



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sandra Costa

maio de 2014



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Sandra Maria Fernandes Costa

Sob orientação de Mestre Irene Maria da Silva Oliveira

maio de 2014



## RESUMO

O presente relatório surge como produto do percurso desenvolvido ao longo do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Assume-se como uma análise crítico reflexiva baseada nas experiências durante os módulos de estágio (no serviço de Urgência, no serviço de Cuidados Intensivos e na Assistência Pré-hospitalar), de acordo com os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Esta escolha prende-se com o teor das experiências, que possibilitaram o desenvolvimento de competências dentro desses domínios.

A Responsabilidade Profissional, Ética e Legal assume-se como componente essencial ao exercício profissional, o enfermeiro deve reger-se por princípios orientadores que veiculem o compromisso assumido com a sociedade na prestação de cuidados de enfermagem, ética e deontologicamente em consonância com o Direito em vigor, procurando a excelência da sua prática. O enfermeiro deve reger a sua atividade profissional visando a defesa dos Direitos da pessoa alvo dos seus cuidados. A análise crítica-reflexiva das experiências de estágio mostram as particularidades, em consonância com as referidas dimensões, de um exercício de tomada de decisão responsável.

No que concerne à Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro assume um papel determinante, visto que rege a sua atuação com base num compromisso fundamentado em benefício da pessoa ou comunidade. Esta atuação traduz-se numa intervenção consciente e estruturada na procura contínua da qualidade e na promoção da segurança da pessoa alvo de cuidados, visando a excelência do exercício. A qualidade em saúde apresenta-se como tarefa multiprofissional, tornando-se clara a importância dos enfermeiros, verem definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. É ainda claro que a qualidade em saúde não depende única e exclusivamente do exercício profissional dos enfermeiros, não podendo no entanto, tal exercício profissional ser descurado, nos esforços que visem obter qualidade em saúde. As experiências analisadas de acordo com este domínio refletem avanços do investimento na qualidade em saúde, por parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde, focados na pessoa, especialmente no que respeita aos princípios de acessibilidade e equidade bem como o nível profissional ótimo.

O Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais na ótica da enfermagem depende da capacidade de auto conhecimento do enfermeiro. Este profissional desenvolve conhecimento com base na teoria e na experiência adquirida na prática. Deste modo é evidente a necessidade de desenvolver competências específicas para intervir em contextos específicos. Os diferentes módulos de estágio revelaram-se fontes importantes de situações promotoras ao desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, promotoras de experiências e momentos de aprendizagem que influenciam a minha identidade no agir profissional. Na abordagem reflexiva destas experiências, evidencia-se a análise comparativa com a minha experiência profissional, o que se deve ao facto de o processo de desenvolvimento profissional ser individual.

Em suma, estas experiências de estágio alvo de reflexão revelam-se momentos de aprendizagem e por conseguinte, desenvolvimento de competências. Por outro lado, a aprendizagem deste processo é possível de transpor para a minha prática profissional, o que me leva a estabelecer pontos de ligação com a área de especialidade e a especificidade dos diferentes contextos inerentes a essa prática. Com este processo de aprendizagem, que compreendeu o curso de especialização, percebo ainda a escassez de produção de conhecimento científico na minha realidade profissional o que representa a necessidade de continuar o processo formativo.

## ABSTRACT

This report represents the final product of the route developed over the Master's Degree in Nursing with specialization in Medical Surgical Nursing.

It stands as a reflective critical analysis based on experiences during the traineeship modules (in Emergency Department, in the Intensive Care Unit and Pre-hospital Care), according to the Common Areas of the Nurse Specialist Skills: Professional Accountability, Ethical and Legal; Field of Continuous Quality Improvement and Development of Learning. This choice is related to the content of the experiences that made possible the development of skills within these areas.

The professional, ethical and legal accountability is assumed as an essential component to professional practice. Registered Nurses should be governed by principles in line with the assumed commitment with the society in providing nursing care, according with the ethics and ethically representative of the Law, striving for excellence in their practice. Registered Nurses should support their professional activity on the engagement assumed of protecting the rights of person their care. The critical-reflexive analysis of the experiences of the traineeship, demonstrate the features, in line with these dimensions, and the exercise related with the accountable decision making.

Concerning the Continuous Quality Improvement, the registered nurse has a key role, since that supports his activities with engagement on the continued seeking for the benefit of the person or community. This performance translates into a conscious and structured in continuous search for quality and improving safety of care target group, aiming for the practice excellence. The quality of health is presented as multi task, making clear the importance of nurses see set the Quality Standards. It is also clear that the quality of health does not depend exclusively on the professional practice of regitered nurses, however it should not be disregarded, because, the professional practice contributes to the effort to obtain quality health care. The analyzed situations under this domain seem reflect advances in the quality of investment in health, by persons providing health care, focused on the person, especially with regard to the principles of accessibility and equity, as well as great professional level.

The Development of Professional Learning from the Nursing perspective, depends on the ability of the Registered Nurse self-knowledge. This professional develops knowledge based on theory and practical experience. Thus there is a clear need to develop specific skills to act in specific contexts. The different modules of the traineeship proved to be important sources of situations, promoting the development of specific skills in providing care to the person in critical condition, ie, promoters of experiences and learning moments that influence my identity in professional acting. On the reflective approach to these experiences, highlights the comparative analysis with my professional experience, which is due to the fact that the professional development process is mainly individual.

As resume, these experiences reveal to be learning moments and therefore skills development. Moreover, this learning process incorporates my professional practice, which leads me to establish points of connection with the area of specialty and specificity of different contexts inherent in this practice. With this learning process, the specialization course, i'm able to understand the lack of production of scientific knowledge in my professional reality which represents the need to continue the training process.

## SIGLAS/ABREVIATURAS

**AEM** - Ambulância de Emergência Médica

**CEEMC** – Curso da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**CRRNEU** – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

**EAD** – Exames Auxiliares de Diagnóstico

**HPH** - Hospital Pedro Hispano

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica

**IRA** – Insuficiência Renal Aguda

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAV** – Pneumonia Associada ao Ventilador

**PVC** – Pressão Venosa Central

**SAV** - Suporte Avançado de Vida

**SE** – Sala de Emergência

**SIV** – Suporte Imediato de Vida

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva

**SPCI** – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

**SU** – Serviço de Urgência

**SUMC** - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

**TAE** – Técnico de Ambulância de Emergência

**UDT** – Unidade da Dor Torácica

**ULSM** – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 9  |
| 2. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....   | 13 |
| 3. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....                 | 25 |
| 4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS..... | 45 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                       | 55 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....                                 | 59 |



# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Porto.

