



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“O Sopro da Vida”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por Márcia Martins Guimarães

PORTO, Março de 2010

“Quando estou em relação com uma pessoa que vive um grande sofrimento, as minhas palavras e os meus gestos fazem de mim um “barqueiro” que, por um momento, suporta o outro e o ajuda a atravessar este momento difícil.”

PHANEUF, 2005

RESUMO

No sentido da evolução qualitativa dos enfermeiros, insere-se o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, com formação pós-graduada de enfermeiros na área da Enfermagem Médico Cirúrgica, que visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave. Foi no contexto desta formação que surgiu a elaboração do relatório, que tem como principal finalidade a descrição crítica e reflexiva dos módulos de estágio, respectivamente o de urgência realizado no hospital de S. Marcos e o de cuidados intensivos realizado no hospital Pedro Hispano.

O relatório teve como objectivos desenvolver a capacidade de elaborar um relatório crítico de actividades; descrever as actividades realizadas durante os períodos em que decorreu o ensino clínico, tendo em conta os objectivos; reflectir acerca das actividades desenvolvidas; demonstrar capacidade de reflexão sobre a prática realizada, tendo em conta as implicações éticas, legais e sociais das mesmas; privilegiar a aprendizagem autónoma e reflexiva; fundamentar os processos de reflexão sobre a acção, quer na dimensão pessoal, quer na profissional; demonstrar a capacidade de síntese e organização; documentar a minha evolução.

A metodologia utilizada para a realização deste documento foi a descritiva fundamentada na pesquisa bibliográfica, podendo desta forma proceder a uma descrição pormenorizada e reflexiva das competências desenvolvidas nos diferentes campos de estágio. Quanto à opção estrutural deste relatório visou facilitar a sua consulta, através da sistematização e clarificação da informação que comporta. A divisão por objectivos permitiu identificar a sua consecução e estratégias implementadas para a mesma. Assim, este documento está dividido em vários subcapítulos, introdução, análise crítica e reflexiva do desempenho e dos aspectos mais importantes e relevantes para a aprendizagem, bem como o contributo para a aquisição e desenvolvimento de novas competências ao nível da EEMC, terminando com uma conclusão e respectiva bibliografia.

Conclui-se que o estágio permitiu, o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente na assistência ao doente em estado crítico. Não só o estágio, mas também a elaboração do relatório tornou possível o desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas. São também competências transversais, nomeadamente no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, reflexão crítica e tomada de decisão.

ABSTRACT

Towards qualitative development of nurses, is part of the Master's Degree in Nursing of a professional nature, with postgraduate training of nurses in the area of Medical Surgical Nursing, which specifically targets the development of skills for advanced nursing care to the patient adult and elderly with severe disease. In the context of the training that came the report, whose main purpose is the critical and reflective description of the modules of training, respectively, the urgency out of the hospital of S. Mark and intensive care in hospital out Pedro Hispano.

The report aims to develop the ability to report critical activities, describe the activities undertaken during the period in which clinical teaching, taking into account the objectives, reflect on the activities, demonstrate an ability to reflect on the practice in taking into account the ethical, legal and social implications of these, focus on independent learning and reflective; support the processes of reflection on action, whether on personal or the professional, demonstrate the synthesis and organization, documenting my evolution.

The methodology for the implementation of this document was based on the descriptive literature, and thus may carry out a detailed and reflective of the expertise developed in different fields of training. The option structure of this report aimed to facilitate their consultation, through the systematization and clarification of the information it embodies. The breakdown of the objectives identified for their achievement and strategies implemented for the same. Thus, this document is divided into several sub-chapters, introduction, critical analysis and reflective of the performance and the most important and relevant to the learning, as well as the contribution to the acquisition and development of new skills in the EEMC, ending with a conclusion and its bibliography.

We conclude that the training led to the development of skills for advanced nursing care to adult and elderly patients with severe disease, especially in assisting the patient in critical condition. Not only the stage but the report made possible the development of scientific competence, methodological, professional, social, relational and ethical. They are also soft skills, particularly in the context of autonomy, initiative, creativity, innovation, critical thinking and decision-making.

AGRADECIMENTOS

A toda a minha família mas em particular ao meu irmão, marido e pais pelo apoio incondicional que me prestaram em todos os momentos.

À Enfermeira Amélia Rego pela orientação, disponibilidade e acompanhamento ao longo dos estágios e na elaboração deste relatório.

Às Enfermeiras Tutoras, pelo acompanhamento e apoio demonstrado ao longo dos respectivos estágios.

A todos os elementos da equipa de Enfermagem, Médica e Assistentes Operacionais com quem trabalhei durante os estágios, de quem obtive apoio e colaboração imprescindíveis.

A todos os meus colegas do serviço onde trabalho pela disponibilidade de trocas e apoio, que tornaram possível ter chegado até aqui.

A todos, um agradecimento sincero.

Índice

	P.
0- INTRODUÇÃO	10
1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – SERVIÇO DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS	12
1.1 – Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.	17
1.2 – Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.	18
1.3 – Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.	20
1.4 – Identificar as necessidades formativas na área da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica.	20
1.5 – Promover a formação em serviço na área de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica.	20
1.6 – Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional	22
1.7 – Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.	22
1.8 – Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área EEMC.	22
1.9 – Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.	29
1.10 – Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.	30
1.11 – Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.	30
1.12 – Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC.	30
1.13 – Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica.	32

1.14 – Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.	32
1.15 – Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC	33
1.16 – Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC	33
1.17 – Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC	37
1.18 – Identificar o conteúdo funcional do enfermeiro responsável e do enfermeiro especialista.	39
1.19 – Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC	43
1.20 – Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura	43
1.21 – Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas	47
1.22 – Gestão de cuidados	49
1.23 – Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente	49
1.24 – Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar	52
1.25 – Colaborar na integração de novos profissionais	53
1.26 – Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC	54
1.27 – Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC	55
1.28 – Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC	55
1.29 – Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros	56
2 – CONCLUSÃO	58
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

65

Anexo I – Caracterização física do Serviço de Urgência

Anexo II – Caracterização Do Serviço de Cuidados Intensivos Médicos

Anexo III – Modelo de Carta de Alta

Anexo IV – Síntese de Pesquisa Efectuada

Anexo V – Hipotermia Terapêutica

Anexo VI – Morte Cerebral

Anexo VII – Informação Interna relativa aos Humidificadores em Sistema Fechado

AQUAPAK

Anexo VIII – Comunicar com quem não pode falar

Anexo IX – Estudo de Caso

Anexo X – Guia Terapêutico

SIGLAS:

AVC	– Acidente Vascular Cerebral
BIS	– Bispectral Índice
DGS	– Direcção Geral de Saúde
ECTS	– European Credit Transfer and Accumulation System
EEG	– Electroencefalograma
EEMC	– Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
IACS	– Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
PAC	– Pneumonia Adquirida na Comunidade
PCR	– Paragem Córdio-respiratória
SAPE	– Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCIC	– Serviço de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
SCIM	– Serviço de Cuidados Intensivos Médicos
SNG	– Sonda Nasogástrica
TET	– Tubo Endotraqueal
TISS	– Therapeutic Intervention Scoring System
TOT	– Tubo Orotraqueal
UCI	– Unidade de Cuidados Intensivos
ULSM	– Unidade Local de Saúde de Matosinhos
WHO	– World Health Organization

0 – INTRODUÇÃO

Numa emergência um segundo pode ser a diferença entre a vida e a morte, nesses momentos os cuidados prestados pelas equipas de saúde podem significar um “sopro” para a vida. Reside aqui uma das necessidades para a urgência do desenvolvimento e aquisição de competências, que nos permitam a nós enfermeiros ser parte integrante deste “sopro da vida”.

A realização deste relatório, surgiu no sentido de dar resposta á unidade curricular relatório, com a atribuição de quinze créditos (ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System - Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos), estando esta unidade inserida no âmbito do Mestrado de natureza Profissional em Enfermagem com formação pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório enquanto unidade curricular revelou-se importante, na medida em que constitui um documento onde é exposto todo um percurso, que visou o desenvolvimento e aquisição de competências, tendo por base a experiência vivida e a reflexão. A realização do relatório enquadra-se no novo conceito educativo, que surge integrado no processo de Bolonha. Este processo despoletou uma reflexão sobre a profissão e as políticas educativas, incluindo o sistema de formação em enfermagem. Assenta numa perspectiva de intervenção activa, participativa e responsável do aluno, enquanto actor do processo ensino-aprendizagem.

Tem como principal finalidade a descrição critico-reflexiva dos dois módulos de estágio, respectivamente o estágio de Urgência realizado no Hospital de S. Marcos e o de Cuidados Intensivos no Hospital Pedro Hispano.

A postura crítica/reflexiva que se pretende na elaboração deste trabalho é a mesma postura que se pretende que tenha apresentado durante os períodos de estágio e sem sombra de dúvida, durante toda a minha vida profissional, principalmente no desempenho das funções como Enfermeira Especialista. Neste contexto, e como diz Leite (2006:4) é esperado que o Enfermeiro Especialista seja *“cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação, de outro modo, a intervenção desenvolver-se-á de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade.”*

A Ordem dos Enfermeiros (2007:14-15) corrobora a opinião de que o enfermeiro especialista deve adoptar uma postura crítica e reflexiva quando escreve que o enfermeiro especialista é aquele *“que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”*

Perante as situações referenciadas no parágrafo anterior, que envolvem o cliente crítico em todas as dimensões, como ser humano que é, torna-se fundamental o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos clientes, permitindo às organizações proporcionar bons níveis de cuidados.

Alicerçado no que foi referido nos parágrafos anteriores, torna-se espectável, que no contexto deste trabalho, eu apresente uma análise de vários conteúdos, no sentido de reflectir sobre a prática diária e explorar o conhecimento e a capacidade de compreensão de situações novas e não familiares. Assim, como expor as dificuldades e problemas encontrados e a forma que adoptei como adequada, para ultrapassar essas mesmas dificuldades e solucionar os problemas.

O relatório, como refere Crespo (2003), destina-se a comprovar a capacidade do candidato para tratar, com rigor, um tema na área da sua especialização. Neste contexto, tive como princípio que o relatório fosse um documento personalizado do percurso de aprendizagem e contextualizado, fruto de reflexões, contendo documentação organizada com o propósito de uma forma clara, demonstrar os conhecimentos, as capacidades, as disposições e o desempenho específicos desenvolvidos durante o período de estágio.

Com este relatório pretendo atingir os seguintes objectivos: (i) Desenvolver a capacidade de elaborar um relatório crítico de actividades; (ii) Descrever as actividades por mim realizadas durante os períodos em que decorreu o ensino clínico, tendo em conta os objectivos; (iii) Reflectir acerca das actividades desenvolvidas; (iv) Demonstrar capacidade de reflexão sobre a prática realizada, tendo em conta as implicações éticas, legais e sociais das mesmas; Privilegiar a aprendizagem autónoma e reflexiva; (v) Fundamentar os processos de reflexão sobre a acção, quer na dimensão pessoal, quer na profissional; (vi) Demonstrar a capacidade de síntese e organização e; (vii) Documentar a minha evolução.

A opção estrutural deste relatório visou facilitar a sua consulta, através da sistematização e clarificação da informação que comporta. A divisão por objectivos permitiu identificar a sua consecução e estratégias implementadas para a mesma. Assim, dividi este documento em vários subcapítulos, introdução, enquadramento dos módulos de estágio, posteriormente faço uma análise crítica e reflexiva da minha actuação, naqueles aspectos mais importantes e relevantes para a minha aprendizagem e que tenham contribuído para a aquisição e desenvolvimento de novas competências ao nível da EEMC, terminando com uma conclusão e respectivas referências bibliográficas.

A metodologia utilizada para a realização deste documento foi a descritiva e reflexiva das competências desenvolvidas nos diferentes campos de estágio. A opção por esta metodologia teve como finalidade obter uma melhor exposição e compreensão do relatório.

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – SERVIÇO DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS

Os módulos de estágio serviço de urgência e SCIM inserem-se no programa do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na componente do ensino clínico. Sendo que o estágio no SU corresponde ao módulo I e o estágio no SCIM corresponde ao Módulo II.

O Módulo I foi desenvolvido no serviço de urgência do Hospital de S. Marcos, um serviço caracterizado pela polivalência no que confere à prestação de cuidados à comunidade, tendo constatado durante a minha presença que ocorriam a este serviço um elevado número de clientes politraumatizados e com patologia respiratória comparativamente ao que verifico na instituição onde exerço funções. Esta unidade hospitalar integrava ainda a urgência pediátrica que se encontrava arquitetonicamente e funcionalmente separada do restante serviço. É considerado hospital central, tendo sido elevado a esta categoria em 1992 e é o hospital de referência de toda a região do Minho.

O Módulo II foi realizado no Hospital Pedro Hispano, que foi inaugurado oficialmente a 20 de Março de 1997 e estava integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, unidade esta que foi criada em 9 de Junho de 1999. Esta unidade de saúde abrangia as populações dos concelhos de Matosinhos, Vila do Conde, Póvoa do Varzim e Maia, num total de aproximadamente 365000 habitantes, da qual integravam ainda o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira.

Na estrutura do curso estava incluído, ainda o Módulo III que é realizado em área opcional, sendo que no meu caso se encontra creditado pelo reconhecimento das competências adquiridas ao longo do percurso profissional na área da Geriatria.

O reconhecimento, creditação e validação de competências adquiridas por vias não formais de aprendizagem, ou seja, de competências já adquiridas durante o percurso de vida e profissional, é uma realidade actual, através da possibilidade de adquirir ECTS. Assim, para o ensino superior, o processo da validação e creditação da formação e experiência é uma obrigação traduzida na ideia de que a educação e a formação têm um carácter permanente, estendendo-se ao longo do percurso de vida de cada um. Os Diplomas legais que tutelam esta matéria são: Decreto-Lei n.º 64/2006, artigo 13º; Decreto-Lei n.º 74/2006, artigo 45º; Decreto-Lei n.º 88/2006, artigo 28º e a Portaria n.º 401/2007, artigo 8º.

No âmbito da Gerontologia destaca-se um processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social. Assim, durante um período de oito anos tentei prestar particular importância à assistência do idoso de forma individualizada, tendo em

conta as suas limitações, físicas, psíquicas e ambientais. Este período permitiu que desenvolvesse a capacidade de estabelecer relações interpessoais com o idoso, mais especificamente a relação de ajuda, que muitas vezes é o diferencial na prestação de cuidados nesta etapa da vida do ser humano, etapa que é conotada pelo isolamento e pela dependência. A comunicação terapêutica é outra das competências de grande relevo, uma vez que é através dela que se tenta perceber o mundo e as problemáticas do idoso e se tenta ajudar o idoso a enfrenta-las. Em resumo o papel do enfermeiro no âmbito da Gerontologia é melhorar a qualidade de vida do idoso no processo de envelhecimento. Foram estas as competências que ao longo do meu percurso profissional desenvolvi e que me permitiram ter creditação nesta área.

O ensino clínico na Enfermagem é uma componente estruturante do curso, em qualquer nível de aprendizagem. Este ensino clínico, vulgarmente designado por estágio, que segundo Pereira (2007) é um momento privilegiado de aprendizagem, no qual se pretende a promoção do crescimento pessoal e a preparação profissional do aluno, através da inserção em ambientes que promovam a saúde e combatam a doença, fomentando a mobilização de recursos individuais, a interação cliente/aluno e o contacto directo com a equipa multidisciplinar, promovendo desta forma o desenvolvimento e aquisição de competências.

De acordo com Benner (2001), na área da enfermagem, as competências são entendidas sob a forma de saberes, com as suas particularidades, para as várias dimensões da prática de enfermagem. A competência em enfermagem para Benner (2001:45) desenvolve-se quando *“o enfermeiro começa a ver as suas acções em função do objectivo de longo alcance, ou de planos.”* Sendo assim, ainda segundo Benner (2005), a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.

Penso que nesta fase do trabalho é importante referir como se definem competências, assim, Dias (2006), no seu trabalho apresenta uma definição resultante dos contributos de diferentes autores, diz que as competências são características individuais que se prendem com as potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados, são assim, conhecimentos gerais e especializados que proporcionam ao enfermeiro capacidade para realizar de uma forma autónoma cuidados de Enfermagem. As competências ainda segundo Dias (2006:34) *“... podem ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos relacionados com a profissão. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral.”*

Gostaria ainda de referir o que a Ordem dos Enfermeiros (2007) define como competências de enfermeiro especialista, aquelas que são comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Sendo as competências específicas as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O contexto do ensino clínico constitui um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição/desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica assume os cuidados ao cliente crítico, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007:18), tem como alvo de intervenção a “... *pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida*”.

No serviço de urgência a prestação de cuidados ao cliente crítico é frequente. Para Sheehy (2001:5) a enfermagem na urgência “*define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença... A prática de enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas.*” E é no sentido de adquirir e desenvolver este conjunto de competências, que se revela de fundamental importância o estágio no serviço de urgência.

