último, representa uma questão importante, pois existe um risco associado de queimadura pelo uso de electricidade, pelo que é fundamental um bom *assessment*, para descartar a existência de qualquer objecto metálico que potencie uma queimadura. É ainda importante referir, que a placa deverá ser colocada o mais próximo do local cirúrgico, em pele integra e sem pêlos, tendo o cuidado de ficar bem aderente.

Simultaneamente a enfermeira instrumentista dispõe a mesa cirúrgica, respeitando a assepsia e a esterilização envolvida, com a colaboração da enfermeira circulante. A organização dos instrumentos cirúrgicos é dependente do procedimento e posicionamento cirúrgico, pelo que a equipa da instrumentação tem de conhecer e respeitar, pois garante a continuidade dos cuidados, no sentido em que todos têm conhecimento do material utilizado, caso a instrumentista tenha que ser substituída durante a cirurgia. Seguidamente, esta procede ao início da desinfeção do local cirúrgico, colocação dos campos e da separação do material para os diferentes tempos operatório.

Durante a intervenção cirúrgica, a instrumentista é responsável por garantir a técnica asséptica da passagem de instrumentos, em tempo útil e de acordo com o procedimento, com o objetivo de reduzir o tempo cirúrgico. Em colaboração com o circulante, procede-se a uma gestão consciente do material, utilizando apenas o que se verifique necessário e indispensável para a cirurgia. Importa realçar a necessidade da contagem criteriosa das compressas, agulhas, instrumentos, entre outros, no início e final da cirurgia, pois previne a retenção acidental de dispositivos médicos no cliente (AESOP, 2012).

No decorrer da cirurgia, o enfermeiro da anestesia e circulante devem promover o conforto da pessoa, verificando a integridade da pele, vigilância dos parâmetros vitais e

ventilatórios, assegurar uma ventilação eficaz, verificar a permeabilidade da drenagem vesical e gástrica, executar colheita de sangue e gasometria, registo clínicos, detectando possíveis focos de instabilidade.

No final da cirurgia, o enfermeiro de anestesia em colaboração com o anestesista revertem o efeito da anestesia, proporcionando um acordar calmo e confortável. Caso tenha indicação para internamento dos cuidados intensivos neurocirúrgicos, reúnem-se esforços para um transporte intra-hospitalar seguro.

Neste momento, finaliza-se os registos clínicos e procede-se a realização da última fase da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, em que se confirma o material utilizado, a rotulagem de produtos para análise, registo de necessidade de outros cuidados individualizados e específicos, assim como dos eventos adversos que possam ter ocorrido (DGS, 2010).

Mediante as actividades expostas, considero que este campo de estágio, mostrou-se ideal para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica. Considerando que a pessoa submetida a intervenção cirúrgica está sujeita a riscos de ordem física, química, biológica e ambientais, sendo o papel do enfermeiro especialista preponderante na antecipação de focos de instabilidade, na resposta diferenciada em situações imprevisíveis e complexas, na gestão de protocolos terapêuticos complexos, na comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família/pessoa significativa, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, na gestão de recursos humanos e de material, na prevenção e controlo de infeção, entre outros.

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

A Enfermeira Florence Nightingale, é por muitos conhecida como a mãe da prevenção e controlo de infeção, pois esteve entre os primeiros a reconhecer que um cuidador poderia estar na origem do dano causado a uma pessoa, particularmente no que se refere a infeção.

No panorama actual, todos os anos, centenas de milhões de pessoas em todo o mundo são afetados por infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (Zingg, et al., 2019), inerente a cuidados de má qualidade, causando um agravamento da condição de

base, aumento da morbilidade e mortalidade, internamento hospitalar prolongado e perdas financeiras significantes nos sistemas de saúde (Allegranzi, et al., 2019).

Por conseguinte, as infeções originadas por organismos multirresistentes a vários fármacos estão aumentando em todo o mundo, tornando-se crítico a prevenção da disseminação e controle das IACS. Para além disso, o número de antibióticos disponíveis para tratar dessas infeções é extremamente limitado e o desenvolvimento de novos antibióticos não é iminente num futuro próximo (Zingg, et al., 2019).

De acordo com os dados de vigilância epidemiológica da *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network* (EARS-Net), no seu Relatório Anual do Comité Europeu Antimicrobiano Rede de Vigilância de Resistência, Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos (EARS-Net, 2018).

Por forma a dar resposta a esta problemática, várias organizações reuniram sinergias e elaboram planos de prevenção e controle de infeções a fim de minimizar as consequências catastróficas associadas as IACS e as infeções multirresistentes.