O ingresso no referido mestrado foi decisão alicerçada pela contínua busca de conhecimentos que suportem a excelência do exercício profissional, tal como referido no art.º 88 do Código Deontológico do Enfermeiro onde é caracterizado como sendo um dever do profissional “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p.133)

Na qualidade de militar enfermeira, revela-se importante mencionar que a atividade militar implica diversas situações potenciadoras de acidente e doença súbita, quer na atividade operacional de treino, como é exemplo a realização de exercícios de tiro, quer na atividade operacional real, como é exemplo o destacamento de forças para cenários de conflito (Afeganistão, Líbano, Iraque, Kosovo e países de língua oficial portuguesa, entre outros). Torna-se assim facilmente perceptível a importância dos Enfermeiros nas Forças Armadas, atendendo ao facto de que estes profissionais possuem “(...) formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento (...)” (OE, 2007, p.1). Por outro lado, é evidente a diminuição do número de efetivos no empenho das Forças Armadas em atividade operacional real, considerando não só a mudança de paradigma dos conflitos armados atuais, mas também por disporem de mais e diferenciados meios tecnológicos. Tudo isto se traduz num desafio para as equipas médicas que, para além do maior impacto mediático das baixas, o número de casos é cada vez menor. Esta situação obriga o militar enfermeiro a procurar o treino e o desenvolvimento de competências específicas no meio civil, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Desta forma, o ingresso no presente mestrado assume-se determinante e uma mais-valia na continuidade do meu processo formativo, revelando-se crucial na prossecução dos objetivos por mim definidos e aliados à aquisição e desenvolvimento de competências específicas.

O presente relatório surge como resultado do percurso desenvolvido ao longo do Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica (CEEMC) e apresentar-se-á orientado segundo os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A opção pela estrutura a adotada encontra justificação na forma como pretendo organizar a análise crítico-reflexiva, partindo do perfil das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, relacionando o conjunto das mesmas com as experiências práticas experienciadas em contexto de estágio.

Como alicerce à sua produção surgem os três módulos que compreendem o plano de estudos da unidade curricular de Estágio.

A realização do Estágio na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica tem por finalidade, parcial, a aquisição de conhecimento prático na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Este percurso sendo realizado com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista visa sobretudo a aquisição de um “(...) conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.8648).

Os três módulos têm em comum a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, podendo considerar-se como partes integrantes de um fluxo contínuo e diferenciado, onde cada módulo é caracterizado pela sua especificidade no contexto e no tipo de cuidados prestados.

O Módulo I – Serviço de Urgência (SU) foi realizado no Hospital Pedro Hispano (HPH) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

O Módulo II – Cuidados Intensivos, decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HPH. Este módulo revelou-se o mais desafiante por representar uma realidade de prestação de cuidados de enfermagem com a qual ainda não havia contactado.

O Módulo III – Assistência Pré-hospitalar (opcional), decorreu na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Deste modo a minha escolha recaiu na área da assistência pré-hospitalar dada a necessidade de treinar e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica neste contexto. Esta necessidade encontra justificação na minha atividade profissional, militar enfermeira, onde a realidade implica intervir em diferentes contextos, mas onde o pré-hospitalar se assume como fundamental.

É então com base nos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que serão desenvolvidas as análises crítico reflexivas das experiências obtidas em contexto de estágio.

A estrutura encontra-se assim definida em três capítulos. O primeiro capítulo é referente ao Domínio, o da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, e a análise recairá nas questões éticas e deontológicas nas diferentes realidades de estágio.

O segundo capítulo consiste na análise das diferentes experiências, crítico-reflexiva, de acordo com o Domínio da Melhoria da Qualidade recorrendo ainda, aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O terceiro capítulo recai na análise das experiências em estágio ao abrigo do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Esta análise terá em conta a minha realidade profissional no sentido de evidenciar pontos de sinergia entre a mesma e as diferentes experiências vivenciadas em estágio, revelando um processo de aprendizagem individual e contínuo.

Deste modo, o relatório representa um reflexo do percurso desenvolvido nos diferentes Módulos de estágio, em consonância com o objetivo planeado:

- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;



## 2. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Como componente essencial ao exercício profissional, o enfermeiro deve reger-se por princípios orientadores que veiculem o compromisso assumido com a sociedade na prestação de cuidados de enfermagem, ética e deontologicamente alicerçados em consonância com o Direito em vigor.

As dimensões supracitadas demonstram-se relevantes para o alcance de um exercício profissional de excelência. Como tal, no desempenho do meu exercício profissional, há uma constante consciência da relevância das referidas dimensões que me conduz a uma prática concordante com as mesmas. Esta prática traduz-se em atos profissionais que “(...) decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.” (Deodato, 2008, p. 27)

À luz do mencionado no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2005, p. 59). Desta citação sobressai que os cuidados de enfermagem subentendem uma relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, onde a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana devem ser preservadas, independentemente do contexto de prestação de cuidados de saúde.

Importa assim mencionar que a pessoa em situação crítica é o foco de atenção do presente relatório e que os contextos de prestação de cuidados compreendem o pré-hospitalar e o hospitalar. Estes contextos com os quais contatei durante a unidade curricular Estágio resultaram em diversas vivências. Sobre estas refleti criticamente no sentido de as transformar em experiências, que integrei e agreguei ao meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Assim, e como mencionado na introdução, pretendo à luz dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista apresentar as experiências que considero relevantes.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na qualidade de entidade reguladora, é responsável pelo controlo do exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal, independentemente do contexto de prestação de cuidados. A criação desta associação profissional de direito público permitiu o desenvolvimento e controlo do exercício profissional, promovendo a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, no sentido de assegurar à população um padrão de cuidados de enfermagem de distinta qualificação técnica, científica e ética para satisfazer os níveis de saúde cada vez mais exigentes. A OE é assim responsável por regular, cabendo-lhe igualmente garantir o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício de enfermagem (Ministério da Saúde, 1998).

A criação de um regulamento de competências comuns aos enfermeiros especialistas reflete a competência reguladora da OE e a constante preocupação com a pessoa ou comunidade alvo dos cuidados de enfermagem. A OE reconhece que o enfermeiro especialista, além da sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados gerais, tem competência para a prestação de cuidados especializados em determinada área clínica da sua especialidade.

Com efeito, a OE emitiu um enunciado de orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no pré-hospitalar, onde são fundamentadas as intervenções deste profissional no mencionado contexto de prestação de cuidados.

Divulgar o enunciado à sociedade assume-se de extrema importância pois permite ao cidadão ter conhecimento do expectável no que concerne à missão deste profissional durante a sua intervenção num contexto pré-hospitalar.

De acordo com o referido enunciado, o enfermeiro deve atuar em conformidade com o seu enquadramento legal, no sentido de assegurar durante o exercício das suas competências, a estabilização da pessoa em situação crítica.

Tal deve ser realizado no local da ocorrência, onde são providenciados os cuidados de enfermagem necessários à manutenção das funções vitais da vítima, devendo o nível dos mesmo ser garantido durante o transporte até à unidade hospitalar de referência.

A presença do enfermeiro na assistência pré-hospitalar é uma realidade em Portugal, representando uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Esta mais-valia é facilmente justificada considerando que o enfermeiro é um profissional detentor de formação humana, técnica e científica necessária à prestação de cuidados em qualquer situação, em especial em cenários de maior complexidade e constrangimento, como é exemplo o referido contexto (OE, 2007).

Neste ambiente de prestação de cuidados de saúde ao cidadão, pressupõe-se que “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar” (OE, 2007,p.1).

Assim, a imprescindibilidade da presença do enfermeiro na assistência pré-hospitalar acrescida à necessidade de centralidade dos cuidados de saúde na pessoa e comunidade de acordo com as suas especificidades, resultaram numa proposta formulada pela OE.