O local de estágio, Serviço de urgência do Hospital de São Marcos, foi proposto pela instituição de ensino, no entanto revelou-se um local onde pude contactar com experiências no âmbito do cliente crítico que proporcionaram a apreensão do conceito de enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no seu âmbito global. A descrição deste serviço mais detalhada encontra-se em anexo (Anexo I).

O estágio no SCIM revelou-se tal como o realizado no SU de primordial importância, no sentido de permitir o desenvolvimento e a aquisição de competências nos diferentes domínios da área de EEMC. Foi crucial concorrer para a estabilização e o acompanhamento do cliente com disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sua sobrevivência depende de meios diferenciados de monitorização, terapêutica e de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e proficiência. A capacidade de comunicação com a família se revela fundamental no exercício da enfermagem no contexto do cliente crítico, pelo elevado número

de dúvidas que ela coloca e por toda a “agressividade visual” que a unidade e o próprio cliente suscitam. Assim, uma unidade de cuidados intensivos apresenta-se como um espaço por todo o contexto envolvente e características particulares, que influencia as equipas de profissionais, os doentes e as famílias. É importante ter presente, tal como Vieira (2008) diz que *“A Enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista (...) defende uma perspectiva holística da sociedade e do ser humano (...)”*

O local de estágio, SCIM do Hospital Pedro Hispano, foi proposto pela instituição de ensino, no entanto revelou-se um local onde pude contactar com experiências que me permitiram caminhar no sentido do desenvolvimento e aquisição de competências, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Uma vez que as Unidades de Cuidados Intensivos, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008-2009) representam *“...uma área diferenciada multidisciplinar das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais.”* Assim, são exemplo de algumas das competências desenvolvidas a comunicação com o cliente que não é capaz de uma comunicação verbal, o relacionamento com a família e cuidados inerentes a um cliente ventilado, cuidados ao cliente em tratamento de hemodiafiltração, entre outras que ao longo do trabalho farei referência. A descrição deste serviço é feita de forma mais pormenorizada em anexo (Anexo II).

Este ponto do relatório, tem como principal objectivo, concretizar a minha reflexão relativa à consecução dos objectivos que me propus, estando estes descritos no projecto de estágio, muito embora os referidos neste trabalho são os objectivos estabelecidos pela instituição de ensino. Deste modo, a consecução do trabalho permitiu-me, de uma forma constante executar uma reflexão crítica e dinâmica das minhas actividades, que me permitiram desenvolverem e adquirir competências necessárias para o meu desempenho futuro como enfermeiro especialista. Considera-se desta forma, este capítulo o mais importante deste trabalho.

E foi no sentido de evoluir no conhecimento, relacionado com as competências de enfermeira especialista que os objectivos e actividades foram traçadas, tentando adquirir competências num domínio específico da Enfermagem que segundo Leite (2006:4) resulta numa *“...profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde...”* principalmente no que diz respeito ao cliente crítico e sua família.

Actualmente a carreira de enfermagem, legislada pelo Decreto-Lei nº 247/2009, preconiza como sendo exclusivo das funções do enfermeiro especialista *“Integrar júris de concursos ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência.”* Considera ainda que é

função do enfermeiro especialista” *Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.*” No âmbito das competências do enfermeiro especialista, pude perceber no decorrer do ensino clínico que o cliente crítico exige dos enfermeiros um saber actualizado, um saber especializado em enfermagem que implica um conhecimento abrangente e profundo sobre a pessoa em todas as suas dimensões e capacidade de pensamento crítico, que pode ser definido, segundo Santos (2003) como sendo uma capacidade que permite realizar julgamentos com discernimento e raciocínio com a finalidade a compreender de uma forma consciente os fenómenos, não aceitando afirmações sem que estas sejam legítimas.

Durante o período do ensino clínico, conjuntamente com as reflexões com as enfermeiras tutoras levou-me a concluir que o pensamento crítico em enfermagem é envolvido em determinadas particularidades que se revela de crucial importância, pelo facto de no exercício das nossas funções, estarmos em contacto com pessoas e com situações que exigem de nós respostas que nem sempre estão presentes nos livros, ou para as quais os estabelecimentos de ensino não nos prepararam. Uma vez que as competências existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interacção com o meio envolvente. Assim, Mendonça (2009), diz que a competência não se funde num processo estático mas pelo contrário, é um processo dinâmico que resulta da adaptação dos conhecimentos teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos.

Este capítulo, será caracterizado por uma análise crítico/reflexiva de todo o percurso do ensino clínico tendo presente a consecução ou não dos objectivos propostos no projecto e para isso farei referência ao objectivo, seguidamente exponho o que foi realizado para conseguir atingir esse objectivo e posteriormente uma reflexão. Na minha perspectiva este método de exposição é o que torna mais exequível este ponto do relatório.

1.1 – Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

A aquisição e o desenvolvimento de competências resultam da adaptação progressiva e evolutiva dos saberes teóricos às situações concretas. Como ser humano que sou, estou envolvida por uma experiência profissional e de vida que directa ou indirectamente influenciam de forma permanente todas as minhas atitudes. Foi necessário ao longo dos dois módulos do estágio gerir e interpretar de forma constante todas estas variáveis de informação de forma a adequar as minhas respostas às situações com que me deparei. Sendo essas situações do âmbito quer da prestação de cuidados ao cliente e à família quer relativas à gestão dos serviços.

O papel das enfermeiras tutoras revelou-se fundamental em todo o processo de formação, uma

vez que é esperado que estas apresentem competências, tais como competências técnicas, pedagógicas, sociais, relacionais e de experiência, que segundo Mendonça (2009) são determinantes para o desenvolvimento de todo o processo de ensino/aprendizagem. Sendo papel fundamental destes atores no processo de ensino/aprendizagem, facilitadores da aprendizagem, promovendo a autonomia do formando e responsabilizando-o pelo seu processo de formação. Constituem assim as personagens principais deste estágio, elementos de suporte, essencial para todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências por parte do aluno. Iniciando-se todo o processo de integração, conhecimento e análise das funções do enfermeiro especialista dentro da equipa. Funções que têm por base as competências do enfermeiro especialista.

Durante os dois períodos de ensino clínico foram várias as situações em que foi necessário realizar pesquisa bibliográfica, para permitir aprofundar diferentes temáticas que pudesse posteriormente aumentar a qualidade dos meus cuidados, desde ventilação mecânica, monitorização invasiva, passando pelos aspectos da comunicação com o doente com incapacidade para a comunicação verbal. O ensino clínico foi também um período de constante aquisição de informação, em que foi necessária mobilização desse conhecimento em situações semelhantes com que me deparei posteriormente.

Na prestação de cuidados toda a minha experiência profissional, baseada na reflexão diária das práticas e a experiência de vida são um recurso constante. Assim, o conhecimento adquirido pela acumulação das experiências vividas deve ser reorganizado para que permita a aplicabilidade em outras situações. Pude constatar a importância da mobilização da informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e da pós-graduação, para a aplicação em situações vivenciadas no contexto do ensino clínico.

Durante a prestação de cuidados ao cliente crítico em contexto de sala de emergência, foi uma mais-valia a minha experiência profissional em urgência, sendo a minha capacidade de actuação mais célere e assertiva perante situações como por exemplo a de clientes em processo de paragem cardio-respiratória já no que se designa ao contexto de cuidados intensivos, para além da informação que obtive na formação pós-graduada que me despertou para certas temáticas como a importância de valorizar problemas que afectam o sono dos clientes, tal como o ruído, bem como a importância do desenvolvimento de técnicas de comunicação eficaz na prestação de cuidados ao cliente e sua família/pessoa significativa. Foi também importante o estágio que fiz em contexto de cuidados intensivos ainda na formação de licenciatura em que permitiu que o ambiente vivido em cuidados intensivos e determinadas práticas, tal como, por exemplo, colheitas de sangue, por cateter arterial e monitorizações invasivas, não fosse completamente estranho.

Pode-se concluir, que este processo de formação tem como consequência a tomada de

decisão, no imediato da acção. Esta escolha deve ser feita com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa que resulte no objectivo esperado ou mais próximo dele.

As competências adquiridas neste contexto prendem-se com a capacidade de realizar pesquisa bibliográfica e saber aplicar e mobilizar conhecimentos provenientes de outros contextos.

1.2 – Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

A transmissão de informação, mais especificamente a comunicação quer entre os enfermeiros quer com o público em geral assume um carácter fundamental na continuidade e qualidade dos cuidados prestados em enfermagem.

Enquadrado neste objectivo/competência era minha finalidade no estágio no serviço de urgência, comunicar á equipa de Enfermagem os resultados relativos a pesquisa de contaminação dos sistemas de colheita de sangue não descartáveis, mas o trabalho não foi realizado, pelo facto de após o estabelecimento de alguns contactos, a Comissão de Controlo de Infecção, ter-me informado que estes sistemas passariam a ser de uso único.

Na preparação da alta do cliente, no serviço de urgência, sempre que me foi possível colaborei na realização de ensinamentos e esclarecimento de dúvidas, sobre diversos aspectos, mas em maior número relacionados com terapêutica, posicionamentos, alimentação e hidratação e cuidados com feridas cirúrgicas. Outra das situações em que era necessário a realização de ensino, prende-se com a alimentação do cliente por sonda SNG, quando a colocação da SNG era feita pela primeira vez no serviço de urgência.

Durante estas sessões foram diagnosticadas incapacidades, limitações e dependências as quais eram necessárias manter continuidade de cuidados, esta necessidade traduziu-se numa carência do serviço, a inexistência de um modelo de carta de alta de Enfermagem, carência essa detectada por mim e pelos meus colegas de estágio, para a qual elaboramos um modelo que pode ser consultado no anexo III, que tinha como objectivos melhorar a qualidade dos cuidados e promover a continuidade dos mesmos, veiculando a informação para as unidades de cuidados de saúde primários. Para a sua elaboração baseamo-nos na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) que estava instituída no hospital. Tendo sido apresentada em contexto informal á equipa de enfermagem a qual teve boa aceitação, tendo a mesma equipa, colaborado através da emissão de opinião, na concretização da mesma. Penso que o contributo que demos foi uma mais-valia para o serviço e para a continuidade e qualidade dos cuidados, bem como a título pessoal me fez reflectir acerca da importância da transmissão da informação, entre os diferentes prestadores de cuidados.

Neste ponto gostaria de salientar a importância de realizar sessões de informação informais às visitas, no âmbito do estágio no serviço de Cuidados Intensivos Médicos, esta informação estava relacionada com a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde. Aqui destaca-se uma das funções que a enfermagem assume na prevenção e controlo da contaminação do ambiente hospitalar. Esta prevenção constitui um dos motivos pelo qual na maioria das vezes, apenas entra uma visita por cliente, salvo situações de excepção. Para além de informar o motivo de só entrar uma visita por cliente também informava a família/pessoa significativa acerca da necessidade de proceder à higienização das mãos antes e após o contacto com o cliente.

Tendo em vista que o principal objectivo da DGS, com a implementação da campanha da higienização das mãos é informar e sensibilizar os profissionais de saúde, doentes e visitantes e também o público em geral, para a importância da prática da higiene das mãos no quadro da prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde. Durante a primeira visita fiz sessões informais de educação para saúde contemplando maioritariamente o tema da higienização das mãos como forma de prevenção das IACS, nas subseqüentes era feito um reforço dessas informações sempre que conveniente.

No SCIM, os períodos da passagem de turno constituíam também momentos de debate sobre determinadas dúvidas e questões sobre a CIPE na elaboração de determinado plano de cuidados. Julgo que esses debates eram muito importantes pois permitiam a troca de opiniões e o uniformizar da aplicação da CIPE no serviço. Tentei participar activamente nestes debates dando e fundamentando a minha opinião. Sendo numa fase inicial feita com alguma timidez, inerente a todo o processo de integração e porque emitia opinião perante peritos na área de cuidados intensivos e perante profissionais que dominavam a CIPE. Ao longo do estágio fui-me tornando mais confiante nas opiniões fundamentadas que emitia.

Como forma de avaliar este objectivo específico/competência, primeiramente relativo ao estágio no serviço de urgência e reportando-me ao indicador de avaliação que avalia a execução de sessões informais de educação para a saúde, posso dizer que foram realizadas principalmente no momento da alta do cliente, estando estas relacionadas com o a terapêutica, necessidade manter antibioterapia na totalidade dos dias prescritos, acerca da alimentação e hidratação, e outros. No estágio realizado no SCIM como anteriormente referi fiz sessões informais de educação para a saúde relativa a necessidade de higienização das mãos das visitas aquando da entrada no serviço. Nesta perspectiva avalio este indicador numa percentagem de 100%.

As competências adquiridas/desenvolvidas foram: saber ouvir; saber partilhar informação em grupo; saber avaliar as necessidades de educação para a saúde.

1.3 – Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

1.4 – Identificar as necessidades formativas na área da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.5 – Promover a formação em serviço na área de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As múltiplas e complexas alterações, qualitativas e quantitativas, introduzidas (pela globalização, pelas tecnologias...) nas instituições e na sociedade levam a que as pessoas, na sua vida quotidiana, se vejam na necessidade de lidarem com um ambiente geral de turbulência e imprevisibilidade, que lhes exige uma adaptação permanente, bem como uma reflexão contínua sobre a definição e condução das suas metas pessoais profissionais de vida. Ou seja, uma constante actualização de saberes que pode ser feita

a em contexto de trabalho, que comumente designamos por formação em serviço. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), a formação é um elemento fundamental para a melhoria relativa às qualificações dos profissionais.

Quero ainda referir que está presente no Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de Setembro de 2009, que regulamenta a carreira de Enfermagem, de que é *“função exclusiva do enfermeiro especialista orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.”*

Face à natureza da profissão, conotada de complexidade e especificidade relativa ao seu exercício, o Decreto-Lei acima referido, prevê ainda na carreira de enfermagem, mecanismos que favoreçam e privilegiem a formação em serviço, assim é função do enfermeiro *“desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna.”*

Como futura enfermeira especialista a consecução destes objectivos específicos/competências levaram-me a reflectir nesta temática, da formação em serviço, como sendo um factor de desenvolvimento e aquisição de competências profissionais. Na perspectiva de Martins e Cosme (2002) a formação produz mudanças no indivíduo, levando desta forma a um aumento das suas competências e qualificações. No quadro da formação em serviço, a experiência reveste-se de uma importância muito particular, articulando a experiência de cada um com a experiência do grupo como um todo. Assim, não se limita à modificação de comportamentos individuais, visa antes uma competência colectiva.

Foi neste sentido, que no Hospital de S. Marcos no Serviço de Urgência, que após a elaboração de uma informação interna relacionada com os humidificadores de oxigénio, em colaboração com a enfermeira da Comissão de Controlo de Infecção e a enfermeira dinamizadora do controlo de infecção do serviço de urgência e aprovação do enfermeiro chefe,

foi necessário informar os Assistentes Operacionais da necessidade da mudança de comportamento em relação aos cuidados a ter com os humidificadores de oxigénio. Esta informação foi realizada num contexto informal, e num âmbito prático, nas unidades onde se preconizaram as mudanças. Foi bem aceite pelos elementos, penso que pelo motivo de ter sido feito em pequenos grupos, onde puderam colocar as suas dúvidas e às quais obtiveram resposta satisfatória. Não foi elaborada avaliação da satisfação devido à característica do assunto e do método de exposição, que foi realizada num âmbito informal. E cuja finalidade era mudar procedimentos, com um fim último de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao SCIM, este apresenta uma equipa proactiva no campo da formação com um programa bem estruturado e calendarizado, pelo que no primeiro dia de estágio o enfermeiro chefe informou que dada a proximidade da data calendarizada da formação não seria possível a este grupo de alunos participarem dela como formadores mas sim apenas como formandos.

Lamento, não me ter sido possível planear e realizar uma acção de formação. Apesar de não ter realizada nem planeada nenhuma sessão formativa, julgo ter adquirido as competências básicas relativas a esta área da formação, tendo no entanto a noção que poderia ter sido mais enriquecedora a participação activa na formação em serviço.

Sendo essas competências o saber partilhar informação com a equipa multidisciplinar, saber promover a formação em serviço; capacidade de detectar necessidades de formação em serviço; saber mobilizar conhecimentos teóricos e científicos; saber reflectir; capacidade de demonstrar consciência crítica.

A formação é assim assumida como um factor importante quer na evolução pessoal e profissional do indivíduo, quer das organizações, ajudando na adaptação às inovações que advêm do mundo em permanente mudança com o objectivo de obter uma melhor qualidade dos serviços prestados.

Face à complexidade da prestação de cuidados, os enfermeiros tiveram que se apoiar em conhecimentos específicos da própria enfermagem, mas também fazer uso de conhecimentos científicos de outras disciplinas, que lhes permitiram compreender, planear, organizar, intervir e avaliar as suas intervenções. Nesta perspectiva, os enfermeiros têm necessidade de desenvolver ao longo da sua vida profissional saberes, atitudes e habilidades, de modo a que possam garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados que prestam aos seus clientes.