É exemplo disso, o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, elaborado pela DGS em 2017, de acordo com as *guidelines* internacionais, em que se define como metas para a saúde até 2020: reduzir o consumo de antibióticos na comunidade, reduzir prevalência de infeção adquirida em hospitais < 8%, manter taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos < 10% (DGS, 2017).

O plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 também alerta para a necessidade de prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2015). Igualmente a WHO, em 2017a emitiu as *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*, em que decreta um conjunto de estratégias desde a prevenção, educação, até a monitorização e avaliação.

A pessoa em situação crítica, pela complexidade das situações de que padece e da necessidade de diferenciação dos cuidados, como as múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, exigem ao enfermeiro especialista um papel preponderante na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (O.E, 2018), pelo que o conhecimento destas normas é fundamental para guiar a sua prática profissional. É por isso, responsabilidade de todos os profissionais de saúde a implementação de uma cultura

de segurança, com vista a prevenção e controlo das IACS, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do cliente.

Portanto, enquanto enfermeira especialista no ramo da pessoa em situação crítica, compreendo as responsabilidades acrescidas para questionar, avaliar e investigar sobre a constante actualização na área de prevenção e controlo da infeção. Assim, durante a minha prestação de cuidados, procurei em todos os momentos salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, nomeadamente através do cumprimento das normas emitidas pela GCL-PPCIRA e pela DGS.

De forma geral, todas as entidades concordam no pressuposto que a higienização das mãos continua a ser a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS e a taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos nas unidades de saúde tem vindo a aumentar de forma gradual, tendo-se registado, em 2017, uma taxa de 73,6%. (SNS , 2018). Nesta óptica, durante os ensinamentos clínicos e na minha prática profissional, procurei respeitar criteriosamente os momentos críticos para a higienização das mãos, assim como alertei continuamente aos familiares e as pessoas da importância deste gesto, instruindo-os sobre o procedimento e os momentos críticos da sua concretização.

A colocação de pessoas também é reconhecida como um aspeto fundamental na prevenção da transmissão cruzada de infeção, pelo que ao longo dos estágios e na minha carreira profissional, adopto uma atitude preventiva, gerindo eficientemente as vagas dos serviços, partindo do pressuposto de que qualquer pessoa pode ser um reservatório de um agente patogénico.

Simultaneamente, promovi o uso da etiqueta respiratória e da utilização de equipamento de protecção individual (EPI). A título de exemplo, no estágio do serviço de urgência, deparei-me com um cliente do qual se suspeitava de tuberculose pulmonar, pelo que imediatamente alertei a responsável de equipa para a necessidade de isolamento (preventivo) da pessoa e para o uso de EPI, como a máscara P2.

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) incluem a alocação de pessoas, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injectáveis, assim como da prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho, pelas quais norteiei a minha prática clínica.

Todavia, é reconhecido que para ter sucesso, estas intervenções precisam de ser efetuadas de forma multimodal e sustentadas ao longo do tempo. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista deve cumprir e fazer cumprir escrupulosamente os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas.

2.2.1. Feixe de intervenções: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico

Atendendo a problemática descrita, procurei nortear a minha conduta profissional especializada de acordo com as normas GCL-PPCIRA e pela DGS nomeadamente na persecução dos feixes de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical, de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, de prevenção de infeção de local cirúrgico, de prevenção de pneumonia associada à intubação.

Estes feixes de cuidados são um composto de intervenções, baseado em evidência científica, que quando realizadas em conjunto podem ter um resultado positivo no atendimento da pessoa. Todavia, considerando o contexto deste relatório, irei explicar exclusivamente o feixe de prevenção de infeção de local cirúrgico.

A infeção do local cirúrgico é uma das causas mais evitáveis de infeções hospitalares e pesquisas sugerem que estes pacotes de cuidados implementados pela equipe perioperatória pode reduzir a incidência de tais infeções (Proops, 2019).

Lowman (2016) revela que estes feixes até à data mostraram um efeito modesto na redução das taxas de infeção, mas no entanto, isso não significa que devem ser abandonados na prática cirúrgica, mas sim que é desesperadamente necessário melhorar a sua implementação. Pode haver pouca dúvida de que a introdução destes pacotes de cuidados podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados (Lowman, 2016).

A DGS (2015) define a infeção do local cirúrgico como aquela que surge no local da incisão cirúrgica ou próximo dela, nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano, no caso de colocação de prótese ou implante/transplante.

Esta infeção é dividida em dois grupos principais: a incisional e órgão-espaço. A primeira subdivide-se em superficiais (pele e tecido subcutâneo) e profundo (tecido mole profundo, como fáscia e camadas musculares). A segunda inclui qualquer espaço anatómico que não seja a incisão que é aberta ou manipulada durante uma operação (WHO, 2009).