A matéria apresentada ao Ministério da Saúde, representa o Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar, e defende a presença do enfermeiro em todos os meios de assistência pré-hospitalar pelos benefícios que tal poderá representar nesta realidade de cuidados de saúde. (OE, 2012)

Desta forma a intervenção do enfermeiro não deve restringir-se à sintomatologia apresentada, mas à pessoa em si e à sua família, devendo assegurar-lhes uma adequada informação e respetivo acompanhamento ou encaminhamento no sentido de minimizar o sofrimento (OE, 2007). A pessoa em situação crítica encontra-se a vivenciar um processo complexo de doença ou falência orgânica.

De acordo com o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656). Importa mencionar que, este será o conceito adotado no presente relatório.

Por sua vez, conforme o preconizado no referido regulamento, “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando as incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011, p.8656).

As intervenções dos enfermeiros, que estão indissociavelmente ligadas à prestação de cuidados de saúde, dividem-se em duas grandes áreas: intervenções autónomas e intervenções interdependentes.

As intervenções autónomas caracterizam-se por atribuírem ao enfermeiro a única e exclusiva responsabilidade no processo da tomada de decisão. Por sua vez, as intervenções interdependentes dizem respeito a ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados (Ministério da Saúde, 1998).

Na área de cuidados em análise, muitas são as intervenções de enfermagem interdependentes, desde logo porque a abordagem à pessoa em situação crítica

envolve responsabilidade profissional para os diferentes intervenientes. O enfermeiro assume assim a responsabilidade técnica pela implementação da sua intervenção, sendo tal responsabilidade clarificada no discurso de Deodato, onde “o enfermeiro, ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional através de uma prescrição de um cuidado, não a executará sem qualquer processo de raciocínio que determinará a sua decisão de execução, com base na avaliação técnica, mas também científica, ética, deontológica e jurídica do cuidado em causa.” (Deodato, 2008,p.51)

As intervenções interdependentes assumem maior expressão em situações de emergência, ou seja, em contexto pré-hospitalar. Estas intervenções são frequentemente baseadas em protocolos de atuação que visam promover a segurança da pessoa assistida e por conseguinte a qualidade dessa assistência.

Como base para análise do presente contexto, recorro ao módulo de estágio referente ao pré-hospitalar. Este módulo compreendeu o contacto com diferentes meios e serviços do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entre os quais o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a Ambulância de Emergência Médica (AEM), a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Da referida experiência destaco os meios ambulância SIV e VMER, por representarem a maior concentração de horas de contato e implicarem a constante presença do enfermeiro.

Os meios SIV contemplam a intervenção do enfermeiro baseada em protocolos de atuação, evidenciando-se aqui as intervenções interdependentes. Para além deste processo, outro exemplo deste tipo de intervenção surge no momento do envio dos dados referentes ao estado da vítima, com o apoio da telemedicina, para o médico do CODU. Este processo, como é exemplo a transmissão do traçado eletrocardiográfico obtido através do monitor desfibrilhador portátil, permite que lhe seja facultado o acesso aos dados que possibilitam a prescrição de tratamento farmacológico necessário à situação.

Ainda neste contexto, evidenciei que um dos principais alicerces que suporta a atuação dos enfermeiros nos meios SIV é o seu conhecimento científico e conhecimento prático. O exemplo que sustenta a minha afirmação relaciona-se com as situações em que a comunicação entre o meio SIV e o CODU não se revelou possível por problemas vários, entre os quais a falha de cobertura de rede. Esta falha de comunicação justificou a intervenção do enfermeiro com base nos seus conhecimentos científicos e práticos, e a conseqüente tomada de decisão e responsabilização inerentes.

Situações semelhantes verificaram-se com maior frequência na ambulância SIV integrada, onde realizei estágio, visto a maioria das ocorrências se verificar em locais de difícil acesso, terrenos sinuosos em meio rural e com fraca cobertura de meios de comunicação.

Nos turnos desenvolvidos nesse meio, participei em várias ativações, das quais destaco aquela que considero mais ilustrativa da intervenção do enfermeiro em ambiente de assistência pré-hospitalar.

A situação descrita passará a designar-se ao longo de todo o relatório, nos vários capítulos em que será mencionada, como Pré-Hospitalar 1 (PH1).

A referida ativação destinou-se a um adulto, devido a dor torácica com irradiação para os membros superiores e dorso (entre as omoplatas). Os sintomas identificados revelaram-se sugestivos de um potencial enfarte agudo do miocárdio (EAM) justificando a inclusão do caso no protocolo SIV referente à Dor Torácica.

Neste tipo de ocorrências o fator tempo assume-se como sendo crucial na prevenção de complicações. No referido episódio, a distância compreendida entre a base da ambulância SIV e o local da ocorrência, acrescido à precariedade do trajeto e à imprecisão dos dados transmitidos pelo CODU, resultou na demora da chegada do meio ao local em cerca de quarenta minutos.

À nossa chegada a vítima encontrava-se bastante queixosa, com as mãos na região torácica verbalizando dor tipo “aperto”, observando-se dispneia e franca

diaforese. De acordo com a informação recolhida no local, os referidos sinais e sintomas ter-se-ão iniciado sensivelmente sessenta minutos antes da nossa chegada. Procedemos de imediato à monitorização dos sinais vitais e respetivo eletrocardiograma (ECG) de doze derivações, que evidenciou alterações compatíveis com EAM.

Na impossibilidade de proceder à transmissão de dados para o médico regulador do CODU e obter a consequente validação das medidas terapêuticas a adotar, a referida situação ficou sob responsabilidade da enfermeira. Face à interpretação dos dados resultantes da avaliação inicial, dos sinais vitais e ECG, a tomada de decisão da enfermeira passou por iniciar a terapêutica de reperfusão dando importância ao controlo da dor.

Esta é ainda uma situação reveladora das competências do enfermeiro na prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica exemplificadora da atuação deste na emergência, em que o risco da situação evoluir para paragem cardiorrespiratória e o risco de vida se torna eminente, motivando a enfermeira a agir de imediato. Esta atuação é suportada pelo art.º 9 no número 4, alínea e) que refere o dever do enfermeiro, em contexto de emergência, optar pela intervenção baseada “ (...) na sua qualificação e nos conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (...)” (Ministério da Saúde, 1996, p.2961).

Outro caso que considero pertinente analisar ao abrigo deste domínio decorreu no mesmo módulo de estágio numa VMER. A situação descrita passará a designar-se ao longo de todo o relatório, nos vários momentos em será mencionada, como Pré-Hospitalar 2 (PH2).

Numa das ativações deste meio VMER, experienciei a prestação de socorro pré-hospitalar a uma vítima de trauma por tentativa de suicídio.

PH2 traduziu-se na ativação para um adulto, devido a precipitação da ponte com cerca de 30 metros de altura. Ao chegar ao local encontramos a vítima, fora da água, a ser socorrida por elementos da Polícia Marítima.

Nesta situação houve um suicídio falhado com recurso a um método de alta letalidade. O entendimento da situação revela-se crucial para o planeamento dos cuidados a prestar, destinados a alguém desesperado e que considera o futuro como impossível de ser vivido (Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M., 2006).

A vítima encontrava-se consciente e orientada, tendo a abordagem sido de acordo com o esperado num caso de uma vítima de trauma. A vítima foi devidamente imobilizada e transferida para a ambulância, onde se procedeu à reavaliação, identificando-se a presença de pneumotórax hipertensivo à esquerda acompanhado de fratura de múltiplos arcos costais. Com base na monitorização hemodinâmica estável, mas também devido à proximidade a que nos encontrávamos do hospital de referência, decidimos em equipa dar início ao transporte.