Os indicadores relativos a este objectivo não foram passíveis de serem atingidos na sua plenitude, uma vez que não realizei nenhuma acção de formação, mas sim realizei sessões informais e dirigidas aos Assistentes Operacionais, como já referi anteriormente.

1.6 – Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional

1.7 – Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

1.8 – Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área EEMC.

Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem tendo por base conhecimentos na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, é um papel fundamental que é esperado que o enfermeiro especialista nesta área desempenhe. Bem como apresentar um discurso pessoal fundamentado acerca das diversas problemáticas com que se depara na prestação de cuidados ao cliente crítico e sua família, para tal é necessário que mantenha de forma autónoma o seu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, que resulta de uma adaptação de carácter reflexivo das experiências anteriores vividas e da pesquisa bibliográfica permanente.

Na perspectiva de proceder à aquisição de conhecimentos, para integrar o processo de auto-desenvolvimento, constituiu motivo para a realização, durante o módulo de estágio no serviço de urgência uma síntese da pesquisa efectuada, abordando os seguintes temas, pressão invasiva – linha arterial, parésia bilateral das cordas vocais e ventilação mecânica não invasiva, que se encontra em anexo (Anexo IV).

Outros assuntos que me levaram a realizar pesquisa bibliográfica, mas estes já em contexto de estágio no SCIM, e sobre o qual realizei uma pequena síntese, foi o processo de hipotermia induzido, aplicado em situações de pós PCR, e a temática relativa à morte cerebral que apresento no Anexos V e VI respectivamente, constituiu um meio de aprofundar conhecimentos acerca destas temáticas.

Foram várias as situações com que me deparei no SICM que exigiram uma profunda pesquisa bibliográfica a nível de diversos temas, dos quais saliento: estrutura e organização de unidades de cuidados intensivos, papel da equipa de enfermagem, fisiopatologia, farmacologia, cuidados de enfermagem ao cliente crítico, com particular atenção sobre a ventilação invasiva e não invasiva, monitorização invasiva, técnicas de substituição da função renal, posicionamento do doente crítico, comunicação com o cliente e a família/pessoa significativa.

A consulta de protocolos e procedimentos em vigor nos serviços e instituição, foi outro meio utilizado para desenvolver e adquirir conhecimentos em determinados procedimentos mais específicos como o caso da hemodiafiltração e hipotermia induzida, por exemplo. Partilhei os conhecimentos adquiridos com as enfermeiras tutoras e outros enfermeiros, sempre que solicitado e oportuno. Esta aquisição de conhecimentos permitiu uma prática reflexiva, que ao longo do estágio se mostrou benéfica na minha actuação, identificando possíveis erros por défice de conhecimentos, tornando-os evitáveis.

Uma das actividades desenvolvidas, que tinha como finalidade a consecução destes objectivos específicos/competências está relacionada com a valorização de problemas que afectam o sono do cliente, principalmente o que diz respeito ao ruído. Os ruídos emitidos pelos monitores que rodeiam o cliente e restante equipamento, bem como a poluição sonora causada pelos elementos da equipa de saúde podem produzir reacções fisiológicas e comportamentais nocivas, tais como: hipoxémia, aumento da pressão intracraniana, aumento da pressão sanguínea, apneia, bradicardia, isolamento da interacção social, tal como é dito por Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005), por este motivo tive sempre em atenção de usar um tom de voz baixo, diminuir o som dos alarmes dos monitores, sempre que possível, no serviço de urgência afastei os clientes do sistema de transporte de sangues que é um grande produtor de ruído, que se traduz em prejuízo para o cliente, pelos efeitos acima referidos.

No que se refere ao módulo de Cuidados Intensivos, a problemática do ruído também foi motivo de reflexão constante na tentativa de o tornar o mais reduzido possível durante o período de estágio, para que se reflecta posteriormente no meu desempenho profissional.

O ruído é um estímulo sensorial que excessivo se torna prejudicial, no entanto não é o único, as unidades de cuidados intensivos, por norma, são também um local de iluminação artificial constante, tal como Rabiais (2009) diz, a estimulação visual excessiva pode provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, interrupção do sono. Os ciclos de sono são perturbados não só pela iluminação ou outras fontes de estimulação do ambiente, mas também pelas intervenções constantes dos profissionais de saúde. A privação do sono é um problema comum nas unidades hospitalares incluindo, as unidades de cuidados intensivos. Rabiais (2009) refere ainda que a poluição sonora é causada, sobretudo, pelos elementos da equipa a falar e a rir, pelo som dos alarmes de todo o equipamento, pelo barulho do rádio/televisão, pelo abrir de portas de forma brusca e pela colocação abusiva de fontes de ruído tais como o telefone. Assim, sempre que já não justificava apagava a luz da unidade do cliente, tinha sempre em atenção prevenir o alarme das máquinas infusoras promovendo a troca das perfusões previamente à activação do alarme por término da perfusão, programava a intensidade e o intervalo sob supervisão das enfermeiras tutoras, o estritamente necessário para ser audível e adequado a monitorização eficaz dos clientes.

Relativamente à aplicação de escalas de avaliação de risco de queda e risco de úlcera de pressão, não foi possível proceder a sua aplicação, quer no serviço de urgência quer no serviço de cuidados intensivos, por estas não existirem nos serviços mencionados, no entanto foram sempre empreendidas todas as medidas no sentido da prevenção quer de ocorrência de quedas dos clientes quer na prevenção de úlceras de pressão, através das medidas já conhecidas por todos nós.

No que se refere à prevenção de quedas dos clientes, no serviço de urgência, fiz uma pequena observação à enfermeira tutora relativamente às macas existentes no serviço, uma vez que a altura das grades é insuficiente para oferecer segurança, nesse momento fui informada que as macas são recentes, pelo que a tentativa de implementar medidas que visassem a aquisição de outro modelo seria pouco provável que fossem aceites.

O tema relativo ao risco de queda, foi momento de mais uma reflexão que existiu com a enfermeira tutora do serviço de urgência, uma vez que a queda dos clientes podem constituir um aumento do tempo de internamento, aumentar o custo do tratamento e sobretudo causar desconforto ao cliente, pode de igual forma trazer cepticismo em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem, como é dito por Marin, Bourie, Safran (2000) e foi neste sentido da implicação da promoção da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, advinda do risco de queda dos clientes que se proporcionou este momento de reflexão acerca das medidas a adoptar para minimizar o risco de queda, tais como colocar determinados itens ao alcance do cliente (ex: água), manter o ambiente seguro, não colocar a maca num nível elevado, bem como reflectir acerca das implicações da não aplicação das medidas de prevenção.

No que se refere a aplicação de escalas, no serviço de urgência, tive a possibilidade de aplicar escalas no que diz respeito à escala de coma de Glasgow, avaliação da motilidade e reactividade pupilar, em OBS a todos os doentes através do preenchimento da folha de registos neuro - sensoriais, incluída no processo do doente e na folha da sala de emergência. Avaliação esta que se revela de extrema importância para se proceder a uma avaliação da evolução do estado do cliente. Estas avaliações fizeram-me reflectir na importância de quantificarmos as nossas avaliações para podermos proceder a uma avaliação mais eficaz. No SCIM a aplicação da escala de coma de Glasgow, foi aplicada com extrema frequência, essencial para a avaliação do estado de consciência dos clientes críticos. A reactividade pupilar também foi avaliada com frequência, de forma a poder avaliar a evolução de determinadas disfunções cerebrais.

No âmbito da prevenção, numa perspectiva de infecção, gostaria de dizer que durante toda a prestação de cuidados tive sempre presente as medidas padrão de precaução de modo a constituir prevenção de infecção, tendo sempre aplicado tais medidas quando previa o contacto com sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções, soluções de continuidades da pele e membranas mucosas.

As medidas de prevenção incluem a higienização das mãos, o uso de equipamento de protecção individual, controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene respiratória e prática de injeção segura. Foi no sentido da prevenção de infecção que desenvolvi um trabalho para o serviço de urgência, relacionado com Recomendações de Boas Práticas – Associadas ao Humidificador de Oxigénio em Sistema Fechado. Verifiquei

igualmente a necessidade de realizar um pequeno trabalho de investigação que se prendia com o facto de saber até que ponto os sistemas de colheita de sangue não descartáveis se encontram contaminados, como já tive oportunidade de referir.

Quanto ao trabalho de recomendação de boas práticas, surgiu no decorrer da observação dos sistemas de humidificação e não saber há quanto tempo estavam colocados, e após ter falado com os auxiliares não haver critérios comuns. Este trabalho surge assim, na sequência da detecção da necessidade de uniformização de actuação em relação aos sistemas de humidificação de oxigénio em circuito fechado AQUAPAK, foi realizado com parecer da enfermeira dinamizadora de controlo de infecção do serviço e a enfermeira responsável pela comissão de controlo de infecção (Anexo VII).

No serviço de cuidados intensivos realizam-se inúmeros procedimentos susceptíveis de produzir infecção, tais como entubação traqueal, colocação e manutenção de CVC. Gostaria, assim, de dizer que, tal como durante o estagio no serviço de urgência, tive sempre presente na prestação de cuidados, as medidas padrão de precaução de forma a constituir prevenção de infecção.

No SCIM existe uma constante preocupação em reduzir as taxas de infecção e com determinados procedimentos que adoptaram, baseado em literatura cientificamente aceite, por exemplo a colocação de campo esterilizado a envolver as vias do cateter central até a zona de conexão com os sistemas de perfusão, foi uma das medidas que conseguiram reduzir grandemente a infecção do local de inserção.

A preocupação de reduzir as taxas de infecção, é uma das principais no SCIM uma vez que estes clientes têm um elevado risco de infecção associado também à disfunção/falência multiorgânica que apresentam. De acordo com o Ministério da Saúde (2007) e usando dados da Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabe-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos. No sentido de contribuir para a prevenção da IACS os cuidados de enfermagem centram-se na optimização e manutenção dos dispositivos invasivos e em adoptar medidas de prevenção e controlo da infecção.

As medidas instituídas no SCIM com mais relevo na prevenção e controlo da infecção são: (i) a higienização das mãos; (ii) o isolamento das fontes de infecção e (iii) o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos.

A higienização das mãos constitui o elo fundamental da prevenção e controlo das IACS. A grande maioria dos agentes causadores de infecção apenas se propagam por contacto, sendo as mãos o seu principal veículo de transmissão. O isolamento adequado dos doentes que apresentam doenças infecciosas transmissíveis por contacto ou por via aérea é fundamental.

Para esse efeito, a instituição dispõe dos mecanismos, recomendações e meios para o pôr em prática. Na admissão de um cliente na unidade, este fica sempre com medidas de isolamento de contacto, até que seja descartada a possibilidade da existência de algum agente infeccioso que requeira essas medidas. Outro aspecto de relevo, é o uso de técnica asséptica na manipulação e abordagem dos dispositivos invasivos e aspiração de secreções pelo TET, sendo todos os dispositivos invasivos trocados em períodos definidos por protocolos, seguindo as *guidelines* internacionais.

Na prevenção da PAV era, também, privilegiado o decúbito com cabeceira elevada, sendo a aspiração de secreções da nasofaringe e orofaringe um procedimento a realizar sempre antes de descer a cabeceira. A cabeceira elevada promove a motilidade gástrica e previne o refluxo e a aspiração do conteúdo. A cinesiterapia respiratória, intervenção realizada a todos os doentes do SCIM, pela enfermeira especialista em reabilitação, é uma medida de prevenção importante.

A vigilância epidemiológica da infecção era, no SCIM, considerada uma medida de prevenção e controlo, já que permitia a identificação dos clientes mais susceptíveis à infecção, detectar importantes mudanças dos padrões das IACS ao longo do tempo e fornecer informação sobre as práticas mais relevantes para a infecção, nomeadamente, o uso de antibióticos, os cuidados com a colocação e manutenção dos dispositivos invasivos, entre outras. A vigilância epidemiológica tem demonstrado no SICM, ser eficaz na redução das taxas de infecção, uma vez que os profissionais de saúde á medida que conhecem a sua realidade relativa à infecção, ficam mais sensíveis para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infecção.

Todos estes aspectos permitiram-me ainda perceber a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e no rigor dos procedimentos no doente crítico, pois toda a prática de cuidados do SCIM era fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde e da WHO, através de uma atitude de interligação do SICM, do Laboratório de Microbiologia e da Comissão de Controlo de Infecção.

Toda esta informação obtida durante o estágio aliada à adquirida na componente teórica do curso, relativo a prevenção das IACS, fez com que na minha prática diária este aspecto estivesse mais presente, nomeadamente no que se refere à higienização das mãos e sempre que pertinente, alerto os colegas para a sua importância

Fazendo parte das actividades propostas para a consecução do objectivo/competência, a utilização de equipamento existente no serviço e conhecimento do funcionamento do mesmo, tive a oportunidade de desenvolver este item, no serviço de urgência, enquadrado nas funções de especialista deste serviço, uma vez que era da responsabilidade do enfermeiro especialista responsável de turno proceder à verificação de toda a sala de emergência e mala de transporte das emergências internas, bem como a preparação das drogas, o teste dos monitores

desfibriladores, entre outras, o que me permitiu aumentar conhecimentos acerca do funcionamento dos mesmos principalmente em relação ao LIFEPAK uma vez que não é este monitor/desfibrilhador em uso na instituição onde exerço funções.

Esta verificação era realizada de acordo com uma checklist, designada por plano de verificação que se encontrava na sala de emergência onde estava descrita a organização da sala, disposição de materiais e respectivas quantidades. No final era colocado em nota a falta de algum material e rubricado, este procedimento estava enquadrado de alguma forma na gestão, mais concretamente na gestão de material da sala de emergência. Todo o material está disposto por áreas (via aérea, algaliação, entubação gástrica,...) o que facilitava a actuação, principalmente de um aluno em que se encontra em fase de aprendizagem e integração.

Seguidamente descrevo alguns procedimentos e cuidados necessários ao cliente, que me permitiram desenvolver competências na área do cliente crítico e que me originaram oportunidades de aprofundar conhecimentos.

Foi-me possível durante este estágio e de acordo com as actividades delineadas, desenvolver competências na área da ventilação invasiva e não invasiva como também aprofundar conhecimentos quanto ao funcionamento do ventilador em uso na sala, uma vez que antes de conectar o doente ao ventilador é feito o teste, de forma a reduzir ao mínimo intercorrências, tendo eu realizado esse mesmo teste sempre que estava na colaboração dos cuidados nesta área. O desenvolvimento destas competências foi uma mais-valia para o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao cliente crítico.

A abordagem da via aérea no cliente crítico exige frequentemente entubação traqueal e ventilação mecânica. Tive oportunidade de colaborar neste procedimento tanto em regime de internamento, no serviço de cuidados intensivos que maioritariamente constitui uma situação programada, como em contexto de emergência na sala de reanimação, no estágio Módulo de urgência. Um dos cuidados de enfermagem importantes na optimização da via aérea é o controlo da pressão de “cuff” do TET, esta avaliação tem como objectivo evitar o traumatismo traqueal provocado pela compressão do tubo endotraqueal com “cuff” de alta pressão. A literatura não apresenta um valor padrão, sendo utilizada a referência de 20 cmH₂O (ERC,2005). Tive oportunidade de desenvolver este procedimento inerente à optimização da via aérea, no serviço de cuidados intensivos. No SICM os doentes, maioritariamente, apresentavam monitorização invasiva e acesso vascular central. Neste sentido colaborei com a equipa médica na colocação de linha arterial e cateter central, com a preparação do material necessário, verificação das condições de utilização do mesmo e preparação do cliente.

A minha prestação de cuidados no que se refere ao cliente crítico incluiu também um aspecto importante para o desenvolvimento das minhas competências nesta área, esse aspecto refere-se ao transporte intra-hospitalar do cliente crítico.

Os clientes críticos admitidos no serviço de urgência, depois de reanimados e/ou estabilizados, são frequentemente transportados da Sala de Emergência para a realização de Exames Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica (Rx, Ecografia, Tomografia Axial Computorizada...), para Unidades de Cuidados Intermédios/Intensivos ou Blocos Operatórios. Já no âmbito do SCIM o transporte intra-hospitalar, durante o período de estágio foi maioritariamente para realização de exames auxiliares de diagnóstico.

Planear o transporte tem de ter em conta, que este período de transporte caracteriza-se por risco de grande instabilidade para o cliente. Pelo que, a equipa que procede ao transporte do cliente tem que apresentar capacidade de actuação em situações de emergência bem desenvolvidas, uma vez que o transporte pode agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas.

A fase de planeamento deve ser feita numa perspectiva multidisciplinar, tendo aqui o enfermeiro um papel de grande importância. Assim, sempre que fiz acompanhamento de clientes para a realização de exames ou transferência para outras unidades do Hospital, colaborei no planeamento desse mesmo transporte, através da selecção dos meios adequados de monitorização, na previsão de uma forma individualizada das complicações possíveis e dos objectivos fisiológicos a manter durante o transporte, na selecção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos e do equipamento, entre outras medidas. Participei na fase posterior do transporte que é a sua efectivação, acompanhando o cliente.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) e a Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos (2008) recomendam que para a operacionalidade do transporte de clientes, é essencial que a instituição possua: (i) Uma política formal, com responsabilidades identificadas; (ii) A organização de equipas com treino específico e experiência; (iii) considere a formação essencial; (iv) implemente programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico, com o envolvimento e o compromisso das instituições.