Foram determinados alguns fatores processuais que podem influenciar o desenvolvimento desta infeção e que podem ocorrer no pré, intra ou pós-operatório.

Os fatores processuais no pré-operatório incluem banho, higiene das mãos, tricotomia e a profilaxia antibiótica. O banho deve consistir em uma lavagem do corpo inteiro com sabão antimicrobiano na noite anterior à cirurgia e duas horas antes do procedimento cirúrgico; a higiene com sabão e água ou com desinfetante para as mãos, deve ser realizada antes e depois de cada encontro com a pessoa; a tricotomia no local da cirurgia deve ocorrer imediatamente antes de entrar na sala operatória, caso de ser necessário, e através da utilização de um *clipping*, pois aparenta resultar em menos infeções do local cirúrgico do que nos casos em que se utiliza uma lâmina; a administração do antibiótico apropriado deve ocorrer para que o pico de atuação do mesmo coincida com o acto cirúrgico (Bashaw & Keister, 2019).

No que diz respeito aos fatores processuais do intraoperatório, que afetam o desenvolvimento de infeções, incluem o vestuário cirúrgico apropriado, o procedimento de desinfecção do local cirúrgico, classificação da ferida, duração e complexidade do procedimento cirúrgico, a técnica cirúrgica (por exemplo, aberta versus laparoscópica), a uso de suturas antimicrobianas e o tipo de anestesia. (Bashaw & Keister, 2019).

Os fatores do pós-operatório incluem a oxigenação, hemóstase, controle glicémico e o manuseamento de incisão pós-operatória. Estudos comprovaram que o aumento da fração de oxigénio inspirado durante a cirurgia e no pós-operatório imediato em pessoas com funções pulmonares normal reduz o risco de uma infeção; As recomendações práticas baseadas em evidências para prevenção de infeção incluem a manutenção do controle glicémico no peri operatório em níveis-alvo inferiores a 200 mg/ dl para todas as pessoas, incluindo diabéticos e não diabéticos; Finalmente, na manipulação da ferida cirúrgica, deve-se evitar o uso de substâncias estranhas, pois há um risco aumentado de introdução de outra flora microbiana que pode causar uma infeção (ibidem, 2019).

Todavia, existem fatores intrínsecos à pessoa que incluem variáveis não modificáveis, como o sexo, idade e infeção anterior da pele ou tecidos moles, e variáveis modificáveis, como estado de saúde subjacente, comportamentos de estilo de vida, controle glicémico, dispneia, álcool, tabagismo e obesidade (Bashaw & Keister, 2019).

É interessante constatar que estes fatores estão todos incluídos na norma “feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico” vigente em Portugal pela DGS, que preconiza um conjunto de intervenções para evitar estas intercorrências (DGS, 2015), nomeadamente:

- a) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;

- b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado; i. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N° 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”;
- c) Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica);
- d) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$);
- e) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (p.20).

Cumprir estas normas é função de todos os enfermeiros, porém o especialista deve assumir um papel proativo na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos com base em evidência científica, através do desenvolvimento de procedimentos adaptados ao serviço, de auditorias para a monitorização e registo da eficácia das medidas implementadas, da gestão dos recursos humanos e materiais, entre outros.

Estes feixes de intervenção, alinhados com a política hospitalar, permite capacitar os enfermeiros a implementar mudanças na prática clínica, podendo fazer uma diferença significativa para a qualidade de vida das pessoas, através da redução do risco de desenvolver uma infeção no local cirúrgico, um internamento prolongado e através da redução da morbilidade e mortalidade (Troughton, Campbell, Hettiaratchy, Holmes, & Birgand, 2019). Portanto, o desenvolvimento deste *bundle*, auxilia a enfermeira a integrar a evidência na sua prática, assim como contribui para o desenvolvimento da investigação.

No BO de neurocirurgia do Hospital São João, constatei um esforço conjunto de todos os profissionais que lá trabalham, no que concerne ao controlo da infeção, nomeadamente no cumprimento da profilaxia antibiótica no tempo adequado, no respeito pelos circuitos do BO, na utilização de vestuário e calçado exclusivo do BO, na manutenção dos equipamentos e material de consumo clínico, na assepsia da pele da pessoa com produto antimicrobiano, na limitação de pessoas dentro da sala, na manutenção da normotermia e normoglicémia, na disposição dos campos e material cirúrgico, entre outros, que vai de encontro a evidencia descrita neste subcapítulo.

A semelhança deste serviço, o serviço de medicina intensiva do Hospital Nélio Mendonça, também cumpre escrupulosamente todos os feixes de intervenção descritos.

No contexto do serviço de urgência, encontrei algumas limitações no respeito destes *bundles*, nomeadamente da falta de espaço e tempo para a pessoa do foro cirúrgico, tomar banho com clorhexidina nos 60 minutos antes da realização da operação.