Esta tomada de decisão é exemplo de uma intervenção interdependente. A situação de emergência pneumotórax hipertensivo justifica uma intervenção imediata, no entanto, atendendo à estabilidade do estado clínico da vítima e à proximidade com o hospital de referência, considerou-se ser mais seguro para a vítima ser submetida à respetiva intervenção em ambiente hospitalar. Desta forma tornou-se possível salvaguardar a vítima de uma exposição desnecessária a riscos inerentes ao contexto de uma intervenção pré-hospitalar.

Estabeleci, durante o transporte, comunicação com a vítima no sentido de avaliar continuamente o seu estado de consciência e orientação. A vítima apresentava um discurso coerente, referindo a sua localidade de residência, bem como a sua idade e nome completo. Referiu não querer que avisássemos a família do sucedido.

Após esta troca de informação senti que seria o momento de perceber potenciais fatores que justificassem tal ato. Assumi-se extremamente cansado, referindo não conseguir dormir há quinze dias. Encontrava-se desempregado e sem perspetivas de empregabilidade, mencionando ainda não ser seguido em psiquiatria e não tomar qualquer medicação. Com base nos dados obtidos durante a curta

conversao estabelecida, considere-se de um episódio inaugural, como consequência de perturbao, potenciada pela sua situao profissional e familiar.

O caso PH2 abrange em si inúmeras áreas que carecem de análise reflexiva no presente domínio. Como exemplo surge a questão relacionada com o consentimento informado. O art.º 84 do Código Deontológico do Enfermeiro refere o dever do enfermeiro respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado relativo aos cuidados que lhe serão prestados, entendendo a informao como dever, respeitando os princípios da autonomia, dignidade e liberdade da pessoa. Contudo, a nota de comentário ao mesmo artigo, prevê o consentimento presumido como possível e determinante em casos onde "(...) a obteno do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde" (OE, 2005, p.112). O PH2  um reflexo desta situao, onde na presença de uma pessoa que comete tentativa de suicídio implicando que não haja vontade pela manuteno da vida, o consentimento informado se justifica como da lugar ao consentimento presumido, porque cabe também ao enfermeiro, de acordo com a alínea a) do artigo 82.º, o dever de "(...) atribuir  vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias" (OE, 2005, p.97).

Já num outro domínio, o do dever de proteo e defesa da vida humana, o artigo 82.º do Código Deontológico do Enfermeiro, suporta este dever alegando que o dever de proteo e defesa da vida humana se assumem como um direito, transferindo para este contexto a compreensão da "(...) proibio do aborto, da eutanásia, da pena de morte e a não-aceitao do suicídio" (OE, 2005, p.98)

Ainda que esta não-aceitao do suicídio esteja subjacente ao supracitado, as regras deontológicas contantes no artigo 81.º Código Deontológico do Enfermeiro são claras ao referirem que estes devem "(...) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida" (OE, 2005,p.81).

Para término da análise de casos no âmbito deste domínio, apresento o caso decorrido num outro módulo de estágio, no serviço de Medicina Intensiva. O caso denominar-se-á, ao longo de todo o presente relatório, Medicina Intensiva 1 (MI1).

O caso é referente a uma pessoa do sexo feminino, muçulmana, admitida no serviço por infeção respiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, tendo permanecido cerca de 48 horas no serviço. Após este período de tempo, procedeu-se à extubação e planeou-se a respetiva transferência para uma unidade de cuidados intermédios no hospital da sua área de residência. A inserção deste caso neste domínio foi opção justificada pela relação com a alínea b) do artigo 82.º do Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente com o respeito pela “(...) integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (OE, 2005, p.97).

A pessoa em causa, na sua dimensão religiosa, implicava por parte da equipa de enfermagem uma adequação dos cuidados à sua realidade. Como exemplo referir-me-ei a um episódio sucedido num dos turnos em que a acompanhei. À cliente estava atribuído um enfermeiro do sexo masculino, o que motivou que esta requeresse que a prestação de cuidados de higiene e conforto fosse realizada por uma enfermeira. Tal pedido foi atendido e justificado pelo referido no artigo 83.º do Código Deontológico do Enfermeiro, como sendo um dever do enfermeiro “(...) respeitar e possibilitar ao individuo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde” (OE, 2005, p.105).

No mesmo turno encontrava-se planeada a sua transferência para uma unidade de cuidados intermédios no hospital da sua área de residência, transferência inter-hospitalar na qual tive oportunidade de participar.

Chegados à referida unidade de destino a cliente constatou tratar-se de uma unidade mista, homens e mulheres. Tal facto potenciou uma reação de ansiedade e desconforto, justificadas pela sua condição religiosa que a impedia de partilhar um espaço físico com pessoas do sexo masculino em situações tipo. A presente situação despoletou em mim a sensação de impotência, tal era a incapacidade de minimizar ou colmatar a situação que provocara desconforto.

Considerando que os cuidados de saúde, em particular os de enfermagem, devem ser planeados tendo por base a pessoa alvo de cuidados (e conseqüentemente considerando a sua dimensão cultural e religiosa), julgo que o presente caso não reflete a devida apresentação do plano de cuidados de forma clara, esclarecendo a paciente das características do local para onde seria transferida.

De acordo com o referido no artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de (...) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (...)” (OE, 2005, p.89).

É sabido que “a religião existe em todas as sociedades conhecidas, embora as crenças e práticas religiosas variem de cultura para cultura. Todas as religiões envolvem um conjunto de símbolos que implicam sentimentos de reverência ligados aos rituais praticados por uma comunidade de crentes” (Giddens, A., 2009, p.567)

Considerando a diversidade cultural característica da atual sociedade, é exigido ao enfermeiro a constante atualização formativa de forma a cumprir e prestar à sociedade cuidados de excelência que passam, também por cuidados culturalmente sensíveis.



### 3. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O enfermeiro assume um papel determinante, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e por conseguinte dos cuidados de saúde, atendendo ao facto de que rege a sua atuação com base num compromisso fundamentado em benefício da pessoa ou comunidade. Esta atuação traduz-se numa intervenção consciente e estruturada na procura contínua da qualidade e na promoção da segurança da pessoa alvo de cuidados, visando a excelência do exercício.

Em concordância, a OE desde cedo tem revelado preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem e com a promoção da segurança da pessoa alvo desses cuidados. A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), assim como a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados na área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), são exemplos da referida preocupação.

O enfermeiro especialista tem competências que derivam do domínio em análise, pelo que no decorrer da unidade curricular Estágio procurei desenvolver essas competências. Considero no entanto que, durante os diferentes módulos de estágio, não se proporcionaram momentos de relevante investimento nesta área. Assim, ao abrigo do presente domínio, apresento algumas situações que considero relacionadas com o mesmo.

Importa no entanto, e inicialmente, apresentar o conceito de qualidade em saúde a usar no presente relatório. O conceito surge definido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. A definição constante no PNS refere que “a Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos

disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (...), a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Direção Geral de Saúde, 2012, p.2).

A Qualidade em Saúde assume-se como um dos quatros eixos estratégicos para o Sistema de Saúde, no período temporal compreendido entre 2012 e 2016, certamente, por este representar uma das principais fontes de acréscimo de valor e que, conseqüentemente justifica uma maior atenção.