No final desta reflexão/descrição penso ter atingido o objectivo. A consecução é demonstrada pelos indicadores de avaliação, que estão presentes de uma forma implícita ao longo do texto mas que neste parágrafo faço um pequeno resumo de forma a sistematizar. Assim, o que me auxiliou na realização dos portefólios e na elaboração deste documento foi ao longo dos estágios ter elaborado um registo sistemático do que realizei e do que observei, se não muito provavelmente, muitos aspectos seriam omissos por falhas inerentes à memória. Numa perspectiva de percepção da evolução em termos da minha prestação, foram realizados vários momentos de reflexão com as enfermeiras tutoras, tendo estes momentos ultrapassado a periodicidade a que me tinha proposto como indicador de avaliação. No que se refere à aplicação das escalas de avaliação, estas não foram aplicadas por não existirem, quer no

serviço de urgência quer nos SCIM, no entanto foram sempre detectados os sinais de alarme, registadas as alterações e empreendidas as medidas necessárias para a prevenção. No que se refere ao número de transportes do doente crítico que eu colaborei no planeamento, foram no total de três no serviço de urgência e três no SCIM, sendo o total dos transportes intra-hospitalares que se realizaram aquando da minha presença. Outro dos indicadores que se relaciona com este objectivo foi a elaboração de um relatório da pesquisa bibliográfica realizada pelo aluno, deste modo, durante o período de estágio decorrido no serviço de urgência elaborei “Síntese da Pesquisa Efectuada” sobre os assuntos que me suscitaram mais dúvidas.

Com a consecução deste objectivo atingi competências, sendo essas, o saber usar os diferentes meios de informação como revistas científicas, bases de dados, trabalhos científicos como teses de mestrado e doutoramento; saber implementar medidas que promovam o sono e descanso do cliente crítico; saber aplicar e interpretar escalas de avaliação; saber aplicar medidas de prevenção das IACS; saber utilizar devidamente o equipamento existente nos serviços de urgência e cuidados intensivos respectivamente; capacidade de prestar cuidados inerentes ao cliente ventilado e saber intervir no planeamento do transporte do doente crítico intra-hospitalar; saber actuar partindo do suporte teórico; capacidade de prestar cuidados ao cliente, tendo em consideração os diferentes tipos de isolamento.

1.9 – Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.

Os momentos de reflexão foram constantes e sobre diversos temas. Sendo a reflexão sobre a prática um meio para o desenvolvimento do profissional e da própria organização, promotora de mudanças de comportamentos, foi nesta perspectiva que durante os períodos de estágio reflecti na e sobre a prática de forma individual e com as enfermeira tutoras.

Neste ponto gostaria a título de exemplo, expor dois temas alvos de momentos de reflexão, sendo o primeiro em contexto de estágio no serviço de urgência e o segundo durante o estágio no SCIM. Assim, um dos temas que constituiu momento de reflexão, prende-se com a tendência para a visão tecnicista crescente e como é dito por Bermejo (2008:22) “*a colonização tecnológica dos processos de cura*” que vivenciamos na actualidade, e sem sombra de duvida em contexto de emergência, esta problemática encontra-se patente e é de conhecimento global e muitas vezes intuitivo, mas neste sentido incorremos num percurso de desumanização dos cuidados, onde o cliente tem segundo Bermejo (2008:22) “*contacto quase que exclusivamente com o aparato da cura e muito pouco com as pessoas.*”

A importância desta reflexão pode traduzir-se com a seguinte frase, que tentarei com que fique gravada na minha memória no restante percurso profissional como enfermeira e como futura enfermeira especialista “*o valor primordial da dignidade da pessoa deveria orientar o uso da tecnologia, a fim de que ela não se torne desumanizadora. Pensemos na impressão de medo e de isolamento sofrida amiúde pelo paciente moribundo que se sente rodeado por monitores e*

aparelhos sofisticados, quando o que necessita de verdade é um coração gentil, uma mão que o console e uma voz que lhe infunda alento” (Pangrazzi, 1998 citado por Bermejo, 2008:23).

O segundo momento, refere-se à reflexão acerca das questões éticas e deontológicas, que se revelaram importantes no que diz respeito ao desenvolvimento da minha capacidade de discussão sobre as diferentes temáticas que estas questões envolvem, tendo incidido maioritariamente no direito do cliente de ser informado no que diz respeito as intervenções de enfermagem. Essa Informação não inclui critérios pessoais, bem como em toda a abordagem ao cliente abster-me de juízos de valor sobre o comportamento do cliente e sua família, porque não faz parte das nossas funções proceder a julgamentos.

Dentro desta reflexão fiz ainda uma pequena exploração no que diz respeito ao conceito de morte cerebral, como já referi em objectivo anterior, uma vez que é uma questão muito presente em cuidados intensivos e que ao longo dos tempos, desde que surgiu pela primeira vez este conceito em 1968, motivou o aparecimento de novos e complexos dilemas éticos, uma vez que se trata, segundo Cruz (2004:21) “ *de uma questão que diz respeito a todo o ser humano, por definir o momento da cessação da sua existência terrena.*”

Ao longo do estágio acredito ter melhorado e evoluído em muitos aspectos, devido á análise crítica que realizei em conjunto com as enfermeiras tutoras e individualmente. Participei activamente em momentos de reflexão conjunta, durante as passagens de turno. Assumi a reflexão como forma de melhorar a prática de enfermagem, minha e dos meus colegas.

Um dos indicadores de avaliação prendia-se com a realização de pelo menos uma vez por semana conversas informais com o enfermeiro tutor, de forma a poder proceder a uma reflexão acerca da prática do aluno, estes momentos ultrapassaram esta periodicidade, o que se tornou positivo para o meu desenvolvimento como enfermeira especialista.

As competências desenvolvidas prendem-se com a capacidade de apresentar uma consciência crítica e reflexiva, uma vez que a reflexão na acção e a reflexão sob a acção foram o motor para o desenvolvimento das competências como enfermeira especialista.

1.10 – Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

1.11 – Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

1.12 – Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC.

A enfermagem para fundamentar as suas práticas e aumentar o seu corpo de conhecimentos terá de aumentar o número de investigadores, aumentando desta forma, o carácter científico desta profissão. Assim na actual carreira de enfermagem, no Decreto-Lei nº 247/2009 está

patente de uma forma explícita que é função do enfermeiro *“Promover programas e projectos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas e ou orientá-las.”*

A investigação no campo da enfermagem assume cada vez mais um papel central para o desenvolvimento da profissão, levando a que a Ordem dos Enfermeiros em 2006 emitisse uma tomada de posição relativamente á investigação em enfermagem, chegando a afirmar que para a enfermagem a investigação *“é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.”*

Como enfermeira especialista é meu dever incrementar a investigação na prática de enfermagem, quer através de trabalhos de investigação quer através da prática baseada na evidência. Assim, apesar de não ter tido possibilidade de incorporar nenhum grupo de investigação durante os períodos de estágio, mesmo tendo no estágio de urgência verificado a necessidade de realizar um pequeno trabalho de investigação que se prendia com o facto de saber até que ponto os sistemas de colheita de sangue não descartáveis se encontram contaminados, como anteriormente já referi. No entanto, em toda a minha prática tentei durante os períodos de estágio e na vida profissional diária, que esta fosse e seja baseada na evidência. Para tal consultei com frequência bases de dados científicas, tais como British Nursing Índex, Medclatina, MEDLINE.

A prática baseada na evidência tem como finalidade a prestação dos melhores cuidados de saúde possíveis. Deste modo, a titulo de exemplo, na elaboração da informação interna relativa à utilização dos humidificadores de oxigénio Aquapak, já referido em contexto anterior, tive sempre em atenção o recurso as fontes com maior evidência científica, tendo então consultado as *Recommendations of CDC (Centers for Disease Control) and the Healthcare Infection Controlo Practices Advisory Committee*. Sendo estas recomendações baseadas em múltiplos estudos epidemiológicos e clínicos efectuados para testar práticas e procedimentos implicados na infecção respiratória.

O estágio no SCIM, foi uma mais-valia no que diz respeito a tornar ainda mais presente a necessidade da prática baseada na evidência, uma vez que todos os procedimentos existentes no serviço estão baseados em estudos científicos e baseados no que é mais preconizado pela actual comunidade científica, desde a manipulação do CVC aos posicionamentos, passando pela mudança dos sistemas de perfusão, os cuidados a ter no manuseamento de perfusões, a necessidade de técnica asséptica na preparação da nutrição parentérica, todos estes procedimentos são fruto de evidências científicas. Segundo Domenico e Ide (2003) a prática baseada na evidência, é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do cliente.

Gostaria de referir que constituiu uma das minhas limitações a realização de trabalhos de investigação, por apresentar uma experiência muito reduzida neste campo, no entanto estive disposta a desenvolver como já referi e estou, agora ainda mais, motivada para num futuro próximo, no serviço de urgência onde trabalho realizar um estudo de investigação para poder perceber os picos de afluência ao serviço de urgência durante determinados períodos do dia.

Um dos indicadores presentes no projecto de estágio, relativos ao estágio do serviço de urgência era, Identificar a existência de contaminação dos sistemas de colheita de sangue em uso no serviço de urgência, através da colaboração do laboratório da instituição e se possível, posteriormente, substituir por sistemas descartáveis, no entanto este indicador não foi possível concretizar, mas a sua justificação está acima descrita.

A competência desenvolvida de maior relevo foi saber aplicar na prática os resultados de estudos de investigação científica.

1.13 – Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica.

1.14 – Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

O desenvolvimento da enfermagem passa necessariamente, por dois aspectos fundamentais, a autonomia e a responsabilidade face à tomada de decisão. E este comportamento gera mudança. A decisão prevê a acção, assim qualquer que seja a actividade, todas as pessoas durante o seu percurso de vida, quando passam por situações simples ou complexas têm imperiosamente de colocar em prática o processo de tomada de decisão. Logo isto implica que perante uma situação complexa, no âmbito da enfermagem esteja implícita a decisão, esta ideia é reforçada por Nunes (2006:7) quando diz que *“face a uma situação nova (ou inesperada) em que se exige uma decisão, somos desafiados (ou forçados) a reflectir no que estamos a fazer e temos de explicar os motivos que nos levaram a agir (ou não) de determinada forma.”*

No decorrer dos estágios foram várias as situações em que tive de tomar decisões. Após observação e identificação do problema, procedi à colheita de informação relevante sobre o mesmo. Seguidamente, analisei as várias soluções possíveis, ponderando as consequências de cada uma delas antes de decidir, tentei seleccionar alternativas se houvesse. Após o planeamento executei as soluções, acompanhando e avaliando os resultados obtidos. Caso se verificasse a necessidade, após uma nova ponderação, implementava novos métodos para resolução do problema.

Uma das actividades que me propus desenvolver no decorrer do estágio, foi identificar a existência e caso necessário colaborar na actualização/elaboração, em conjunto com a equipa

de enfermagem, de instruções de trabalho, de modo a contribuir na resolução de algum problema detectado.

Foi possível, por consulta identificar a existência de instruções de trabalho necessárias às actividades desenvolvidas, que exercem uma função primordial de orientação e uniformidade de procedimentos. Bem como identifiquei a existência e apliquei protocolos de actuação, que são instrumentos facilitadores na actuação dentro de situações predefinidas, permitindo uma actuação mais célere e eficaz. Foi neste sentido que verifiquei, no serviço de urgência do hospital de S. Marcos, a necessidade de elaborar uma informação interna no que se refere aos humidificadores de oxigénio em sistema fechado, uma vez que não havia uniformidade de procedimento.

Relativamente às situações complexas no âmbito do cliente, como método de análise e tomada de decisão apliquei o processo de enfermagem, de forma a dar solução mais adequada aos problemas do cliente, numa actuação consciente e eficaz. Este era Aplicado de acordo com as fases preconizadas, utilizando a taxonomia da CIPE, na aplicação do processo de enfermagem, a aplicação nestes moldes, utilizando a taxonomia CIPE e de forma informatizada foi conseguida apenas no hospital Pedro Hispano no SCIM, por estar em uso.

Posso dizer então que o processo de enfermagem é um instrumento de grande valia, uma vez que proporciona um método sistemático e organizado de resolução de problemas, minimizando os erros e as omissões, evitando perda de tempo com repetições de cuidados e de documentação; proporciona ainda aos enfermeiros maior controlo sobre a sua prática, reforçando o uso de conhecimentos, competências e intuição de forma construtiva e dinâmica para o bem do cliente, o que favorecerá a satisfação no trabalho e crescimento profissional dos enfermeiros; fornece ainda um meio de medição quantitativa e qualitativa dos cuidados de enfermagem.

Um dos indicadores de avaliação, tem em vista o número de plano de cuidados elaborados pelo aluno, apesar de não ter elaborado todos os planos de cuidados dos clientes aos quais prestei cuidados, pude participar na sua avaliação e reformulação, tendo elaborado o plano de cuidados dos clientes aos quais colaborei na sua admissão, no SCIM.

As competências desenvolvidas envolvem a capacidade de tomar decisões relativas ao campo de actuação da EEMC; saber proceder à avaliação inicial; capacidade de elaborar e reavaliar o plano de cuidados utilizando a taxonomia da CIPE; capacidade de reflectir sobre a importância do processo de enfermagem.

1.15 – Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC

1.16 – Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC

Para a concretização deste objectivo, tive como suporte a minha experiência profissional, e saberes adquiridos durante a formação teórica deste curso, mas após defrontar-me com situações novas e complexas, procedi a pesquisa bibliográfica que me permitiu melhorar o meu desempenho levando por consequência a uma melhoria da qualidade dos cuidados.

No serviço de urgência algumas das situações com que me deparei foram: (i) A colaboração na colocação de linha arterial, para monitorização de pressões invasivas em doente com falência multiorgânica, em doente em choque cardiogénico e em doente politraumatizado, essencial em doentes com comprometimento do débito cardíaco; (ii) Colaboração na prestação de cuidados a cliente com estridor laríngeo por paresia bilateral das cordas vocais, sendo a primeira vez que me deparei com esta patologia.

No decurso da prestação dos cuidados no SCIM, foram de igual modo identificadas situações imprevistas e complexas, tais como situações de compromisso da via aérea e ventilação, cardiovascular, renal e neurológica, em que foi necessário prestar cuidados de enfermagem com um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades e estabelecer prioridades de intervenção.

Durante o período do módulo de estágio serviço de Urgência, tive várias experiências no que diz respeito ao doente crítico, desde a sua avaliação inicial, incluindo realização de triagem de prioridades, que neste hospital a que está em vigor é a triagem de Manchester e com a qual estou familiarizada apesar de o contacto ser através de um sistema informático diferente, até a estabilização e transferência para o serviço adequado, não querendo dizer que me foi possível acompanhar todos os doentes em todas as etapas.

Perante todas as situações defrontadas tentei agir de forma adequada, demonstrando espírito de iniciativa, não me deixando intimidar pela complexidade das situações, actuando de forma a estabelecer prioridades e reagindo de forma eficaz à imprevisibilidade, passo a referenciar, como exemplo, uma dessas situações, primeiramente no serviço de urgência e posteriormente no SCIM.

Durante um turno em que colaborei na prestação de cuidados em OBS, fui capaz de identificar o início súbito de uma taquicardia de complexos largos associada a dificuldade respiratória e posteriormente identifiquei ritmo compatível com *torsad de points*. Fui capaz de identificar e reunir os meios necessários, no que diz respeito as competências de Enfermagem para resolver a situação.

No SCIM, pude prestar cuidados de enfermagem a um jovem do sexo masculino, que no período de desmame ventilatório apresentou uma taquicardia de complexos largos em que foi necessário realizar cardioversão eléctrica. Outra situação foi a ocorrência de extubação

acidental em que foi necessário de imediato assegurar a ventilação e posteriormente entubação endotracheal de urgência.

Perante estas situações e tantas outras com que me deparei, tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de detecção do problema e a destreza de actuação tentando ter sempre presente a sequência de abordagem do doente crítico desde a sua avaliação inicial. Não é fácil e só é conseguido com a prática, com a reflexão sobre cada momento numa perspectiva de aprendizagem e evolução. Uma vez que cuidar, como é dito por Vieira (2008:116) *“exige confiar nas minhas capacidades para cuidar do outro, no meu juízo para avaliar as suas necessidades e nos meus erros, na possibilidade de crescimento.”*

Na aquisição e desenvolvimento da competência relacionada com a abordagem de questões complexas, achei pertinente abordar a questão da avaliação da dor aplicando a escala do serviço, fazendo parte das actividades que me propus desenvolver e por considerar o alívio da dor um elemento fundamental do cuidar.