Uma solução que encontrei para minimizar esta problemática, foi implementar na minha prática clínica, a desinfeção do local cirúrgico com clorhexidina, antes do

procedimento cirúrgico, enquanto enfermeira alocada ao BO. Atempadamente, pretendo implementar um protocolo, neste serviço, que evidencie esta prática, com o objectivo de minimizar uma infeção do local cirúrgico.

Contudo, existe uma panóplia de informação sobre controlo de infeção e prevenção da infeção do local cirúrgico, sendo imperativo que o enfermeiro especialista tome responsabilidade por permanecer actualizado sobre as novas evidências e implementa-las na sua prática clínica.

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

A Lei de bases da Protecção Civil – Decreto-lei nº 27/2006, no Artigo 3.º, define a catástrofe como sendo um acidente grave ou a série de acidentes graves, passíveis de incitarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

A Protecção Civil infere que não é frequente, em território nacional, a declaração de acidente grave ou catástrofe, mas sim a existência de situações de excepção (INEM, 2012). Este conceito, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica, consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (INEM, 2012). São exemplos os acidentes com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais e intoxicações, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ou inundações, ondas de calor e vagas de frio.

No contexto regional, temos vários exemplos destas situações, como em 1929, onde ocorreu um desabamento de terras em São Vicente, produzido por um aluvião, causando um elevado número de vítimas. O temporal de 20 de Fevereiro 2010, que provocaram inundações e derrocadas ao longo das encostas da ilha, em especial na parte sul, resultando em dezenas de mortos e feridos. E mais recentemente, em 2019, um autocarro de turismo, que caiu de uma estrada no Caniço, provocando 29 mortos e dezenas de feridos.

Todavia, é sabido que com o aumento da população a nível global, a contínua urbanização associada a um pobre ordenamento de território, o aumento exponencial da emigração/migração e turismo, o uso e transporte de materiais perigosos, as alterações climáticas, doenças infecciosas e o próprio aumento do terrorismo a nível global, entre

outros, criam um ambiente inexorável para a ocorrência de situação de emergência, exceção ou catástrofe.

A *International Classification for Nursing Practice* defende que a Enfermagem constitui uma parte da resposta a uma ampla gama de desastres naturais (por exemplo, inundações, ciclones, terremotos, extremos de calor e frio) e desastres relacionados à atividade humana (por exemplo, explosões industriais, acidentes de avião, guerra, terrorismo) por muitos anos. Acrescentam, que o papel do enfermeiro neste acontecimento é multifacetado e inclui a prática, educação, gestão, consulta, advocacia e pesquisa.

A OE corrobora esta afirmação, afirmando que o enfermeiro especialista perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

A WHO e o ICN (2009) reiteram que na fase de resposta a uma catástrofe, os enfermeiros prestam cuidados numa variedade de áreas, incluindo o trauma, triagem, cuidados de emergência, cuidados agudos, primeiros socorros, controle de infeção, cuidados de suporte e paliativos, e saúde pública. Podem prestar cuidados em inúmeros contextos como hospitais, postos de socorro de emergência, abrigos, casas, casas mortuárias e clínicas improvisadas. Simultaneamente são responsáveis pelas suas decisões sobre a delegação de cuidados a voluntários e outros profissionais de saúde.

Assim o *background* das múltiplas áreas de especialidade de Enfermagem, trazem uma riqueza de conhecimentos de diferentes tipos e níveis para as pessoas que experimentam um desastre (*International Classification for Nursing Practice*, 2017).

Apesar não ter vivenciado nenhuma catástrofe enquanto estudante do mestrado, compreendo a obrigatoriedade de se estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação semelhante. Assim sendo, tentei munir-me de conhecimento científico e traçar um plano de atuação ao nível individual, que me permita ser uma mais-valia enquanto profissional e especialista.

Numa primeira instância, informei-me sobre o Plano Regional de Emergência de Protecção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM). Este documento tem por objectivo, entre outros, providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e os meios indispensáveis para minimizar a perda de vidas e bens, assim como restabelecer o mais rapidamente possível, as condições mínimas de normalidade (Serviço Regional de Protecção Civil Região Autónoma da Madeira, 2015). Este documento define a criação de uma unidade de direcção e controlo, responsável por toda coordenação das ações a

desenvolver, assim como a gestão dos meios e recursos no terreno, face a um acidente grave ou catástrofe.