De acordo com o despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde é aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, na qual se encontra descrito a responsabilidade deste Ministério, “(...) no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2009, p. 24667).

A preocupação com a qualidade em saúde é cada vez mais evidente por parte dos diferentes intervenientes (cidadãos, governo, instituições de saúde e profissionais de saúde), o que motiva a procura de um equilíbrio que garanta a sua operacionalização. Os enfermeiros, na qualidade de prestadores de cuidados de saúde, defendem a melhoria contínua da qualidade assumindo-a como um domínio relativo a um conjunto de competências, que visam a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos cidadãos que deles usufruem.

A qualidade em saúde apresenta-se como tarefa multiprofissional, tornando-se assim clara a importância dos enfermeiros que trabalham em Portugal terem definidos e criados os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. É no entanto claro que a qualidade em saúde não depende única e exclusivamente do exercício profissional dos enfermeiros, não podendo no entanto, tal exercício profissional ser descurado, ou anulado, nos esforços que visem obter qualidade em saúde.

O cumprimento destes padrões encontra-se relacionado com a responsabilidade das instituições de saúde na promoção e adequação de estruturas e recursos, pressupondo uma satisfação de necessidades por parte do enfermeiro, facilitando o seu envolvimento no domínio da melhoria contínua de qualidade. Ao profissional de enfermagem cabe a constante avaliação crítica e reflexiva, que constitui via relevante na definição de objetivos e na delineação de novas estratégias.

Como complemento aos padrões citados, e porque é foco deste relatório a análise dos padrões da qualidade na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, surgem os enunciados descritivos específicos dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica. Estes enunciados têm como objetivo central delinear com clareza o papel do enfermeiro especialista, sempre em complemento aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com o preconizado na alínea b) do n.º1 da Base II da Lei de Bases da Saúde “é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Assembleia da República, 1990, p. 3452)

No decorrer do módulo de estágio – assistência pré-hospitalar, experienciei uma situação vivenciada num meio SIV que considero ser relevante à reflexão.

Os meios de emergência pré-hospitalar diferenciados só muito recentemente começaram a ser integrados na Rede Nacional de Emergência e Urgência. Esta integração possibilitou a chegada de cuidados de saúde diferenciados a locais geograficamente mais isolados pelo seu natural distanciamento dos grandes centros urbanos.

Destes meios de assistência pré-hospitalar diferenciada é esperado, por parte da sociedade, uma operacionalidade continua que seja capaz de garantir a assistência, dia e noite, nas respetivas áreas geográficas da sua influência.

Porém, pensar na operacionalização de um meio desta natureza implica consciencialização de gestão de recursos humanos e materiais em locais geograficamente isolados ou de difícil acesso, o que se revela uma realidade de difícil manutenção. Assim, e considerando o meio de assistência pré-hospitalar SIV e o enfermeiro que este contempla como sendo o primeiro nível de cuidados de saúde diferenciados em ambiente pré-hospitalar, considero a integração deste meio na Rede Nacional de Urgência e Emergência como um exemplo de gestão dos recursos humanos e materiais de forma eficiente.

A integração dos meios SIV em serviços de urgência básicos constitui a existência de um meio de socorro pré-hospitalar capaz de garantir cuidados de saúde diferenciados. Por sua vez, o serviço de urgência básico representa o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência e encontra-se geograficamente situado onde se verifique uma considerável densidade populacional em que, o seu acesso a um nível de serviço de urgência superior não se encontre assegurado em menos de sessenta minutos. (Ministério da Saúde, 2012)

A recente publicação do despacho n.º5561/2014 do Gabinete do Secretário de Estado do Ministro da Saúde, define as “(...) regras que garantam a operacionalidade permanente destes meios de emergência pré-hospitalar, assegurando o seu regular funcionamento com a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados” ( Ministério da Saúde, 2014, p. 11124). Há assim uma clara e evidente preocupação por parte das entidades responsáveis pela gestão da emergência pré-hospitalar em garantir o acesso da população a cuidados de saúde diferenciados. Esta realidade traduz-se inequivocamente num indicador de qualidade em saúde, pois garante a um maior número de pessoas, independentemente do local onde vivam, o direito à igualdade no acesso a este tipo de cuidados de saúde.

Exemplo disso é a ambulância SIV integrada onde realizei estágio que constitui um meio de socorro de assistência pré-hospitalar diferenciado e atua como meio integrado na rede de serviços de urgência de acordo com o regulamentado no despacho n.º 14898/2011 de 03 de novembro. Este documento define os meios de emergência pré-hospitalar de suporte avançado e imediato de vida, as VMER e as

SIV, bem como as bases gerais do processo de integração na referida rede de serviços.

O concelho que detêm o SUB com o meio SIV integrado onde realizei dois turnos do módulo de estágio – assistência pré-hospitalar, encontra-se geograficamente marcado por um acentuado relevo montanhoso que se traduz numa rede de estradas características pelos trajetos sinuosos, que impõem uma condução cautelosa e morosa e que representam um fator de risco tanto para o socorro pré-hospitalar como para a vida da pessoa em situação crítica a socorrer.

Esta realidade é também reveladora de que os cidadãos residentes nas freguesias de difícil acesso não têm salvaguardado, em pleno, o direito à igualdade no acesso a cuidados de saúde diferenciados, quando comparados com os cidadãos que residem em locais de fácil acesso e de maior proximidade a unidades de saúde capacitadas para a prestação dos referidos cuidados. No entanto a Lei é clara quanto ao direito do cidadão à igualdade no acesso a cuidados de saúde, independentemente do local onde viva.

Considero assim que o referido meio SIV contribui na projeção da assistência de emergência pré hospitalar diferenciada a um maior número de pessoas residentes em meios rurais distanciados do referido SUB e, por conseguinte dos SU de nível superior, representando um avanço nas estratégias possíveis para garantir o direito de igualdade do cidadão no acesso a cuidados de saúde.

O INEM intervém predominantemente no contexto pré-hospitalar com base no modelo de emergência “PLAY AND RUN”. Este modelo tem por objetivo a ativação prévia de meios medicalizados, respeitando o conceito da “Golden Hour”, em especial nos casos em que a vítima não pode ser transportada de imediato para o hospital. Por conseguinte, justifica-se uma adequada prestação de cuidados no local da ocorrência até que se encontrem reunidas as condições para a efetivação do transporte (Mateus, 2007).

Tal pressupõe que a vítima chegue o mais rapidamente possível ao hospital de referência, nas melhores condições, fundamentando a intervenção de profissionais

de saúde diferenciados e de meios de assistência e transporte medicalizados, capazes de assegurar a intervenção de suporte avançado de vida (SAV) em ambiente pré-hospitalar.

Este modelo foi concebido com base na análise das vantagens e desvantagens dos modelos Anglo-Saxónicos – “SCOOP AND RUN”, em que o principal objetivo passa por garantir o transporte rápido da vítima até ao hospital, e do Franco-Germânico – “STAY AND PLAY”, no qual o principal objetivo passa por garantir o máximo de cuidados no local da ocorrência (Idem, 2007).

A necessidade de integrar os referidos meios de emergência na Rede Nacional de Emergências e Urgências teve por base o facto de os profissionais de saúde que desempenham funções nos referidos meios, VMER e SIV, deterem formação específica indissociável da sua experiência no socorro pré-hospitalar.