A dor é descrita como uma experiência subjectiva, Rodrigues, Seixas, Ferreira (2001) dizem que é o cliente o único que tem o direito para descrever e quantificar a dor que está a sentir. E o alívio desta é um direito que assiste ao cliente, cabe aos enfermeiros, como profissionais de saúde, o dever de assistir o Homem que tem dor e não a dor que existe no Homem.

Relativamente ao serviço de urgência a dor, segundo Sheehy (2001) é o motivo que mais frequentemente leva as pessoas a procurarem cuidados nos serviços de urgência.

A importância da avaliação da dor torna-se evidente pela presença deste item em todos os fluxogramas da triagem de prioridades de Manchester, e foi neste sentido que me foi possível avaliar a dor do doente com base em escalas, a partir do momento da sua entrada no serviço, através da escala numérica integrada no sistema de triagem, uma vez que nas restantes avaliações não estava subjacente por não existir mais nenhuma escala de avaliação de dor implementada no Serviço de Urgência extra triagem, pelo que para o conseguir fazer tive de ter mais em conta as componentes físicas, sociais, culturais e psicológicas da dor. Após a avaliação, que realizava através da observação do fâcies, da postura e da respiração tanto a frequência como restantes características do cliente e através de perguntas simples capazes de me responderem quanto a localização, duração, natureza, intensidade, início e factores de agravamento ou de alívio, dinamizava os meios necessários para o alívio da dor.

A monitorização e o alívio da dor são em cuidados intensivos dois pontos fundamentais e de grande relevância na prestação de cuidados. A abordagem diagnóstica e terapêutica de um doente crítico é quase sempre invasiva e agressiva, principalmente nas áreas de emergência e de cuidados intensivos. A própria mobilização no leito, por si só, pode ser um factor precipitante de dor, sendo os enfermeiros, que passam a maior parte do tempo com o cliente e mantêm

uma relação de proximidade com este e os familiares/pessoa significativa, são os que estão mais predispostos para perceber e a avaliar a dor do cliente.

A Direcção-Geral da Saúde (2008) considera a *“Dor como o 5º sinal vital”*. Salaria ainda que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

A avaliação da dor pode ser um processo difícil, uma vez que esta constitui uma experiência subjectiva e em cuidados intensivos as aplicações de escalas de avaliação de dor maioritariamente não são passíveis de serem executadas, pela alteração do estado de consciência, muitas vezes inerente a sedação. Sedação essa que contribui para a diminuição da percepção de todos os processos dolorosos inerentes aos cuidados prestados, como a própria ventilação invasiva. Assim, tentei potenciar a capacidade de avaliar aspectos comportamentais da dor como o gemer, expressão facial, gritar e agitação, a defesa ou o afastamento. Mas tendo sempre presente que estes indicadores não podem ser utilizados com carácter exclusivo de avaliação da gravidade da dor, pelo que tive também de confiar nos indicadores físicos da dor como a subida dos valores da tensão arterial e pulso.

Outro método ao qual se recorre com frequência para avaliara a eficácia dos níveis de sedação e analgesia é o uso do Bispectral Index™ - BIS. A avaliação do parâmetro de EEG processado fornece uma medição directa dos efeitos anestésicos e sedativos do cérebro. O BIS fornece informações objectivas sobre respostas individuais de um paciente às drogas sedativas. O que permite quantificar a relação quantidade da droga administrada e efeito da mesma, com o objectivo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de doses adequadas de sedação e de analgesia.

O ritmo das perfusões de analgesia e sedação, no SCIM é gerido pelo enfermeiro conforme a necessidade avaliada e posteriormente, durante a visita médica comunicado ao médico, as alterações efectuadas no turno. O que se verifica a presença de prestação de cuidados ao cliente baseados na interdisciplinariedade e no espírito de equipa.

O controlo deste 5º sinal vital está presente mesmo quando é deliberado que o doente apenas ficará com medidas de conforto, é uma atitude que me sensibilizou neste serviço e me permitiu reflectir na importância da dignidade na morte. Que é uma ambição de todo ser humano, querer morrer sem sofrimento, seja ele de carácter físico, psíquico ou espiritual.

Penso ter atingido o objectivo na medida em que fui capaz de identificar situações imprevistas e complexas e demonstrei capacidade de resolução dos problemas, apresentando um juízo crítico perante a situação e o meu desempenho.

Mediante os indicadores de avaliação, que se adequam a este objectivo específico/competência penso ter atingido este objectivo, uma vez que colaborei na realização da triagem de Manchester existente no serviço de urgência do Hospital de S. Marcos, para além do estipulado, que seria um turno. Mediante a possibilidade de prestar cuidados ao doente crítico no momento da sua admissão fi-lo, em estreita colaboração com as enfermeiras tutoras e sempre que se verificou a necessidade de aplicar o algoritmo de suporte avançado de vida colaborei na sua aplicação mediante toda a dinâmica de cuidados inerentes ao estado do cliente. Tendo este último indicador sido mais relevante em termos numérico no serviço de urgência. Outro dos indicadores de avaliação referia-se à aplicação da escala de avaliação de dor existente no serviço sempre que necessário, nos dois momentos de estágio não estava implementada nenhuma escala de avaliação da dor a não ser na realização da triagem de Manchester onde se encontra a escala numérica nos diferentes fluxogramas, tendo esta sido aplicada sempre no momento de triagem sempre que se justificava.

As competências desenvolvidas relacionam-se com a capacidade de agir perante situações de compromisso da ventilação; saber aplicar algoritmo de suporte avançado de vida; saber identificar situações de peri-paragem; capacidade de estabelecer prioridades de actuação; saber avaliar a dor com e sem recurso a escalas de avaliação da dor; saber implementar medidas de alívio da dor; saber actuar como enfermeira de EEMC.

1.17 – Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC

Para além da motivação pessoal de cada elemento da equipa para a excelência dos cuidados e para a sua rigorosa documentação, pude constatar que é essencial o papel do enfermeiro-chefe, como motor de motivação externa. Assume-se assim que é fundamental a existência de liderança. Um estudo realizado por Rosengren (2007) com o intuito de perceber como os enfermeiros experienciam a liderança, chegou à conclusão da importância da presença de um líder no turno para a promoção da prestação de cuidados de qualidade aos clientes.

Esta liderança no serviço de urgência era assumida pelo enfermeiro chefe e pelo enfermeiro responsável de turno, que é sempre um enfermeiro especialista. No SCIM, era não só assumida pelo enfermeiro chefe como também pelo enfermeiro responsável de turno, este enfermeiro responsável de turno era definido previamente pelo enfermeiro chefe aquando da elaboração do plano de trabalho e era sempre um perito na área.

Na área de cuidados intensivos e urgência revela-se fundamental a existência de um líder, uma vez que a importância do líder evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida, sendo estas situações em ambiente de cuidados intensivos e urgência muito frequentes.

As principais características e comportamentos de um líder, e que penso serem essenciais para a liderança da equipa na prática clínica, envolvem responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, optimismo, comportamento profissional, abertura de ideias, proactividade, capacidade de inovar e estabelecer prioridades, focalizar os objectivos e comprometimento com a formação. Ser líder implica compreender as competências e habilidades essenciais da profissão, ser compreensivo face à equipa, num serviço de urgência e numa unidade de cuidados intensivos, pelo desgaste que provoca todos os cuidados prestados ao doente crítico, é essencial que o líder saiba respeitar o outro na sua individualidade, trabalhando as questões interpessoais. O líder, segundo Coombs (2006) e Pintar, Capuano, Rosser (2007) deve ainda apresentar juízo crítico face aos cuidados de enfermagem prestados ao cliente nestas unidades.

Reflectindo nesta temática e transpondo para o contexto real onde desenvolvi os estágios, parece-me ser essencial para o bom funcionamento do serviço de urgência e do SCIM a liderança de Enfermagem, porque muitas vezes foi necessário, durante este período, dar resposta a determinadas questões relacionadas com processos de luto, respostas que exigiam rapidez e segurança por exemplo em situações de emergência, que requerem um planeamento de cuidados rápido e eficaz, estas situações podem também ser geradoras de conflitos bioéticos, no que diz respeito à decisão de reanimar ou não, sendo esta decisão, nas situações que presenciei, tomadas mediante uma reflexão multidisciplinar tendo colaborado com a minha opinião pelo menos duas vezes em contexto de sala de emergência, no serviço de urgência.

Posso assim concluir e reforçando o que disse anteriormente, o enfermeiro especialista na área Médico-cirúrgica, promove a nível da liderança a organização para que cada elemento da equipa de enfermagem possa contribuir com eficiência e competência, um exemplo desta situação, reportando-me como exemplo ao estágio desenvolvido no SCIM, ocorreu quando da elaboração do plano de trabalho, perante a necessidade de escolher elementos da equipa com competências na área de diálise para ficar responsável pelo cliente que apresentava essa necessidade.

Para a consecução deste objectivo, colaborei com a enfermeira tutora do estágio de serviço de urgência, uma vez que esta foi na maioria dos turnos de estágio enfermeira responsável. E durante o estágio no SCIM em alguns turnos em que as enfermeiras tutoras eram responsáveis de turno.

No serviço onde exerço funções assumo muitas vezes o papel de enfermeira responsável de turno, onde sou responsável pela coordenação dos diferentes elementos da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e porteiro. Tive oportunidade de muitas vezes proceder a gestão de conflitos primordialmente no âmbito dos acompanhantes dos clientes, como é do conhecimento geral o serviço de urgência é local “privilegiado” no que confere a este tipo de

conflitos, tive ainda a oportunidade de colaborar na prestação de más notícias, tendo o curso de pós-graduação em EEMC contribuído para melhorar o meu desempenho nos aspectos referidos.

As competências desenvolvidas neste âmbito são uma mais-valia para o meu desempenho, sendo elas, saber coordenar equipas; capacidade de decisão rápida e fundamentada; saber improvisar; saber dialogar; saber reconhecer as competências dos meus pares.

1.18 – Identificar o conteúdo funcional do enfermeiro responsável e do enfermeiro especialista.

No serviço de urgência, o enfermeiro especialista pode ocupar um dos seguintes postos de trabalho, conforme tenha sido seleccionado pelo enfermeiro responsável, prestação de cuidados em OBS, onde presta cuidados especializados, tendo por principal objectivo dar resposta às necessidades do doente crítico, ou Área da Gestão de Cuidados e Recursos tendo o desempenho neste posto de ser caracterizado pelo uso de urbanidade e delicadeza na relação com os doentes e todos os profissionais, bem como favorecer boas relações interpessoais, o enfermeiro especialista que fica responsável por esta área assume também a responsabilidade da prestação de cuidados na sala de emergência, tendo no entanto o apoio de um colega previamente destacado para este posto.

Neste serviço na área da gestão e numa perspectiva de colaboração foi-me possível, verificar a conformidade no turno do número de elementos de enfermeiros e Assistentes Operacionais necessários para o turno de trabalho, tive ainda oportunidade de colaborar na elaboração/validação do plano de trabalho para o respectivo turno, ter em atenção a adequabilidade dos recursos humanos face às necessidades de cuidados no respectivo turno, isto mais no que diz respeito às diferentes áreas do serviço de urgência, no sentido de mobilização dos recursos para as áreas mais necessitadas, o que implica também uma supervisão dos cuidados nos diversos postos de trabalho e logo identificar situações de boas práticas.

Na Gestão de Recursos, no serviço de urgência tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável pela área da gestão do turno da tarde, no que se refere à elaboração dos pedidos de forma a garantir a existência do número mínimo de recursos dos materiais armazenados, garantir a existência do número mínimo dos fármacos armazenados, nas situações imprevistas, providenciar fornecimento de recursos materiais ou fármacos cuja existência em armazenamento seja inferior às necessidades reais exemplo de uma destas situações foi haver só um ventilador em funcionamento no serviço, num determinado turno, por avaria dos restante, e tornou-se importante providenciar outro ventilador por forma a não ocorrerem imprevistos com consequências graves em múltiplas situações de emergência, que é comum neste serviço por vezes existir em simultâneo mais que uma emergência.

Ao longo do módulo de estágio serviço de urgência fui integrando estas competências numa dinâmica de colaboração com a minha enfermeira tutora e com o enfermeiro responsável na área da gestão, tendo esta última componente do estágio sido desenvolvida durante três turnos consecutivos, no período da tarde. Nesta semana que dediquei à área da gestão de recursos materiais, pude compreender a importância da existência de stocks, bem como o cálculo do stock de segurança, que é calculado em 20% do valor superior às necessidades reais do serviço, que num serviço de urgência não é fácil, porque as necessidades variam muito de dia para dia.

Constatei igualmente durante este período, que todos os artigos mantidos em stock eram usados numa rotação que permitia assegurar o seu uso dentro dos prazos de validade, sendo o controlo dos prazos de validade realizado num intervalo de três meses. O Serviço de Urgência dispunha de uma listagem com stocks de segurança pré-definidos: (i) Material de sutura e penso; (ii) Produtos farmacológicos; (iii) Produtos alimentares e; (iv) Material cirúrgico sujeito a esterilização. O pedido deste material era feito semanalmente por via “one line.”

Pude também nesta fase, despertar um pouco mais para a importância de uma boa gestão dos pedidos de produtos, no que se refere ao controlo de gastos. Porque só contactando directamente com valores numéricos de custos se fica mais sensibilizado, para um posterior uso adequado dos recursos disponíveis.

No que refere a gestão de recursos humanos, no período de estágio, esta era da responsabilidade do enfermeiro chefe, sendo o serviço de urgência do Hospital de São Marcos, composta por uma equipa de cinquenta e um elementos sendo dividido por equipas e por turnos, sendo o turno da manhã e noite composto por nove elementos e dez elementos no turno da tarde. Em cada uma dessas equipas estava integrado pelo menos um enfermeiro especialista, que era o responsável de turno competindo a este elemento, para além das actividades que já referi, orientar a passagem de turno, dar execução às orientações do enfermeiro chefe, exercendo as suas funções na sua ausência.

No SCIM, no que se refere à área da gestão de recursos materiais pude colaborar na identificação das faltas de material de consumo clínico e de aprovisionamento e posterior requisição electrónica. Gostaria ainda de referir que o SCIM possuía um stock que era calculado através de uma estimativa baseada nos gastos do ano anterior, que deveria ser repostos 3 vezes por semana, sobre supervisão do enfermeiro chefe. Esta reposição na realidade era feita apenas duas vezes por semana, o que proporcionava a ocorrência de ruptura de stock. Os fármacos extra-formulário eram requisitados informaticamente e repostos pela farmácia. No que diz respeito aos estupefacientes, que estão acondicionados no cofre do serviço eram contabilizados todos os turnos, pelo enfermeiro responsável de turno.

A verificação do stock de fármacos é realizada por um elemento do Serviço de Farmácia, sendo da responsabilidade do enfermeiro chefe gerir o stock necessário de acordo com as prescrições médicas, uma vez que se torna necessário em determinadas situações realizar um reforço desse stock, pelo facto de os doentes, por vezes necessitarem da utilização de uma quantidade mais elevada de determinado fármaco do que o habitual.

Outra preocupação a nível de fármacos prende-se no controlo dos medicamentos menos utilizados, para que não haja, dentro do possível, ruptura de stock no serviço.

No campo da gestão de recursos humanos, na mobilização dos recursos adequados, colaborei na elaboração do plano de trabalho, plano esse que atendia à adequação dos elementos de enfermagem, sua preparação para prestação de cuidados específicos, nomeadamente doentes com necessidade de realizar hemodiálise.

Na gestão de recursos humanos, é fundamental a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, esta avaliação teve início após a publicação nos anos 70 do *Therapeutic Intervention Scoring System*, vários sistemas foram descritos para a quantificação da carga de trabalho de enfermagem efectuada na UCI. Os exemplos mais recentes nesta área são o TISS simplificado (TISS-28) e o *Nine Equivalent of Nursing Manpower Use score* (NEMS) (Moreno, 2000).

Utilizados hoje na maioria das UCIs, os índices de avaliação de carga de trabalho de enfermagem, nomeadamente as escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem constituem uma ferramenta de gestão utilizada em cuidados intensivos e uma das mais aplicáveis é o TISS-28 sendo, segundo Direcção Geral de Saúde um dos critérios do processo de avaliação da qualidade. Através dos seus valores é possível calcular o *Work Utilization Ratio* (WUR), que indica a percentagem de utilização dos recursos humanos de enfermagem disponíveis. O sistema TISS-28 segundo Pinto, Pires, Carneiro e Esteves (2009) parece ser uma ferramenta útil na gestão de recursos de enfermagem em cuidados intensivos. O SCIM também faz uso destes índices de avaliação da carga de trabalho, sendo usado o TISS.

No que diz respeito ao processo de qualidade, em que a identificação dos processos e o aumento do conhecimento desta temática constituiu uma das actividades que desenvolvi neste estágio, através da consulta de vários documentos, todos eles orientados para uma melhoria dos cuidados prestados.