Tomei conhecimento do plano de catástrofe do Hospital Dr.º Nélio Mendonça vigente e o que está a ser reformulado através da metodologia *de Medical Response to Major Incidents* (MRMI). O primeiro compromete-se a organizar-se de forma a disponibilizar em tempo útil os recursos materiais e humanos necessários, por forma a disponibilizar uma resposta adequada, em tempo útil e utilizando racionalmente os recursos disponíveis. Este preconiza uma reorganização de todos os serviços da instituição, dos quais destaco o serviço de urgência, o Bloco operatório e o Serviço de Medicina Intensiva.

Durante o estágio do serviço de urgência, apresentaram-me a composição de kits, que são utilizados em situações de catástrofe ou multivítimas, e que se propõem simplificar os processos de identificação e triagem de vítimas, ganhando tempo na prestação de cuidados.

Colmatei este conhecimento teórico, com a realização do curso MRMI. É conhecido por ser uma das melhores formações para resposta à emergência em situação de catástrofe a nível internacional, sendo destinado a todos os agentes de proteção civil, bombeiros, polícia, GNR, exército, marinha, força aérea, enfermeiros, médicos, psicólogos, etc., ou seja, a todos os que desempenham funções de proteção e socorro às populações. Por ser baseado num modelo de simulação em que se treina toda a cadeia de comando: cenário, transportes pré hospitalar e intra hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multivítimas, triagem, corredores de evacuação e estruturas da comunidade que possa auxiliar na resposta a um incidente multivítimas / catástrofe, constitui uma verdadeira ferramenta para o treino desta competência.

Atendendo que a catástrofe é uma situação de exceção, alguns autores apresentam a simulação como uma estratégia para a consolidação e aquisição de competências num ambiente controlado e isento de riscos.

Outra mais-valia foi participar no Congresso Nacional Emergência, que envolveu uma componente teórica com um simulacro. Ambos permitiram-me compreender os princípios de atuação em situações de catástrofe e os algoritmos de sequência de decisão, permitindo-me aperfeiçoar a minha capacidade de decisão, de acordo com a urgência da situação, assim como, sistematizar as ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência.

Estes cursos, e de forma geral a bibliografia apontam que o expoente máximo destas situações será sempre o de minimizar ou eliminar as baixas humanas, prevenindo as limitações físicas, assim como acautelar os efeitos psicológicos (Veenema, et al., 2018). Neste sentido, é primordial a gestão dos recursos disponíveis (humanos e materiais), recolocando-os nas áreas mais críticas, promovendo a uma eficiente utilização dos mesmos, através do estabelecimento de prioridades.

No que se refere a gestão dos cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe, os enfermeiros também assumem papéis de liderança, responsabilidade da gestão e coordenação de cuidados de saúde (WHO & ICN, 2009).

Considero que esta competência foi melhorada através da realização dos cursos referidos, mas estou ciente que a sua manutenção só será possível através da formação contínua e inevitavelmente pela própria gestão de uma catástrofe real. Relembro que Benner (2001) defende que as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial.

Outro aspeto para o qual estou mais consciente é na própria prevenção destes acontecimentos, através do conhecimento dos pontos de corte de gases medicinais e quadro de electricidade, dos extintores de pó químico ABC e Dióxido de Carbono, a operacionalidade das saídas de emergência, entre outros que poderão ser úteis na manutenção de uma situação catástrofe.

Também tomei a iniciativa para a divulgação de normas de segurança e dos planos de emergência, facilitando o conhecimento de todos os envolvidos nos serviços em que estagiei.

Por fim, considero fundamental que as instituições educacionais, as organizações de serviços de saúde e os próprios enfermeiros se comprometem a aumentar o acesso a programas educacionais relacionados com desastres para enfermeiros, a fim de fortalecer a prontidão para desastres e aumentar a segurança sanitária nacional e regional.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, no artigo 18º, declara que em termos do ensino politécnico, o segundo ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, deverá corresponder a aquisição de uma especialização de ordem profissional. Os descritores de dublin são os descritores de ciclo (ou "descritores de nível") desenvolvidos em 2003 e adotados no “Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior”, emanados durante o processo de Bolonha, em que determinam as competências a desenvolver ao nível de mestrado, das quais fazem parte os conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, capacidade de comunicação e a auto-aprendizagem.

Este nível de estudo, representa um aprofundamento de conhecimentos de forma mais especializada e direcionada, sendo exigido a um mestre competências científicas mais avançadas. Mediante esta premissa, o grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permite ao profissional de Enfermagem, um crescimento sustentado e orientado para o mais elevado patamar de competências.

A frequência deste curso, exigiu naturalmente um aprofundamento dos conhecimentos, quer pela necessidade de acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico crescente, mas também pela obrigatoriedade de assimilar os novos conhecimentos específicos, na área do cuidado de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica.