Estes profissionais vêm assim, com a sua integração nos serviços de urgência, potencialmente satisfeita a necessária e contínua manutenção de competências técnicas de elevado grau de complexidade. Por outro lado, a integração destes meios de socorro traduz-se em potenciais ganhos de eficiência e de gestão, quer nos serviços de urgência, quer na emergência pré-hospitalar, entendendo-se assim que os profissionais de saúde dos meios INEM constituem um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos serviços de urgência, garantindo capacidade de resposta mais adequada às necessidades dos utentes emergentes.

Isto traduz-se num evidente reconhecimento, por parte da sociedade, do enfermeiro enquanto profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de emergência pré-hospitalar. Os enfermeiros, ao constituírem os mencionados profissionais de saúde dos meios INEM, como tal e ao abrigo do seu enquadramento deontológico, devem procurar exercer a sua profissão com base em adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

O enfermeiro que em determinado dia integra a equipa do meio pré-hospitalar, garantindo nesse contexto a prestação de cuidados de enfermagem, é o mesmo que em outro dia integra a equipa do serviço de urgência e garante a continuidade desses cuidados à pessoa em situação crítica. Desta forma, os enfermeiros que integram os meios de emergência pré-hospitalar representam a profissão de enfermagem na sua prestação de cuidados em contextos de emergência, e como tal devem garantir a qualidade dos mesmos visando a segurança da pessoa em situação crítica a que se destinam.

Nesta realidade de prestação de cuidados, revela-se crucial a aptidão do enfermeiro, visto tratar-se de um contexto de emergência que justifica uma atuação de qualidade imediata a alguém que se encontre na iminência ou em risco de vida. Torna-se por isso determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem bem como para segurança da pessoa, o conhecimento científico e técnico e, a experiência do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica nos diferentes contextos (pré-hospitalar e hospitalar). Exemplo disso é o caso PH1 anteriormente abordado neste trabalho.

Já num diferente contexto, o módulo de estágio de cuidados intensivos foi fonte de algumas situações pertinentes de reflexão no presente domínio. As dinâmicas de trabalho de uma unidade de cuidados intensivos revelam-se consideravelmente distintas das verificadas num serviço de internamento, desde logo pela especificidade da pessoa em situação crítica que se encontra numa situação de risco de vida ou na iminência de falência de uma ou mais funções vitais, e a depender de meios avançados de vigilância e monitorização.

O profissional de enfermagem em contextos de medicina intensiva revela-se uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de saúde bem como na segurança da pessoa em situação crítica alvo dos mesmos. Embora a medicina intensiva contemple médicos e enfermeiros durante as vinte e quatro horas, os enfermeiros assumem-se como os profissionais de saúde que mais horas passam na prestação de cuidados e por isso mais próximo da pessoa. O enfermeiro é deste modo o profissional em melhor condição para identificar potenciais complicações de forma eficaz.

Na mesma linha de raciocínio importa referir que a prevenção de complicações representa um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, preconizado pela OE quer nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem quer nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica. Esta prevenção baseia-se em elementos importantes, como “a identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; (...) a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (OE,2001, p.12-13).

Neste contexto de cuidados são diversas as complicações a que a pessoa em situação crítica se encontra sujeita. Durante o referido módulo de estágio pude constatar algumas dessas complicações: doentes críticos, hemodinamicamente instáveis e em risco de desenvolver IRA, em particular a do tipo pré-renal, devido a situações de hipotensão prolongada, provocada por exemplo, por sépsis (Urden, L., Stacy, K. & Lough, M., 2008).

Deste modo a insuficiência renal aguda (IRA) assume-se como uma das potenciais complicações do doente crítico internado em cuidados intensivos, exigindo ao enfermeiro a identificação precoce desta, através de uma minuciosa monitorização dos sinais e sintomas característicos tais como a diminuição da taxa de filtração glomerular evidenciada pela diminuição acentuada inferior a 30ml/h ou 400ml/24h, taquicardia, hipertensão arterial, edema pulmonar, edema generalizado (anasarca), alterações na gasimetria (acidose metabólica) entre outros (Terry & Weaver, 2013).

As técnicas dialíticas são por isso uma realidade nas unidades de cuidados intensivos tendo em conta que a insuficiência renal aguda (IRA) se caracteriza “(...) por declínio brusco na taxa de filtração glomerular, com subsequente retenção de produtos do sangue normalmente excretados pelos rins, que perturba o equilíbrio

eletrolítico, a homeostase ácido-base e o equilíbrio do volume hídrico” (Urden, L., Stacy, K. & Lough, M., 2008, p. 829).

A monitorização hemodinâmica invasiva é outra das intervenções diferenciadas características neste contexto de cuidados. Este tipo de monitorização é possível através da colocação de acessos intravasculares centrais, conectados a monitores sofisticados. Tal método, possibilita avaliar “(...) a função cardíaca, o volume de sangue circulante e a resposta fisiológica ao tratamento” (Idem, 2008, p.387).

Ainda sobre este tipo de monitorização hemodinâmica invasiva sabe-se que permite avaliar potenciais alterações do débito cardíaco, bem como a eficácia da perfusão dos tecidos. Tratando-se de acessos intravasculares centrais, permitem a administração de terapêutica vasoativa, administração de grande quantidade de líquidos e, a colheita de sangue para exames auxiliares de diagnóstico, bem como a administração de fármacos tóxicos para os vasos periféricos. Assim, a presença de um acesso vascular central é fundamental para o tratamento da pessoa em situação crítica, pois permite um conjunto de intervenções, já descritas, que visam reverter a situação crítica tão rápido quanto possível.

Durante o estágio participei nas diferentes fases da monitorização hemodinâmica invasiva – Pressão Venosa Central (PVC) e Pressão Intra-Arterial (PA). Este tipo de monitorização, por norma, é providenciada na admissão do doente crítico no SMI. As intervenções de enfermagem relacionadas com esta técnica são do tipo interdependente ou seja, são realizadas pelo enfermeiro em consonância com outros técnicos, que compõem a equipa multidisciplinar, no sentido de um objetivo comum. Essas ações podem advir de planos de ação previamente definidos pelas referidas equipas.

Os Planos de ação, no que se refere ao SMI, encontram-se materializados em documentos próprios, como é exemplo o protocolo referente à “Colocação, manutenção e remoção de dispositivos de acesso vascular centrais” (Ferreira, A., et al, 2012).

A criação de planos de ação ou protocolos de procedimentos padrão para determinada intervenção ou técnica terapêutica, visam a uniformização dos mesmos em virtude de se garantir a melhoria contínua da qualidade da saúde. A elaboração dos referidos documentos, no domínio da qualidade em saúde, deve ter por base, planos e normas emitidas pelas entidades competentes, entre as quais a Direção Geral de Saúde, como é exemplo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Neste contexto de cuidados compete ao enfermeiro garantir a satisfação do cliente nos cuidados por si prestados. Esta garantia representa o primeiro dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela OE.

O alcance deste indicador de qualidade para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, depende do seu empenho com vista a minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente motivadas pela necessidade de cuidados de saúde diferenciados, dependendo ainda da capacidade deste profissional em garantir intervenções eficientes, em tempo útil, eficazes e de natureza holística (OE, 2011).