O Hospital de São Marcos iniciou este processo no dia 1 de Janeiro de 2001. E obteve a sua acreditação total pelo *Health Quality Service* (HQS) no dia 5 de Fevereiro de 2004. Todo o processo tem de envolver a administração, médicos e enfermeiros e restante pessoal das instituições, tendo o HQS o papel de apoiar estes responsáveis a melhorar o seu desempenho.

Quanto ao processo de qualidade, relativamente ao estágio de cuidados intensivos, farei uma abordagem diferente, na tentativa de a reflexão global ser mais abrangente, assim a unidade local de saúde de Matosinhos, tem como finalidade obter excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados. Todos os serviços de acção médica e serviços de suporte da instituição avaliavam a suas prestações através de Mecanismos e ferramentas de avaliação adequadas.

Sendo o SCIM reflexo desta procura incessante pela primazia da qualidade e pela constante procura da melhoria em todos os aspectos, o que implica uma regular avaliação, procedendo-se para tal a execução de auditorias. Neste sentido colaborei com o enfermeiro chefe na verificação dos registos de enfermagem, na aplicação do SAPE. Nesta verificação existia a constante preocupação de verificar se a avaliação inicial era realizada uma vez que esta assume extrema relevância para a continuidade dos cuidados, como é dito por Phaneuf (2001) que entende por avaliação inicial como sendo um processo organizado e sistemático de busca e recolha de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções de enfermagem susceptíveis de a ajudar.

Neste processo de auditorias avaliava-se ainda se as atitudes terapêuticas estavam actualizadas e se os registos de enfermagem contemplavam os focos de Enfermagem relevantes e as respectivas intervenções. Das auditorias em que colaborei percebi que é preocupação da equipa para além da manutenção de cuidados de elevada qualidade, a sua correcta e o mais uniforme possível documentação, havendo discussão das diferentes perspectivas, de forma informal, na equipa de enfermagem com o intuito de serem o mais uniforme possível nos registos.

Esta temática levou-me a reflectir na crescente exigência de qualidade em que estamos envolvidos, na necessidade de melhoria de desempenho multidisciplinar, e sobretudo na necessidade de motivação que os líderes têm de implementar no grupo para se conseguir altos níveis de qualidade, uma vez que a qualidade apresenta elevado grau de exigência, que sem motivação será difícil de atingir.

No final desta descrição/reflexão penso ter atingido o objectivo específico/competência, uma vez que desenvolvi as actividades propostas, esta avaliação pode ser feita através dos indicadores de avaliação, sendo eles em cada local de estágio colaborar na área de gestão do serviço durante o período de uma semana, tendo sido no serviço de urgência feito na totalidade de três turnos e no SCIM apenas durante um turno. E o que se refere ao verificar no início de cada turno dotação adequada de pessoal em concordância com o plano de trabalho, de acordo com a necessidade de prestação de cuidados, no âmbito do serviço de urgência foi realizado

em colaboração com o enfermeiro responsável pela área de gestão do turno da tarde e no SCIM foi feito em colaboração com o enfermeiro chefe. A elaboração do plano de cuidados no período de uma semana constituía outro indicador de avaliação, foi realizado no serviço de urgência em colaboração com o enfermeiro responsável pela área de gestão do turno da tarde. No SCIM sempre que uma das minhas enfermeiras tutoras era responsável de turno, colaborava na elaboração do plano de cuidados para o turno seguinte. O número de horários de serviço elaborados era outro dos indicadores de avaliação, no entanto não foi realizado nenhum por não ter coincidido o momento da sua elaboração com os momentos de estágio.

As competências desenvolvidas estão relacionadas com o saber responsabilizar-se pela gestão de recursos materiais e humanos; saber elaborar o plano e cuidados tendo em conta as competências de cada enfermeiro; capacidade de perceber o processo de auditoria ao processo de enfermagem elaborado pela taxonomia da CIPE; capacidade de reflectir sobre a importância da gestão de risco.

Actualmente no serviço onde exerço funções, fruto das competências que desenvolvi, tento gerir melhor os recursos que disponho, no acondicionamento do material corto perfurante como forma de prevenir acidentes actualmente nunca deixo que este fique completamente cheio e alerto os colegas para este facto, na elaboração do plano de trabalho, agora de uma forma mais consciente, tento adequar o mais possível cada enfermeiro ao local de prestação de cuidados, uma vez que estamos distribuídos por triagem de prioridades, emergência, OBS e restante área de urgência.

1.19 – Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

1.20 – Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Só através da comunicação efectiva, segundo Souza (2005) é que o profissional de enfermagem pode ajudar o cliente a perceber os seus problemas bem como a enfrenta-los e a envolver o próprio cliente na experiência e ponderação de alternativas para resolução dos mesmos.

Os anos de experiência que tenho como enfermeira demonstraram-me que a Enfermagem é de um cariz bastante complexo e que vai, segundo Larocca e Mazza (2003) muito além da utilização correcta de técnicas, torna o cuidado num processo comunicativo, em que possibilita ao cliente a adopção de um comportamento saudável.

A Enfermagem actua mediante um processo comunicativo, estando implícito em toda a relação com o cliente e a sua família, iniciando-se através da adopção de uma postura de

disponibilidade para ouvir os seus problemas e suas dúvidas. Não é fácil, uma vez que estamos envolvidos numa sociedade caracterizada pela corrida contra o tempo e onde muitas vezes as relações humanas, tão discutidas e defendidas, assumem na prática um papel secundário.

Durante os módulos de estágios tentei sempre adoptar esta postura perante os familiares e clientes, ouvindo-os e esclarecendo as suas dúvidas. Exemplo de dúvidas colocadas no serviço de urgência está relacionado com prognóstico do doente e com a terapêutica prescrita para o domicílio. Tendo que a informação prestada estar adaptada à capacidade de compreensão, e esta adaptação exige a capacidade do informante perceber a forma como transmite as informações, que pode por exemplo influenciar na adesão à terapêutica prescrita, sim, porque muitas vezes a família e o próprio cliente colocavam-me dúvidas acerca de terapêutica. Temos igualmente de adequarmos o tipo de linguagem de forma a não suscitar medos e angústias pelo desconhecido, que pode ser causado pela aplicação de termos técnicos, ignorados pela maioria da população.

O serviço de urgência é um local que origina situações de elevado grau de stress, pela complexidade das situações, quer para as famílias e clientes quer para os próprios enfermeiros, estando o processo de comunicação dificultado. No entanto às vezes pequenos gestos como um toque delicado, um gesto afirmativo durante o processo de escuta, podem tornar-se muito significativos. Sendo interpretados pelo cliente e pela família como um sinal de compreensão. Só assim poderemos compreender o verdadeiro significado que as coisas têm para os outros, permitindo-nos deste modo cuidar do outro em toda a sua essência biológica, espiritual, social, psicológica e cultural.

No SCIM o momento da visita da família/pessoa significativa ao seu familiar é um momento que carece de cuidados de enfermagem direccionados para a família. Uma vez que segundo Lee e Mackenzie (2000) *“É aceite e reconhecido que o internamento de um membro da família numa UCI conduz a uma série de problemas emocionais e psicológicos, não só para o doente, mas também para a família.”*

O facto de existir vários factores desencadeantes de ansiedade tais como o medo da morte, a incerteza quanto ao futuro, preocupações financeiras, as alterações das rotinas diárias e o próprio ambiente hospitalar são apontados por Leske (2002) como possíveis causas de ansiedade para a família. Tornando-se essencial, como anteriormente referi, intervenções direccionadas para a família uma vez, que segundo Leske (2002) parecem ter um impacto positivo na resposta do cliente ao tratamento, diminuem a ansiedade do cliente. A ansiedade familiar não resolvida pode significar uma descrença na equipa, é apontado também por esta autora uma justificação para a necessidade de intervenções direccionadas para a família uma

vez que, segundo ela todos os intervenientes beneficiam quando os profissionais intervêm para assegurar um óptimo funcionamento familiar.

A política da família/pessoa significativa serem envolvidas nos cuidados de saúde está bem patente neste serviço. E durante o estágio pude perceber a importância deste aspecto, pelo que tentei adoptar uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas permitindo uma maior proximidade e abertura entre o doente/família e os profissionais, antecipando, sempre que possível, as necessidades da família. Este aspecto permitiu-me desenvolver conhecimentos sobre comunicação no relacionamento com o cliente e família/pessoa significativa e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Na minha vida profissional, actualmente valorizo mais estes aspectos, tento sempre que possível informar a família da evolução e perspectivas, referentes ao meu âmbito de actuação.

Gostaria de fazer referência a uma situação ocorrida que criou algum impacto em mim e em toda a equipa do serviço e que exigiu grande capacidade de comunicação com a família, no entanto sem resultados favoráveis. Uma cliente a quem foi determinada morte cerebral e que seria uma potencial dadora de órgãos, a comunicação desta informação e sobretudo a comunicação da possibilidade de a familiar ser um potencial dador de órgãos foi um processo difícil. Sabe-se que a comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, segundo Pereira (2005) constitui no entanto umas das áreas mais complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas que origina, que podem mesmo afectar a qualidade de desempenho neste domínio.

Nesta situação foram criadas as condições que são preconizadas como as melhores para a comunicação de más notícias. Jesus (2007) diz que *“A transmissão de uma má notícia deve ser alvo de uma preparação prévia, ser efectuada num ambiente de privacidade, que se valide quem deve estar presente, no tempo adequado, estabelecendo uma relação terapêutica, (...)”* Foi explicado de diversas formas e em diferentes momentos a notícia da morte e posteriormente a possibilidade de a familiar doente ser um potencial dador de órgãos, mas esta última notícia não foi bem recebida, e foi recusada por parte da família esta possibilidade. Segundo a directora do serviço foi a primeira situação em que a família recusou em toda a sua carreira. No entanto, achei de facto admirável, nesta equipa o respeito pela decisão da família mesmo constando na Lei nº 22/2007 que *“ são considerados como potenciais dadores post mortem todos os cidadãos nacionais e os apátridos e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.”*

Colaborei em outras situações em que de facto se verifica a importância da comunicação tanto com o cliente como com a própria família/pessoa significativa.

Pessoalmente, penso que temos de acolher a família de forma adequada, apresentarmo-nos mostrando disponibilidade e informando do cenário que irá encontrar (ventilador, cateteres, monitores, alarmes, etc.). Como enfermeira tive a preocupação de responder às questões colocadas de forma segura de modo a não contribuir para a ansiedade daquelas famílias, solicitando colaboração das enfermeiras tutoras. Na comunicação com a família tive em conta que o excesso de informação poderia ser prejudicial, evitando pormenores técnicos.

Alem da reflexão da importância do envolvimento da família e da componente da comunicação com a mesma, este estágio levou-me a reflectir também na importância das diversas formas de comunicação com o cliente de cuidados intensivos, uma vez que as intervenções realizadas na unidade de cuidados intensivos serem em grande número de natureza invasivas, agressivas, dolorosas e desconfortáveis quer física quer psicologicamente.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é um dos factores capazes de reduzir o grau de ansiedade e contribuir para o bem-estar do cliente. A comunicação, para Zinn (2003) permite-nos perceber o que o cliente sente, quais as preocupações e necessidades, bem como orientá-los e enquadrá-los em relação à situação actual. Permite ainda reduzir os níveis de sedação e analgesia, que constituem um factor adicional de desorientação no espaço e tempo.

Uma vez que na realidade dos cuidados intensivos a maior parte dos clientes tem a capacidade de comunicação verbal afectada (TOT, traqueostomia, etc.), foi fundamental para mim aprofundar conhecimento acerca das diferentes formas de transmissão de mensagens através da comunicação não verbal, tais como, a mímica, gestos, olhar, toque, leitura dos lábios, expressão facial e o uso de símbolos pictográficos que estão disponíveis no SCIM.

De entre as diferentes formas de comunicação que estudei dediquei algum tempo de reflexão acerca de uma delas, o toque, pelo facto de estar documentado que, segundo Silva (2006) o toque e a proximidade física foram considerados as formas mais importantes de comunicação com o cliente. Sendo considerado um elemento tão importante achei pertinente aprofundar o conhecimento acerca desta temática, pelo que elaborei uma pequena síntese bibliográfica que está disponível no Anexo VIII.

Pude reflectir durante os dois períodos de estágio que muitas vezes o ouvir o que o outro tem para nos dizer, constitui um pequeno toque de conforto, mesmo sem emitirmos qualquer palavra podemos aliviar um pouco a angústia e o sofrimento do outro, que fica visível no seu rosto. Esta tem de ser a marca da nossa diferença, porque como nos diz Lazure citado por Castro, Vaz e Cordeiro (2002:20) “ *O escutar, não é de maneira alguma sinonimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores.*”

No final da reflexão deste ponto, penso que atingi este objectivo, com base nos indicadores de avaliação. Relativamente às dúvidas esclarecidas por mim, sempre que me foi pedido algum esclarecimento por parte da família, de acordo com as minhas competências fi-lo daí este indicador ter uma representação numérica de 100%. Relativamente à elaboração de um guia relativo à comunicação que a família pode estabelecer com o doente, no âmbito do SCIM não foi realizado por falta de concordância das chefias, no entanto fiz uma pequena reflexão acerca de uma das componentes da comunicação não verbal, o toque, pela importância que desempenha e como forma de aprofundar os meus conhecimentos nesta área.

Neste campo desenvolveram-se as competências de saber dialogar; saber implementar diferentes estratégias de comunicação; saber escolher a técnica de comunicação adequada; saber usar o silêncio de forma terapêutica; saber usar o toque de forma terapêutica; saber escutar de uma forma activa.

1.21 – Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

A tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. É essencial para otimizar os resultados para e com os clientes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar transparência na tomada de decisão. Um corpo de conhecimentos reconhecido traduz-se na liberdade para a prática autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela auto-regulação profissional – a Ordem dos Enfermeiros 2003.

A Enfermagem é regida por um código deontológico, por essa razão o meu desempenho como enfermeira tem de obedecer a esse código, e nele está patente o meu dever de zelar pelos valores universais.

O código deontológico dita a forma de agir dos profissionais de Enfermagem, assim, durante o meu exercício profissional e durante os estágios, tive de exercer de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos, adoptando respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos clientes, tentando sempre melhorar a qualidade dos cuidados que prestei.

Tendo como meta a liberdade e a dignidade do ser humano, tentei sempre promover a independência e o auto cuidado dos clientes, através da promoção das suas capacidades, por exemplo aquando dos posicionamentos, tentava sempre que possível, que o cliente auxiliasse no seu próprio posicionamento, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Mesmo na morte permiti a presença do familiar, e colaborei na preparação do corpo sempre com postura de respeito.

Respeitei sempre os clientes no que diz respeito às suas opções culturais, morais e religiosas, sem qualquer discriminação económica, étnica ou ideológica.

A prestação de cuidados ao cliente crítico tem de valorizar todas as dimensões da pessoa, porque muitas vezes, de forma inconsciente, temos tendência a desvalorizar as suas crenças e os seus valores. Muitas vezes despimos a pessoa fisicamente, essencial para determinadas intervenções, mas não a podemos despir de todo o seu processo como pessoa. Para tal tentei sempre que possível que a família permanecesse junto do cliente.

No respeito pela dignidade humana tive sempre em atenção a privacidade, o consentimento informado perante as intervenções que o sujeitava, após lhe ter explicado todo o procedimento e sua finalidade. Segundo Garcia, Igal, Moro e Palácios (2008) o consentimento informado destaca-se perante uma nova forma de entender a relação profissional de saúde – cliente alicerçada no princípio da autonomia. Ou seja, todo o tratamento prestado deve ser precedido de um consentimento informado do cliente, pressupondo que é o cliente quem vai receber o tratamento é ele quem deve decidir se o quer, em pleno conhecimento das possíveis consequências e alternativas existentes. Sendo que a explicação fornecida deve ser adequada ao grau de compreensão do cliente.

Actualmente nos cuidados que presto, como consequência das competências desenvolvidas, tento sempre explicar o procedimento, bem como a sua finalidade de uma forma mais consciente.

Em todos os procedimentos tive respeito pela privacidade, durante as minhas intervenções e na supervisão dos assistentes operacionais. No cumprimento do direito pela privacidade é exigido que se considere a confidencialidade de toda a informação acerca do cliente e da sua família, por exemplo é frequente acompanhantes de outros clientes interrogar-nos com frequência relativamente a outros.

A reflexão relativamente às questões éticas e deontológicas com as enfermeiras tutoras revelaram-se importantes no que diz respeito ao desenvolvimento da minha capacidade de discussão sobre as diferentes temáticas que estas questões envolvem, tendo incidido maioritariamente no direito do cliente ser informado no que diz respeito às intervenções de enfermagem.

No final da reflexão de mais um objectivo cabe lugar aos indicadores de avaliação, assim realizar conversas informais dentro da equipa de enfermagem sobre questões éticas das práticas diárias ao cliente crítico no serviço de urgência, fazia parte de um dos indicadores de avaliação do projecto, tendo sido estas conversas em contexto informal, dentro da equipa mediante situações que justificaram, por exemplo: vítima de acidente de viação, que após a

estabilização e a realização de exames complementares de diagnóstico seria provavelmente proposto para dador de órgãos.