Deste modo, o aprofundamento e o domínio dos conceitos, fundamentos e teorias relacionados com as ciências de Enfermagem, serviram como suporte na área de especialização, potenciando a minha prática clínica, nomeadamente na capacidade de integrar novos conhecimentos, detetar eficientemente focos de atenção, assumir cuidados de maior complexidade e na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, seja de ordem científica, ética/moral ou social.

Entre outros aspetos, realço a importância deste conhecimento, no incremento de medidas assépticas, na prevenção de infeções, na gestão de protocolos farmacológicos, na determinação de focos prioritários de atuação, na adaptação a novas tecnologias e técnicas, assim como na educação da pessoa/família sobre a sua situação clínica, para que possam exercer o seu julgamento e consentimento de forma informada e esclarecida.

A frequência deste Mestrado permitiu também a compreensão e a aplicação efetiva deste conhecimento científico à realidade da prática clínica de Enfermagem especializada, através dos estágios clínicos abordados no capítulo II. Efetivamente, o entrosamento do conhecimento teórico com a minha vivência dos contextos práticos do serviço de urgência, serviço de medicina intensiva e do bloco operatório, promoveu o meu entendimento sobre a pessoa em situação crítica numa perspetiva mais holística e profunda, identificando e refletindo sobre as múltiplas variáveis implícitas na sua abordagem. Porém, a aquisição deste conhecimento deve basear-se em fontes fidedignas e de referência na construção do corpo de conhecimentos necessários à identidade profissional do enfermeiro especialista, que consubstancie a sua tomada de decisão e a realização de juízos profissionais. Este facto, torna-se particularmente importante quando nos referirmos ao cuidado de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em que se exige uma ação rápida e segura, e o conhecimento torna-se numa ferramenta de atuação imprescindível.

A tomada de decisão tem sempre uma dimensão ética e deontológica inerente, que promove os cuidados de saúde de qualidade. O respeito pelos princípios da autonomia, justiça, beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana, respeitando a sua vontade e encarando-o como um parceiro no seu processo de saúde, esta patente à prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

Julgo que este percurso de aprendizagem, fomentou a minha capacidade de auto-questionar e autoavaliar os meus julgamentos e as minhas decisões, incrementando um maior senso ético e deontológico na minha prática clínica. Por conseguinte, a compreensão dos diferentes contextos clínicos, aliada à minha prática clínica e aos cursos efectuados ao longo da minha carreira profissional, incrementou o meu autoconhecimento e a assertividade, facilitando a utilização do processo de tomada de decisão, permitindo a gestão de situações complexas de forma proficiente, independentemente do contexto clínico.

A realização deste mestrado, contribuiu para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, permitindo desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, ajudando a basear a minha prática clínica enquanto enfermeira especialista em conhecimentos sólidos e documentados, pelo que sinto-me capaz de comunicar aos meus pares, a comunidade académica e a sociedade em geral, sobre esta área de estudo, nomeadamente sobre problemas relevantes, soluções e conclusões.

A constante evolução na área da saúde exige um profissional com capacidade de intervenção ao nível do saber-ser, saber-saber e saber-fazer, pelo que evidencio a autoformação como uma ferramenta essencial no meu percurso profissional e pessoal.

A autoformação permitiu a integração e apropriação do conhecimento na minha prática de Enfermagem especializada, apoiada na evidência científica, permitindo intervenção com uma maior autonomia, eficiência e em tempo útil, que se enquadra numa filosofia de melhoria contínua da qualidade.

CONCLUSÃO

O trajecto realizado ao longo deste curso de mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, fomentou uma transformação profissional e pessoal, que se evidencia, por uma maior sensibilidade acerca das sinergias que envolve o enfermeiro especialista e a pessoa/família, no processo do cuidado da pessoa em situação crítica. Assim, este relatório evidencia o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, como também as competências inerentes ao grau de mestre em Enfermagem médico-cirúrgica.

A realização dos três ensinós clínicos, proporcionou um conjunto vasto de aprendizagem, de partilha de conhecimento e experiências, que estimularam o desenvolvimento de competências especializadas, no domínio do cuidado da pessoa em situação crítica, na resposta a situações de emergência e/ou catástrofe, assim como na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Adicionalmente, permitiu a consciencialização das funções de um enfermeiro especialista, e das responsabilidades acrescidas, que detém no seio da equipa de Enfermagem e multidisciplinar.

Neste processo de aprendizagem, a reflexão crítica foi transversal a todas as áreas, e imprescindível na consciencialização das dificuldades, superação de obstáculos, assim como na implementação de novas estratégias, com contributos permanentes para o crescimento pessoal e profissional. Simultaneamente, serviu como um elemento agregador entre a identidade profissional e as experiências de aprendizagem, com vista a construção de um perfil individualizado de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica.