Continuando no domínio da melhoria contínua da qualidade e relacionando-o com o módulo de estágio em análise (cuidados intensivos), considero pertinente abordar experiências tidas no âmbito do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Este traduz-se num dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A “Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção Geral de Saúde, 2007, p. 4). As IACS representam um desafio para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros. É um desafio que se encontra salvaguardado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, preconizando-se que este profissional “maximiza a intervenção na prevenção e

controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2011, p.4).

A manutenção dos acessos intravasculares centrais exigem determinadas intervenções que visam a prevenção e o controlo de infeção, considerando que representam um método invasivo com quebra da barreira de proteção. Como tal, as intervenções relacionadas com a manipulação dos referidos dispositivos, por mim realizadas durante o estágio, basearam-se nas recomendações constantes no protocolo de serviço, “Colocação, manutenção e remoção de dispositivos de acesso vascular centrais” (Ferreira, A., et al, 2012). A remoção de um dispositivo vascular central deve ser equacionada diariamente e efetuada assim que se justifique, tendo em conta que a duração da cateterização se encontra relacionada com o risco de infeção.

O Enfermeiro em cuidados intensivos, assume um papel crucial na prevenção de infeção associada aos dispositivos intravasculares. A sua intervenção verifica-se ao longo de todo o processo (desde a colocação até à remoção), com maior impacto durante a manutenção, podendo identificar sinais e sintomas de infeção e providenciar a respetiva remoção de forma interdependente. A uniformização dos cuidados de enfermagem no conjunto de procedimentos inerentes à manutenção dos referidos dispositivos, passam pela substituição de sistemas e prolongamentos de acordo com a terapêutica em curso ou de acordo com a frequência recomendada.

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é uma técnica invasiva de substituição de uma função vital, a ventilação. A necessidade desta técnica invasiva consta como motivo de admissão, do doente crítico, aos cuidados intensivos. A VMI, à semelhança de outras técnicas invasivas, representa um risco de infeção, sendo que a pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva (PAV) surge como a complicação mais frequente. As intervenções de enfermagem assumem especial relevância no que toca à prevenção desta complicação.

Durante o estágio tive oportunidade de realizar intervenções de enfermagem para a prevenção da PAV. Estas intervenções integram as rotinas do serviço e encontram-se devidamente protocoladas e fundamentadas em recomendações internacionais e nacionais.

A VMI implica recurso a uma via aérea artificial que estabelece uma ligação direta de um meio não estéril, vias aéreas superiores, com um meio estéril, vias aéreas inferiores. Deste modo a referida via aérea artificial contribui para o desenvolvimento de PAV, tendo em conta que diminui os mecanismos de defesa, como é exemplo, o reflexo da deglutição essencial na prevenção da aspiração de conteúdo gástrico ou presente na orofaringe.

A evidência científica mostrou ser possível controlar fatores de risco para a PAV através da implementação de intervenções padrão, motivando a adoção de protocolos de prevenção da PAV na maioria de serviços de medicina intensiva, os quais tem revelado a redução significativa da incidência deste tipo de complicação associada à VMI. Assim o SMI, onde decorreu o estágio em análise, dispõe de um protocolo para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva (Gonçalves & Cortesão, 2010).

No domínio da melhoria contínua da qualidade cabe ainda a problemática do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica e que mereceu especial atenção da minha parte por se revelar uma realidade onde planeei desenvolver competências durante o estágio.

De acordo com o conceito de pessoa em situação crítica, facilmente se conclui tratar-se de uma pessoa em situação de risco. É assim evidente que o transporte da pessoa em situação crítica deve contemplar as condições ideais no que diz respeito a recursos humanos e equipamento, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados durante o transporte.

Em Portugal a problemática do transporte do doente crítico motivou o desenvolvimento de recomendações padrão, por parte da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), no sentido de uniformizar procedimentos. Estas

recomendações, representam uma adaptação direta das atuais normas internacionais (SPCI, 2008)

A mesma entidade, SPCI, defende três princípios essenciais indispensáveis à realização do transporte da pessoa em situação crítica em segurança, como:

- Os benefícios deverão ser superiores aos riscos;
- O perigo associado à transferência deve ser minimizado pelo recurso a pessoal treinado;
- O equipamento de monitorização a utilizar deve ser adequado e operacional.

Por seu turno, de acordo com a SPCI, o transporte de doentes críticos contempla três fases:

- Decisão – Representa um ato médico;
- Planeamento – realizado pela equipa médica e de enfermagem do serviço/unidade de origem, nesta fase deverão ser tidos em conta problemas como coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação;
- Efetivação – realizado pela equipa de transporte, a qual assume a responsabilidade técnica e legal até ao momento de entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem. Durante o transporte o nível de cuidados não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, existindo a necessidade de ser aumentado (Idem,2008).

Durante o estágio tive a oportunidade de participar em vários transportes intra-hospitalares de pessoas em situação crítica, para a realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD) e intervenções terapêuticas específicas. Tal permitiu-me colaborar na preparação da pessoa em situação crítica para o transporte.

A situação que se segue passará a designar-se ao longo de todo o relatório, nos vários capítulos em que será mencionada, como Medicina Intensiva 2 (MI2).

MI2 - Tratou-se de um adulto admitido por politrauma em contexto de acidente de viação. Uma situação de risco, derivada do trauma, justificando a monitorização não invasiva (eletrocardiograma, frequência respiratória, oximetria de pulso) e

invasiva (pressão intra-arterial), sem necessidade de ventilação mecânica invasiva, com solução polielectrolítica em perfusão. No plano de cuidados constava previsão de intervenção cirúrgica pela especialidade de ortopedia que, ao ser confirmada, justificou o transporte intra-hospitalar. Deste modo participei na fase de planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar. Assegurada a coordenação com o bloco operatório e serviço de destino, procedi aos cuidados inerentes à monitorização, transferindo a monitorização não invasiva, do monitor do serviço para o portátil, acrescentando o dispositivo “braçadeira” para avaliação da pressão arterial contínua, permitindo a suspensão temporária da monitorização invasiva da PA. Relativamente à terapêutica, providenciei a continuidade perfusão da solução, adaptando a bomba perfusora a suporte próprio. Na prevenção de complicações, verifiquei as condições do ressuscitador manual “ambu”. A equipa de transporte tinha ainda na sua constituição o enfermeiro responsável, um médico e um assistente operacional. O transporte decorreu sem intercorrências. No SMI não se verifica a necessidade de transportar documentação referente ao processo de internamento do doente uma vez que este é informatizado e, possível de consultar no serviço de destino.

Além do exemplo descrito anteriormente participei noutros transportes intra-hospitalares, o que permitiu perceber que o transporte de uma pessoa em situação crítica, com monitorização invasiva, terapêutica em perfusão e, dependente de ventilação mecânica invasiva, se revela um grande desafio. Foi-me possível perceber ainda que a fase de planeamento é de crucial importância, na medida em que pode prevenir potenciais complicações ou mesmo, desconforto para a pessoa dependendo do seu estado de consciência.

Relativamente ao módulo de estágio no serviço de urgência experienciei situações características deste domínio, da melhoria contínua da qualidade, que decidi integrar nesta análise.