No âmbito das competências a consecução deste objectivo permitiu desenvolver a capacidade de transpor os conhecimentos científicos, éticos e deontológicos para a prática da EEMC; capacidade de reflectir sobre questões éticas; saber agir de acordo com o código deontológico; capacidade de reflectir na importância do consentimento informado;

1.22 – Gestão de cuidados

1.23 – Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente

O enfermeiro especialista é responsável pela gestão dos cuidados prestados, na sua área de especialidade. Dessa gestão surge o garante da qualidade dos cuidados prestados nessa área. Essa gestão passa impreterivelmente pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz que vise a qualidade de cuidados a prestar, na assistência ao doente crítico e família.

Como futura enfermeira especialista e inerente à gestão de cuidados, esteve implícita a demonstração de execução de cuidados com elevado nível de complexidade, enquanto colaborava na prestação de cuidados no serviço de urgência, principalmente em OBS e sala de Emergência e no SCIM.

O método individual de trabalho foi nos dois módulos de estágio o usado, este método baseia-se segundo Costa (2004) no conceito de cuidado global e implica afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira responsável pelo cliente, no entanto esta responsabilidade resume-se ao turno em que está ao serviço, podendo nos subsequentes já não prestar cuidados a este cliente. Este método exige mais responsabilidade e conhecimento, capacidade de decisão e independência por parte dos enfermeiros, permitindo-lhe fazer uso da experiência e conhecimentos adquiridos estimulando a criatividade e a satisfação profissional, mais humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados, criando satisfação para o cliente e para o profissional, tendo-me permitido desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

A enfermagem serve-se do método científico para a prestação de cuidados estando bem patente nas diferentes etapas do processo de enfermagem, segundo a Ordem dos enfermeiros (2003) os cuidados de enfermagem apoiam-se num método científico de trabalho que incorporam resultados de pesquisa relevantes e outras evidências, pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas. Ainda segundo Jesus (2004) a profissão de enfermagem adopta o método científico para assegurar o contributo específico da enfermagem para os cuidados de saúde, designando-o de processo de enfermagem, o qual envolve intervenções

nos domínios do observar, do analisar, do formular problemas ou diagnósticos de enfermagem, do desenvolver e implementar intervenções criativas para resolver os problemas e do avaliar os resultados para se necessário rever as intervenções.

Durante a abordagem do cliente no serviço de urgência comecei sempre por uma avaliação inicial, apesar de no serviço não existir um modelo, pelo que reunia a informação necessária através da consulta do processo clínico, conversas com o cliente e família para ter o conhecimento essencial sobre o cliente, de igual forma não existia um modelo de plano de cuidados, mas levantei as necessidades e estruturei as intervenções através de um processo mental e conversa com a enfermeira tutora e eram reavaliadas as intervenções sempre que se justificasse, fazendo parte integral da essência da Enfermagem. A evolução e terapêutica prescrita/administrada eram registadas em OBS em folha própria bem como na sala de emergência. Os cuidados prestados são baseados no trabalho de uma equipa multidisciplinar em prol da qualidade desses cuidados, sempre me tentei integrar na equipa, comunicando situações e trocando opiniões em relação ao cliente.

No quotidiano do SCIM, o primeiro contacto com o cliente é estabelecido após a passagem de turno, onde é feita uma primeira avaliação do estado e das necessidades do cliente, elaborando o plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e utilizando os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados previamente instituído. Para além de assistir a passagem de turno, assisti sempre à visita médica, que constitui uma partilha de informação interdisciplinar, essencial para a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

O plano de cuidados e os registos de Enfermagem, no SCIM, utilizavam a linguagem classificada – CIPE, o que permite uniformizar os registos, dando visibilidade aos cuidados e ao impacto dos cuidados na melhoria do cliente. Este aspecto é muito importante para a Enfermagem, pois como refere Sousa (2006), as práticas dos enfermeiros continuam a passar despercebidas, pois não são correctamente documentadas, faltando um elo de ligação essencial ao desenvolvimento e à visibilidade dos cuidados de enfermagem. Os registos de enfermagem, segundo a autora, reforçam os raciocínios analítico-interpretativos inerentes ao processo de cuidados presentes em cada situação específica, permitindo contribuir para a melhoria da percepção da imagem/estatuto da enfermagem. Este registo era feito sob o suporte informático através do sistema SAPE. Para complemento dos registos informáticos era preenchida uma folha de registos de enfermagem em vigor no SCIM que permitia uma vigilância da monitorização dos sinais vitais, função neurológica e pupilar, ventilação, terapêutica instituída entre outra informação relevante. Embora existisse duplicação de alguns registos.

Outra das actividades que tive oportunidade de executar foi a admissão do doente crítico na unidade, que constitui o primeiro contacto da equipa com o cliente e a sua família. Neste

processo tentei efectuar, de forma sistemática, colheita, análise e interpretação de informações relevantes para o levantamento das necessidades e concepção dos cuidados de enfermagem. Esta colheita de dados foi também realizada diariamente de forma a manter o processo actualizado e o mais completo possível, em colaboração com as enfermeiras orientadoras, participei na elaboração do plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados, estabelecendo prioridades, tentando ter sempre presente os recursos disponíveis.

A prática do processo de Enfermagem é primordial para a qualidade dos cuidados prestados porque tal como Garcia (2009) diz: *“A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afectivas, que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado; os julgamentos que são feitos e os critérios para sua realização; e as acções principais e alternativas que o fenómeno demanda, para que se alcance um determinado resultado.”*

Para a consecução deste objectivo propus-me ainda a realizar um estudo de caso, foi uma forma de poder aprofundar o conhecimento acerca da patologia em questão e principalmente desenvolver competências na elaboração do processo de enfermagem, como forma de orientação para a prestação de cuidados personalizados.

A importância da utilização do processo de enfermagem na assistência ao cliente, é acima de tudo, como referi anteriormente, um meio de nortear a prática da enfermagem. Neste estudo de caso explorei um internamento, o qual a admissão foi realizada por mim e por uma das enfermeiras tutoras, e que acompanhamos em alguns turnos e pode ser consultado em anexo (Anexo IX).

Relativamente aos indicadores patentes no projecto de estágio, elaborar um estudo de caso no âmbito do cliente crítico na unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, era um desses indicadores. Sendo que este indicador, não foi possível ser avaliado no estágio desenvolvido no serviço de urgência, uma vez que neste serviço, mesmo em OBS, a permanência dos clientes é curta, o que não me permitiu obter uma continuidade de cuidados que me permitisse elaborar um estudo de caso. No entanto durante o estágio no SCIM foi possível avaliar em 100%, tendo em conta que elaborei um estudo de caso, que me permitiu mobilizar competências relativas ao processo de enfermagem, competências que também foram desenvolvidas ao longo do estágio em que pode colaborar na realização/actualização de todos os planos de cuidados dos doentes aos quais colaborei na prestação de cuidados. Estes planos de cuidados têm sempre por base uma avaliação inicial, tendo eu colaborado na sua realização sempre que colaborei na admissão do cliente na unidade, sendo avaliado numa percentagem de 100% no que diz respeito à elaboração de plano de cuidados e avaliação inicial.

Constituem competências desenvolvidas na consecução deste objectivo o saber desenvolver uma metodologia de trabalho adequada aos diagnósticos de enfermagem levantados; capacidade de elaborar planos de cuidados segundo taxonomia da CIPE; capacidade elaborar a avaliação inicial; saber reavaliar o processo de enfermagem mediante as necessidades do cliente e sua família; saber a importância de reflectir na necessidade da constante actualização do processo de enfermagem.

1.24 – Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Na actualidade o trabalho em equipa tem sido incentivado nas mais variadas áreas de actividade. Segundo Abreu, Munari, Queiroz e Fernandes (2005) *“um grupo de trabalho é aquele que interage, principalmente, para partilhar informação e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar as suas tarefas individualmente.”*

Na prestação de cuidados a partilha de informação e a tomada de decisão, assente numa perspectiva de trabalho em equipa multidisciplinar requer muitas competências, que segundo Atawal e Caldwell (2006) estas competências evoluem não só a compreensão dos seus próprios princípios, mas também os princípios dos outros. Assim, a equipa multidisciplinar baseia-se nos aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializado, que têm por fim ultimo elevar a qualidade de cuidados prestados.

Foi neste sentido que durante os diferentes módulos de estágio, trabalhei integrada na equipa inter e multidisciplinar, quer na prestação de cuidados quer em situações de tomada de decisão. A capacidade de trabalhar em equipa levou, para além dos benefícios inerentes ao incremento da qualidade de cuidados prestados, a uma maior auto-satisfação durante o meu desempenho. Assim a enfermagem, segundo Nash e Govier (2009) pode usar uma estratégia de três pontos para melhorar a eficácia do trabalho em equipa, que envolve a reflexão da equipe, garantindo que todos os membros participam e pressupõe o estabelecimento de regras básicas. Esta estratégia a título de exemplo esteve presente no processo de transferência do cliente intra-hospitalar, em que a decisão é precedida de reflexão e onde os diferentes intervenientes contribuem com a sua opinião, sendo esta baseada em critérios definidos, como já referi anteriormente. Pode-se assim concluir, que a enfermagem, tal como é referido por Morais (2002) é por excelência uma profissão de trabalho em equipa multi e interdisciplinar.

Desenvolveram-se as competências interpessoais; capacidade de integrar a equipa multidisciplinar; saber responsabilizar-se na relação com a equipa; saber partilhar informação com a equipa multidisciplinar; saber estar em equipa; saber partilhar recursos em grupo; saber ouvir; saber reflectir;

1.25 – Colaborar na integração de novos profissionais

A ideia de integração remonta já ao século XIX, com a criação de escolas que formavam profissionais para executar as tarefas hospitalares, nesta altura utilizavam os estudantes com a finalidade de manter os custos baixos. Aqui, surgiu a necessidade de integração dos alunos. Hoje em dia, este conceito é mais alargado e abrange todo e qualquer profissional de Enfermagem. Segundo Luz (2001:288) “*A integração de enfermeiros é uma necessidade de todas as organizações (...)*.” Na medida em que melhora, efectivamente, a qualidade em Enfermagem. E na actualidade, existe uma crescente preocupação pela qualidade, eficácia e eficiência. A qualidade surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um atributo essencial, suscitando diversas reflexões baseadas na sua importância, dinamismo e aplicação.

A integração, como já referi anteriormente, deve ser encarada como um processo de valorização pessoal e profissional em direcção à excelência dos cuidados de enfermagem. A perspectiva da integração como forma de melhorar o desempenho com vista à maior qualidade dos cuidados prestados, é corroborada pela Ordem dos Enfermeiros (2007) quando cita Donabedian (2003) dizendo que a integração leva “*a obtenção de maiores benefícios com os menores riscos (e custos) para os pacientes, (...)*”

Em suma, a integração ao processar-se adequadamente, permite ao “novo enfermeiro” alcançar os objectivos individuais, da equipa e da instituição, com a procura de níveis cada vez mais elevados dos cuidados prestados aos clientes e de desempenho profissional.

Durante o período de estágio no serviço de urgência, na sua fase inicial foi coincidente com o período de estágio de alguns alunos do curso base, o que tornou possível a minha colaboração na sua integração, não tanto em termos de dinâmica do serviço, uma vez que nem mesmo eu na fase inicial estava integrada, mas mais no que diz respeito a determinadas intervenções e outras dúvidas relacionadas com a patologia do cliente. Ainda no âmbito da integração foi possível constatar a existência de um manual de integração, manual esse que é elaborado pela unidade hospitalar, cuja revisão é realizada num período de três anos. Este manual tem como objectivos transmitir algumas orientações, normas, protocolos, rotinas e procedimentos que se consideram úteis e necessários para o desenvolvimento normal da actividade de enfermagem, assim como permitir a quem é admitido, integrar-se na dinâmica de funcionamento do serviço. Permite ainda uma maior uniformidade relativamente à actuação da equipa de enfermagem, assim como a sua rentabilização e optimização dos recursos disponíveis. A consulta deste manual trouxe benefícios na minha própria integração no serviço de urgência, podendo consultar sempre que surgisse alguma dúvida quanto a determinado procedimento.

Neste mesmo âmbito, da integração, eu e as colegas de estágio decidimos elaborar um dossier de consulta rápida dos fármacos existentes no SCIM integrando a sua diluição, compatibilidade

e incompatibilidade bem como outras especificidades, em concordância com o enfermeiro chefe, este trabalho poderá ser consultado em anexo (Anexo X), para além de servir como meio facilitador de integração dos novos elementos, irá ser utilizado para posterior inserção num programa informático que visa uma melhor articulação dos registos médicos com os de enfermagem e vice-versa, programa esse designado por B – Care.

Em termos de avaliação de consecução do objectivo posso dizer que foi concretizado, uma vez que constituía como indicador de avaliação a elaboração de um dossier de consulta rápida dos fármacos existentes no SCIM integrando a sua diluição, compatibilidade e incompatibilidade bem como outras especificidades.

Capacidade de facilitar o processo de integração de alunos de enfermagem foi a competência mais relevante adquirida neste ponto.

1.26 – Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC

A iniciativa deverá ser intrínseca, no âmbito da prestação de cuidados na área do cliente crítico seja em situação de urgência seja em situação de cuidados intensivos, uma vez que situações de emergência, nestes contextos têm um elevado grau de probabilidade de ocorrência e a actuação rápida e segura dita a eficácia da intervenção. Mas a iniciativa não se resume ao contexto de emergência mas há generalidade da prestação de cuidados. Assim, durante os módulos de estágio demonstrei iniciativa aquando da elaboração do plano de cuidados adequado aos diagnósticos e patologia dos clientes e estabeleci um plano de actuação adequado, de forma a estabelecer prioridades. Analisei resultados da aplicação do processo de enfermagem de uma forma crítica e construtiva. Durante o módulo de estágio no serviço de urgência em contexto de emergência tive de ter iniciativa em múltiplas situações, sendo a título de exemplo a permeabilização da via aérea de um cliente em que esta estava comprometida por queda da língua, a minha iniciativa permitiu a prevenção da ocorrência de consequências com maior dano para o cliente. Já no âmbito de cuidados intensivos demonstrei iniciativa na recepção dos familiares/pessoa significativa desde a entrada no serviço até junto do cliente, prestando esclarecimento de dúvidas existentes.

Tal como a iniciativa a criatividade deverá ser uma característica inerente aos profissionais de enfermagem, onde muitas vezes passa pela solução para a resolução de problemas, por exemplo, na ausência de almofadas de gel para o alívio de zonas de pressão, usar em substituição luvas de látex preenchidas com água.

O desenvolvimento das competências foi o âmbito do saber improvisar; saber identificar problemas e desenvolver soluções na área da EEMC; capacidade de iniciativa.

1.27 – Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC**1.28 – Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC**

A origem da supervisão encontra-se segundo Cruz (2009) no trabalho social que se exercia no século XIX pelas sociedades de caridade que pagavam a agentes sociais para supervisionar o apoio moral dado aos pobres pelos voluntários.

Na Enfermagem a supervisão caracteriza-se segundo a perspectiva de Cruz (2009) citando *Department of Health* por “um processo formal de sustentação da prática que permite aos enfermeiros adquirirem conhecimentos, competências e consciencializarem-se da responsabilidade da prática clínica, realça a protecção dos clientes e incrementa a segurança das práticas nas situações clínicas mais complexas.” A supervisão clínica surge da consciencialização de que as necessidades de cuidados são cada vez mais complexas e da exigência que é feita aos enfermeiros relativamente a capacidade de flexibilidade e de ajuste às situações. Assim, pela natureza das funções que os enfermeiros desempenham, necessitam de apoio e de suporte contínuo na sua prática.

Durante o ensino clínico, participei na supervisão dos cuidados, no entanto esta participação foi realizada de forma indirecta, crítica e construtiva, tentando essencialmente adquirir conhecimentos através das boas práticas de cuidados observadas e reflectindo sobre as práticas de cuidados menos adequadas que observei, dando a minha opinião quando solicitado. Um exemplo onde dei a minha opinião prendeu-se com a problemática da separação de lixos.

Uma das finalidades da supervisão clínica prende-se com a necessidade de segurança que é essencial na saúde e nos cuidados de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006) o incremento da segurança é determinado por um conjunto de medidas, com um leque abrangente de acção, tais como “o recrutamento, a integração e afixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco(...) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir.”

Por toda a envolvimento descrita acerca da supervisão clínica penso que dentro deste objectivo seja adequado aprofundar a temática, relativa à gestão de risco, e reportando-me exclusivamente ao módulo de estágio de urgência, por nesta instituição estarem procedimentos bem definidos. Este processo preconiza que todas as ocorrências adversas, acidente, incidente, e erros de medicação são reportados no formulário de relatórios clínicos adversos do Hospital, designado por RISCAL, sendo os responsáveis de cada serviço de acção médica que detêm o dever de comunicar de imediato a ocorrência de qualquer acontecimento adverso grave, utilizando para isso os seguintes critérios: procedimento efectuado no doente errado; procedimento efectuado na parte errada do corpo; suicídio do doente no hospital; retenção de

material cirúrgico que leva a uma reintervenção; embolia gasosa intravascular que leva à morte ou lesão neurológica; reacção hemolítica transfusional por incompatibilidade ABO; erro de medicação com relação causal com morte do cliente; morte materna ou morbidade grave associado ao trabalho de parto; entrega de criança à família errada; outros acontecimentos que causam morte ou lesão grave do doente.