Por conseguinte, enfatizou-se particularmente o percurso da pessoa a vivenciar um procedimento cirúrgico, em situação crítica, considerando o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva, como serviços onde se efectuam o pré e o pós-operatório respectivamente. Nesta medida, a abordagem da pessoa em situação crítica, no contexto da Enfermagem perioperatória, estimulou a minha prestação dos cuidados especializados, através de uma visão mais abrangente das necessidades e dos focos de atenção, manifestados pelas pessoas e pelas suas famílias.

Estas práticas clínicas, exigiram necessariamente uma atualização e aprofundamento do conhecimento científico, que sustentou o meu raciocínio crítico e a tomada de decisão, na resolução de problemas, na área da pessoa em situação crítica a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Tendo como pilares estruturantes na prática, os padrões de qualidade dos cuidados especializados, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados, demonstrei uma intervenção informada, competente e em tempo útil, ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, ao nível da avaliação, planeamento e intervenção, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas.

Colaborou-se com múltiplos profissionais e demonstrou-se capacidade de trabalhar em equipa, na prestação de cuidados de Enfermagem a pessoas em situação crítica, bem como às suas famílias. Promoveu-se a disseminação de conhecimento científico, através de formações realizadas em contexto prático, ou através de forma informal, com a discussão de experiências vivenciadas.

Envolvei activamente a pessoa e a família na prestação de cuidados, identificando-os como parceiros ativos neste processo, através do uso de técnicas de comunicação, para o estabelecimento de uma relação terapêutica, promovendo o seu envolvimento.

No cuidado à pessoa em situação crítica, defrontou-se várias questões éticas e complexas, pelo que durante a prática clínica, empreguei continuamente a deontologia que rege a profissão, em conjunto com o quadro legal em vigor, na identificação de questões éticas e no desenvolvimento de soluções para os problemas prevaletentes, o que incrementou a minha capacidade de tomada de decisão ética e autónoma.

Demonstrou-se competências condicentes ao 2º Ciclo (Mestrado), aplicando os conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática, elevados níveis de julgamento, tomada de decisão consciente e fundamentada, comunicando de forma clara e coerente.

Findo este processo, concluo que os objectivos delineados foram atingidos, ficando patente a consecução das competências específicas em Enfermagem médico-cirúrgica, desde a concepção, gestão e liderança de cuidados especializados, assim como uma capacidade de análise, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação dos focos de atenção da pessoa em situação crítica. Reitera-se o desenvolvimento de uma prática profissional mais autónoma e auto-suficiente, que permite o desenvolvimento contínuo da melhoria na qualidade do cuidado, com benefícios indiscutíveis para todas as pessoas e para todas as organizações de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegranzi, B., Donaldson, L. J., Kilpatrick, C., Syed, S., Twyman, A., & Kelley. (2019). Infection prevention: laying an essential foundation for quality universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 7(6), 698-700. Doi: 10.1016/S2214-109X(19)30174-3
- Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). *Perioperative strategies for surgical site infection prevention*. Retrieved from <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.12451>
- Bayrama, B., & Şancıb, E. (2019). Invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Turk Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 43-52. Doi: 10.1016/j.tjem.2019.03.001
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto editora.
- Burkholder, T. W., Hill, K., & Hynes, E. J. (2019). *Developing emergency care systems: A human rights-based approach*. Retrieved from https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.18.226605.pdf
- Chalkias, A., & Ioannidis, J. P. (2019). Interventions to improve cardiopulmonary resuscitation: a review of meta-analyses and future agenda. *Critical Care*, 23(210), 1-4. Retrieved from <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2495-5>
- Cisewskia, D. H., & Motovb, S. M. (2019). Essential pharmacologic options for acute pain management in the emergency setting. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 1-11. Doi: 10.1016/j.tjem.2018.11.003
- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017). *Parecer conjunto nº 01/2017: Atribuição de responsável de turno*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf

- Costa, A. P. (2013). Liderança: A arte de fazer seguidores. *Gestão em organizações de saúde*, 3, 63-72. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=554&codigo=
- Deodato, S. (2015). *Deontologia profissional de Enfermagem* (pp. 9-10). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dias, J. (2004). Perspetivas das competências. *Nursing*, 188.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos da pessoa internado*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Gundo, R., Mearns, G., Dickinson, A., & Chirwa, E. (2019). Contextual issues that influence preparedness of nurses for critical care nursing practice in Malawi. *Malawi medical journal the journal of Medical Association of Malawi*, 31(2), 138–143. Doi: 10.4314/mmj.v31i2.6
- Harris, S. J., Papathanassoglou, E., Gee, M., Hampshaw, S. M., Lindgren, L., & Haywood, A. (2018). Interpersonal touch interventions for patients in intensive care: A design-oriented realist review. *Nursing open*, 6(2), 216–235. Doi: 10.1002/nop2.200
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2019). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Critical Care Nursing*, pp. 2-22. Doi: 10.1016/j.iccn.2017.08.008
- Jovanović, G., Jakovljević, D. K., & Lukić-Šarkanović, M. (2018). Enhanced Recovery in Surgical Intensive Care: A Review. *Frontiers in medicine*, 5, 256. Doi:10.3389/fmed.2018.00256

- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., & Azoulay, E. (2018). Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial . *Trials*, 19(1), 50-62. Doi: 10.1186/s13063-018-3084-7
- Kornusky, J. & Balderrama, D. (2017). *Patient Admission: Admitting Patients to Intensive Care Units*. Nursing Practice & Skill. CA: Cinahl Information Systems.
- Kydonaki, K., Hanley, J., Huby, G., Antonelli, J., Walsh, T. S., & Development and Evaluation of Strategies to Improve Sedation practice in inTensive care (DESIST) study investigators (2019). Challenges and barriers to optimising sedation in intensive care: a qualitative study in eight Scottish intensive care units. *BMJ open*, 9(5). Retrieved from <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e024549>
- Lakanma, R., Suominen, T., Perttilä, J., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and crítica l care nursing – Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 329-336. Doi: 10.1016/j.iccn.2012.03.002
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. Porto: Asa Editores.
- Miranda, F. B., Mazzo, A., & Gerson Alves, P.-J. (2018). Construction and validation of competency frameworks for the training of nurses in emergencies. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 26. Doi: 10.1590/1518-8345.2631-3061
- Undergoing Elective Surgery. *JAMA Surgery*, 152(5), 476–483. Doi: 10.1001/jamasurg.2016.5704
- Proops, E. M. (06 de junho de 2019). Implementing a surgical site infection care bundle: Implications for perioperative practice. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(2), 25-28. Doi: 10.26550/2209-1092.1045
- PORTUGAL. Ministério da Administração Interna. (3 ago. 2015). Decreto-Lei nº 27/2006. *Diário da República nº 149, I.ª Série*.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 021/2015. 2015-12-16. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 jul. 2018). Regulamento nº 429/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* nº 35, 2.^a série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 set. 2015). Lei nº 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* nº 181, 1.^a série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei nº 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* nº 205, 1.^a série.
- Saviato, R. M., Merce, S., Mato, C. C., & Leão, E. R. (2019). Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-11. Doi: 10.1590/1518-8345.3049.3151
- Serviço Regional de Proteção Civil. (n.d). *Plano regional de emergência de proteção civil da região autónoma da Madeira*. Retrieved from <https://www.procivmadeira.pt/pt/planeamento-emergencia/plano-regional-deemergencia-prepcram.html>
- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., & Kieny, M. P. (2017). The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 546. Doi: 10.2471/BLT.17.198002
- Silva, R. M., Luz, M. D., & Fernandes, J. D. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 147 - 154.
- Sistema Nacional de Saúde. (2018). *Relatório anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>
- Tan, C. M., Camargo, M., Miller, F., Ross, K., Maximous, R., Yung, P., ... Tsang, J. L. (2019). Impact of a nurse engagement intervention on pain, agitation and delirium

assessment in a community intensive care unit. *BMJ open quality*, 8(3), e000421. doi:10.1136/bmjopen-2018-000421

- Troughton, R., Campbell, A., Hettiaratchy, S., Holmes, A., & Birgand, G. (2019). Understanding determinants of infection control practices in surgery: the role of shared ownership and team hierarchy. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8, Retrieved from <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-019-0565-8>
- Unoki, T., Sakuramoto, H., Ouchi, A., Fujitani, S., & Japanese Society of Education for Physicians and Trainees in Intensive Care (JSEPTIC) Nursing Research Group (2018). Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. *Acute medicine & surgery*, 6(1), 68–72. Doi:10.1002/ams2.380
- Veenema, T., RP., L., A., G., Gable, A., Couig, M., & Dobalian, A. (2018). *Call to action: The case for advancing disaster nursing education in the united states*. United States.
- World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Retrieved from http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf
- World Health Organization. (2017a). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2017b). Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. *The Lancet*, 389(10080), 1680-1681. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)31047-4
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives*. Geneva, Switzerland.
- Zingg, W., Storr, J., Park, B., Jernigan, J., Harbarth, S., Grayson, M. L., . . . Pittet, D. (2019). Broadening the infection prevention and control network globally; 2017 Geneva IPC-think tank (part 3). *Antimicrobial Resistance & Infection Control*,

8(74). Retrieved from
<https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-019-0528-0>