A existência da gestão de risco, pelo que observei não tem qualquer carácter punitivo, tem mais importância em termos de aprendizagem e evolução na qualidade de cuidados prestados, torna-se um momento que proporciona reflexão, uma vez que se descreve os factores que contribuíram para a ocorrência do erro. Sendo um factor que contribui para a mudança, mudança essa benéfica para o doente e para os funcionários.

Todo este processo leva-me a reflectir na necessidade de mudança, em relação a postura que adoptamos perante os nossos erros, que é de omissão, e mudança perante os erros dos outros, que na maioria das situações é uma postura de critica pejorativa. Contribuindo de uma forma reduzida para a evolução e melhoria da qualidade.

Na perspectiva de uma prática de cuidados segura procurei ajuda das enfermeiras tutoras sempre que não fui capaz de dar resposta a determinada situação, tentando á posteriori adquirir conhecimentos e competências que me permitissem situações futuras faze-lo de forma autónoma, apliquei também numa perspectiva de cuidados seguros os protocolos existentes nos serviços.

As competências desenvolvidas neste âmbito prendem-se com a capacidade de perceber a necessidade da gestão de risco; saber exercer supervisão de cuidados no âmbito da EEMC; capacidade crítica e reflexiva sobre cuidados prestados numa perspectiva de auto-desenvolvimento;

1.29 – Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros

A minha experiência profissional em contexto de doente crítico e a formação recente na área permitiram que eu pudesse contribuir em alguns momentos e para com alguns profissionais no seu desenvolvimento, mas este desenvolvimento é bidireccional, os contributos das equipas para o meu desenvolvimento pessoal e profissional revelaram-se de extrema relevância e frequentes. Foi nesta perspectiva que dei e recebi, com vista a atingir, cada vez mais, um nível de cuidados de enfermagem mais elevado. Apenas como exemplo e sem o intuito de me tornar pretensiosa, a atitude que apresentei perante as visitas no SCIM, como anteriormente referi, relativo ao acompanhamento destas até junto do seu familiar/pessoa significativa, foi motivo de reflexão por parte das enfermeiras tutoras.

Pode-se concluir, como é dito por Moraes (2008) que o intercâmbio de informações, conselhos e directrizes que o grupo profissional de enfermagem tem entre os seus elementos é primordial,

uma vez que é através da eficácia deste intercâmbio que frequentemente depende a qualidade dos cuidados.

As competências desenvolvidas visam a capacidade de reflexão crítica sobre a prática diária; saber integrar informação teórica no âmbito da prática; saber compartilhar informação com a equipa; saber ouvir.

Actualmente no meu desempenho profissional, no final de uma situação de emergência tento com a equipa fazer uma avaliação da situação, com o intuito de melhorar o desempenho em situações futuras.

2 – CONCLUSÃO

A prática profissional de Enfermagem é caracterizada por se deparar com situações marcadas pela incerteza, a complexidade, a unicidade, a variabilidade, a imprevisibilidade e a indeterminação. O desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos nas áreas da saúde e a emergente produção sistemática de novas evidências, fazem emergir conhecimento em contínua transformação, o que implica uma actualização permanente que por si só justifica a delimitação do saber por áreas específicas. O apoio assistencial à pessoa ao longo da vida impõe competências gerais, mas também apropriadas a cada fase etária.

O Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa, especificamente, o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao cliente adulto e idoso com doença grave e especialmente dirigido para a assistência ao cliente em estado crítico.

Neste sentido, os módulos de estágio em contexto hospitalar no serviço de urgência e no serviço de cuidados intensivos constituiu um marco fundamental para a minha formação e preparação para o mundo profissional como enfermeira especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, por estes assegurarem como é referido por Alarcão e Tavares (2003) experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz como profissional. O estágio revelou-se um campo de experiências onde conviveram crenças e valores, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduziu a uma intervenção reflectida, que nos pode conduzir a uma prestação de cuidados com nível de excelência, integrando em toda a sua essência uma perspectiva humanizada do cuidar.

Como graduada do segundo ciclo considero que apresento um maior nível de proficiência em termos da capacidade de problematizar e reflectir as práticas. As competências na área de actuação do cliente emergente, estabelecimento de metodologia de trabalho eficaz, supervisão e liderança de equipas através do papel de responsável de turno, agir de forma crítica e criativa perante situações novas e adversas, participar na integração de novos profissionais, utilização do processo de enfermagem como método de resolução eficaz e aplicação do pensamento crítico no método de tomada de decisão, são algumas das competências que considero ter desenvolvido.

A elaboração do relatório tornou possível descrever a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, metodológicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas. E também competências transversais, nomeadamente no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, reflexão crítica e tomada de decisão.

Gostaria nesta fase de referir algumas limitações sentidas no decorrer dos estágios que poderão de alguma forma ter alterado as minhas expectativas, entre as quais a investigação e a formação. A curta duração dos períodos de estágio, aponto também como uma limitação, uma vez que não permite o implementar de projectos mais audaciosos, mesmo ao nível da investigação, dada a morosidade que estes poderiam implicar. A consecução parcial destes objectivos inicialmente traçados, teve subjacente estas limitações.

Apesar das dificuldades sentidas, no final desta etapa, posso dizer que o estágio decorreu com um desenvolvimento positivo, com a colaboração de todos os profissionais que compõe a equipa multidisciplinar, dos diferentes serviços, tendo evidentemente as enfermeiras tutoras um papel de destaque, pela sua presença constante. E foi pautado por uma motivação constante, para superar a dificuldades inerentes à aprendizagem.

A experiência de estágio é caracterizada pelo intercâmbio de experiências e conhecimentos, apesar de numa dimensão pequena penso ter contribuído de alguma forma para a evolução dos cuidados, pelos trabalhos que desenvolvi nos diferentes módulos de estágio, tais como: (i) Informação Interna relativa aos Humidificadores em Sistema Fechado; (ii) Modelo de Carta de Alta e; (iii) o Guia Terapêutico.

Penso ser pertinente referir, numa perspectiva de prestação de cuidados de enfermagem seguros, que sugeri no serviço onde exerço funções passar a supervisão da sala de emergência para uma periodicidade diária e feita pelo responsável da sala no turno da manhã, seguindo um guia de verificação, esta sugestão foi aceite e implementada. Numa perspectiva futura gostava ainda de dizer que é meu objectivo a curto prazo, realizar um estudo de investigação para poder perceber os picos de afluência ao serviço de urgência durante determinados períodos do dia. Numa dimensão temporal mais alargada, faz também parte das minhas perspectivas a realização do Doutoramento.

No final penso ter atingido todos os objectivos traçados no inicio deste trabalho, uma vez que desenvolvi a capacidade de elaborar um relatório crítico de actividades, fui capaz de descrever as actividades por mim realizadas durante os períodos em que decorreu o ensino clínico, tendo sempre em conta os objectivos, reflecti sobre as actividades desenvolvidas, tive em conta durante as reflexões realizadas sobre a prática as implicações éticas, legais e sociais das mesmas, assumi um papel mais activo na minha aprendizagem através da mais variada pesquisa bibliográfica. Todo este processo permitiu-me documentar a minha evolução de uma forma sucinta e a aplicabilidade das competências adquiridas/desenvolvidas no meu desempenho actual.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Legislação

- Portugal, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Decreto-Lei n.º 64/2006, *Diário da República*, 1ª série, nº 57 de 21 de Março Condições especiais de acesso e ingresso no Ensino Superior.
- Portugal, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Decreto-Lei n.º 74/2006, *Diário da República*, 1ª série, nº 60 de 24 de Março Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior.
- Portugal, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Decreto-Lei n.º 88/2006, *Diário da República*, 1ª série, nº 99 de 23 de Maio Cursos de Especialização Tecnológica.
- Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 247/2009, *Diário da República*, 1ª série, nº 184 de 22 de Setembro Carreira de Enfermagem.
- Portugal, Ministério da Saúde – Lei nº 111/2009, *Diário da República*, 1ª Série, 16 de Setembro de 2009 Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto – Lei nº 104/98, de 21 de Abril
- Portugal, Ministério da Saúde – Lei nº 22/2007, *Diário da República*, 1ª série nº 124 de 29 de Junho de 2007 Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.
- Portugal, Direcção Geral de Saúde - Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD, 18 de Julho de 2008, Programa Nacional de Controle da Dor.

Literatura científica

- Abreu, L.; Munari, D.; Queiroz, A.; Fernandes, C. 2005. O trabalho de equipe em Enfermagem, revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(2): 203-207
- Alarcão, I. e Tavares, J. 2003. Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. 2ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Andrade, D.; Angerami, E. 1999. Reflexões Acerca das Infecções Hospitalares às Portas do Terceiro Milénio, Ribeirão Preto, *Rev. Medicina*, 32:92-497.
- Atwal A.; Caldwell, K. 2006. *Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care*. *International Journal of Nursing Practice*. 12(6): 359-365.
- Benner, P. 2001. De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto. 294 pps.
- Benner, P. 2005. De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto 264 pps.
- Bermejo, J.; Carebias, R. 1998. *Relacion de Ayuda Y Enfermaria Material de Trabajo*. 1ª Edição. Cantábria: Editorial Sal Terrae
- Bermejo, J. 2008. Humanizar a Saúde: Cuidados, relações e valores. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda 118pps

- Carvalho, W.; Pedreira, M.; Aguiar, M. 2005. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Jornal de Pediatria*. 8: 495-498
- Castro, C.; Vaz, C.; Cordeiro T. 2002. Saber escutar para saber cuidar. *Nursing*. Lisboa. 162:20.
- Coombs, M. 2006. *Managing today's reality of delivering critical care nursing*. *Critical Care Nurse*. 11:216-217.
- Costa, J. 2004. Métodos de prestação de cuidados. *Revista Milenium*. IPSV. 30:234-251.
- Crespo, V. 2003. *Ganhar Bolonha, Ganhar o Futuro – O Ensino Superior no Espaço Europeu*. 1ª Edição. Gradiva-publicações, Lisboa.
- Cruz, J. 2004. *Morte Cerebral, Do Conceito à Ética*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 156pps.
- Cruz, S. 2009. *Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto. Escola de Enfermagem do Porto.
- Day, L. 2006. *Family Involvement in Critical Care: Shortcomings of a Utilitarian Justification*. *American Journal of Critical Care*. 15:223-225.
- Dias, M. 2006. *Construção e Validação de um Inventário de Competência: Contributos para a definição de um perfil de competências do Enfermeiro com o grau de Licenciado*. Lusociência, Loures.
- Domenico, E.; Ide, C. 2003. *Enfermagem baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 11(1):115-118.
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. 2005. *Guidelines for Resuscitation 2005*. Elsevier: Resuscitation.
- Frederico, M. 2001. *Integração Profissional. Sinais Vitais*. Coimbra. 37:33-36
- Jesus, È. 2004. *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processos de Decisão Clínica em Enfermagem*. [Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Universidade do Porto: Porto, 451pp.
- Garcia, M.; Igal, S.; Moro, C.; Palácios, F. 2008. *Consentimiento informado, comunicacion eficaz y decision autónoma*. *Rev. ROL Enf* 31(6):419-424
- Larocca, L.; Mazza, V. 2003. *Referenciais Teóricos para o Estudo da Comunicação em Enfermagem*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. 24(2):169
- Lee, I.; Mackenzie, C. 2000. *Needs of Families with a relative in a critical care unit in Hong Kong*. *Journal of Clinical Nursing*. 9:46-54.
- Leske, J. 2002. *Protocols for Practice: Applying research at Bedside*. *Critical Care Nurse*. 22:61-65
- Luz, M. 2001. *Programa de Integração para Enfermeiros*. Servir. Lisboa. 49:288-294.
- Martins, L.; Cosme, A. 2002. *Formação em Serviço – que motivações?* *Nursing*. Lisboa. 171:12-16

- Mendonça, S. 2009. Competências Profissionais dos Enfermeiros – A Excelência do Cuidar, 164pps
- Ministério da Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa.
- Morais, A. 2002. Gestão de Conflitos. Nursing. Lisboa. 172(14): 24-29
- Nash, S.; Govier, I. 2009. *Effective team leadership: techniques that nurses can use to improve teamworking*. Nursing Times 105:19
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. Tomada de Posição Sobre Segurança Do Cliente. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros, 2007 – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. 2007. Padrões de Qualidade dos Cuidados e sistemas de informação de enfermagem: instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa.
- Pereira, C. 2007. O Ensino Clínico em Enfermagem. Um estudo sobre contextos, actividades e situações geradoras de ansiedade. Rev. Lusófona de Educação, 9:213 – 214.
- Phaneuf, M. 2001. Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, 428 pps
- Pintar, K.; Capuano, T.; Rosser, G. 2007. *Developing Clinical Leadership Capability*. Journal Continuing Education Nursing. 38:115-121.
- Rabiais, I. 2009. Stress em Unidades de Cuidados Intensivos. Lisboa: Hospital Santa Marta.
- Rodrigues, A.; Seixas, D.; Ferreira, I. 2001. O Alívio da Dor Crónica. Nursing. Lisboa. 156(13):15-17.
- Rosengren, K.; Athlin, E.; Segesten, K. 2007. *Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership in intensive care unit*. Journal of Nursing Management. 15:522-529
- Sá-Chaves, I. 2000. Portfolios Reflexivos: Estratégia de Formação e de Supervisão. Coimbra: Universidade de Aveiro. pp.22-23
- Santos, E. 2003. Pensamento Crítico: Estratégias de desenvolvimento no ensino da Enfermagem Pediátrica. 10:17-23
- Sheehy, S. 2001. Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática. 4ª Edição, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e científicas
- Silva, M. 2005. Comunicação Tem Remédio. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. 3ª edição, São Paulo: Edições Loyola, 133pps
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS E COMISSÃO DA COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA DA ORDEM DOS MÉDICOS. 2008. Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa.

- Sousa, C. 2006. Enfermagem: Contextos e Percepções. Nursing. Lisboa. 209:7-9.
- Souza, R.; Silva, M.; Saleh, C. 2005. Comunicação entre Profissionais de Enfermagem e Pacientes da Unidade de Pronto Socorro. Nursing. Brazil. 85(8):272-276
- Vieira, M. 2008. Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 155pps
- Zinn, G. 2003. Comunicar-se com o Paciente Sedado: Vivência de Quem Cuida. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto.1: 326-332

Sites:

- Conselho de Enfermagem. 2003. “Competências do enfermeiro de cuidados gerais.” Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. [On-line]. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=104&view=highlights:Print&id=78&print=1 (consultado em: 18/10/2009)
- Garcia, T. 2009 – “Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa.” [On-line]. Disponível: www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf (consultado em: 8/11/2009)
- Jesus, É. 2007. “comunicação de Más Notícias.” [On-line]. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1 (consultado em: 10/20/2009)
- Leite, L. 2006. II congresso da Ordem dos Enfermeiros 3º painel – “O enfermeiro especialista: percursos do desenvolvimento profissional.” [On-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf> (consultado em: 10/06/2009)
- Marin, H.; Bourie, P.; Safran, C. 2000. “Desenvolvimento de Um Sistema de Alerta Para a Prevenção de Quedas Em Pacientes Hospitalizados.” [On-line]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12396.pdf> (consultado em: 14/06/2009)
- Moreno, J. 2000. “A Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem Como Instrumento de Gestão.” [On-line]. Disponível: file:///Users/mmg/Desktop/documentos%20para%20gestão%20UCI/A%20AVALIAÇÃO%20DA%20CARGA%20DE%20TRABALHO%20DE%20ENFERMAGEM%20COMO%20INSTRUMENTO%20DE%20GESTÃO.webarchive (consultado em: 18/06/2009)
- Nunes, L. 2006. “Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.” [On-line]. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf (consultado em: 26/12/2009)
- Ordem dos Enfermeiros. 2005. “Plano Nacional de Saúde - Formação de apoio.” [On-line]. Disponível: www.ordemenfermeiros.pt/index.php (consultado em: 10/10/2009)
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. “Tomada de posição - Investigação em Enfermagem.”

- [Online].Disponível:www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosiacao2604.pdf (consultado em: 26/12/2009).
- Pinto, T.; Pires, M.; Carneiro, J.; Esteves, F. 2009. “TISS 28 Aplicação Prática a Uma Realidade.” [Online]. Disponível: www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2009_01_54.pdf (consultado em: 20/10/2009)
 - Sociedade Portuguesa da Cuidados Intensivos. “Documentos.” 2008-2010 [Online]. Disponível: <http://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=16> (consultado em: 10/10/2009)

ANEXOS