A melhoria contínua da qualidade neste contexto de cuidados, serviço de urgência, encontra-se refletida na necessidade de o tornar o mais funcional possível. O serviço de urgência é muitas vezes a porta de entrada do hospital para a pessoa em situação crítica proveniente da emergência pré hospitalar, por outro lado, a este

serviço recorrem doentes com diferentes níveis de prioridade de acordo com o seu estado clínico. Tal veio a motivar a reorganização do SU de modo a dispor de unidades funcionais, como a sala de emergência, que permitam a prestação de cuidados emergentes tão rápido quanto possível, tal como é expectável do serviço de urgência, um atendimento urgente/emergente e um adequado encaminhamento das situações para internamento, ambulatório ou domicílio.

A intervenção hospitalar tem, ao longo dos tempos, vindo a aperfeiçoar-se obrigado a considerar à existência de uma área crucial, a sala de Emergência (SE). A “SE de um hospital é uma zona vital do SU, já que obriga à existência de equipas de médicos e enfermeiros bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade.” (Ferreira, F., et al., p.890-891, 2008)

O SU onde realizei estágio, que integra a Rede Nacional de Emergência e Urgência, assume-se como sendo do tipo Médico-Cirúrgico (SUMC), compreendendo o segundo nível de acolhimento a situações de urgência/emergência provenientes da sua área geográfica de influência.

De forma a perceber o fluxo dos doentes críticos desde a admissão ao SU até à SE considerei relevante dedicar dois turnos de estágio à área destinada à pré-triagem realizada por enfermeiros.

O conceito triagem encontra-se desde logo intimamente ligado com medicina militar praticada nas grandes guerras, onde o elevado número de feridos, com ferimentos de diferentes gravidades, justificou o ato de triar com o intuito de garantir o adequado socorro em tempo útil e por conseguinte, a passagem dos indisponíveis a disponíveis para combate.

O ato de triar em contexto bélico remonta às primeiras grandes guerras, em que a experiência adquirida no socorro sanitário de militares feridos em combate, revelou-se necessidade emergente para o desenvolvimento de modelos de triagem em

contextos de múltiplas vítimas. O que traduz na seguinte passagem da história, em que, “(...) a experiência adquirida durante a Guerra Civil e (...) os ensinamentos advindos do decurso da II Guerra Mundial, Sancho (1942) publicou um estudo sanitário em campanha no qual podem ser destacadas: a “ficha médica de vanguarda” que constitui um documento inicial de identificação e classificação, que fornece indicações sobre a gravidade da lesão, a região anatómica atingida, o agente vulnerante, o tipo de urgência na evacuação (...)” (Bandeira, 2008, p.121), na qual é evidente a estratificação de níveis de prioridade.

A triagem assume especial destaque nos hospitais a partir de 1960, altura em que a procura dos serviços de urgência era muito superior aos recursos disponíveis. O processo de triagem desenvolveu-se num método eficaz de priorizar os doentes com necessidade de tratamento imediato daqueles que podem aguardar sem risco de vida imediato (Sheehy, 2001).

O sistema de triagem de Manchester é praticado em Portugal desde 2000, tendo como objetivo a triagem de prioridades através da identificação de critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que culminam na prioridade clínica com que a pessoa que recorre ao SU deve ser atendida, ou seja, na triagem discriminam-se prioridades com base no estado clínico da pessoa e nunca no estabelecimento de um diagnóstico. (Ministério da Saúde, 2004)

Este método de triagem é um instrumento que permite garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço de urgência. É um método que em Portugal é operacionalizado por enfermeiros, os quais têm formação específica. Uma das competências requeridas e que se revela com destaque na área de triagem, segundo o meu ponto de vista, é a que se prende com a gestão da comunicação interpessoal e que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face a situações de alta complexidade do seu estado de saúde.

A Sala de Emergência constitui, como anteriormente mencionado, um espaço pensado para a prestação de cuidados de saúde a situações emergentes, sendo dotada de dispositivos médicos, equipamentos eletrónicos altamente sofisticados e

fármacos necessários a esse tipo de situações. Por norma, na realidade com que contactei durante o Estágio, a SE fica à responsabilidade de um enfermeiro, ao qual compete a realização de determinadas atividades/rotinas padrão, relacionadas essencialmente com a supervisão e gestão de *stocks* e operacionalidade dos equipamentos médicos como, o ventilador e o monitor desfibrilhador.

As referidas rotinas são realizadas com base numa *check list* de forma a certificar que todos os passos de supervisão da SE são cumpridos. A *check list* representa um documento inerente à qualidade do serviço, depois de verificada é rubricada pelo Enfermeiro e devidamente arquivada podendo mais tarde ser alvo de auditoria.

A verificação do equipamento segundo a *check-list* é então da competência do enfermeiro, assim como a verificação da operacionalidade dos equipamentos, como ventiladores e monitores desfibrilhadores. Estes procedimentos realizam-se diariamente no turno da manhã, após os quais, tanto a *check-list* como os comprovativos de teste dos monitores desfibrilhadores são arquivados de modo a possibilitar consulta ou auditoria futura.

Durante os turnos que dediquei à SE tive a oportunidade de supervisionar a sala de emergência com base na referida *check-list*, verificando a falta de equipamento e fármacos de primeira linha. Esta situação deixou-me preocupada, chegando mesmo a considerá-la reflexo da má prática atendendo ao fim que destina a SE. A exigência de se realizar uma supervisão do material à carga da SE ou de qualquer outro contexto que a sim o exija, prende-se com promoção de cuidados de saúde de qualidade pois previne a ocorrência de falhas evitáveis que possam comprometer a segurança da pessoa.

Uma outra área que considero relevante abordar, relaciona-se com o transporte intra-hospitalar. A qual se encontra intimamente relacionada com a abordagem à pessoa em situação crítica, aquando, na sala de emergência. Na maioria dos casos justificada pela necessidade da realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD), determinantes para as medidas terapêuticas a adotar. No entanto, o período de tempo inerente ao transporte representa um momento de risco à ocorrência de complicações do estado clínico da pessoa.

Nas situações de emergência na SE em que participei, foram vários os transportes intra-hospitalares, na sua maioria, compreendidos entre a sala de emergência, situada no piso menos um, e o serviço de imagiologia com tomografia computadorizada (TC), situado no primeiro piso bem como, para o serviço de medicina intensiva situado no mesmo piso do SU. O facto dos serviços de destino se situarem fora da área de influência do SU, como é o caso do serviço de imagiologia com TC, leva a que a equipa implicada no transporte, tenha de percorrer os corredores da urgência, que nem sempre se encontram livres, podendo resultar em atrasos num transporte considerado emergente.

A equipa de profissionais de saúde que acompanha o doente crítico durante este transporte contempla um médico e um enfermeiro responsável, idealmente com experiência em reanimação e com experiência em transporte de doentes críticos. A esta equipa compete a permanência junto da pessoa sempre que o serviço de destino não contemple profissionais de saúde capacitados de assumir a responsabilidade dos cuidados à pessoa em situação crítica durante a sua estadia nesse serviço (SPCI, 2008).

Do equipamento necessário ao transporte intra-hospitalar, do doente crítico, é necessário: um monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização; material de intubação endotraqueal e insuflador manual; fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional de 30 minutos; ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto; fármacos de ressuscitação; perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria; medicação adicional que possa ser administrada. Além do referido nos diferentes pontos do transporte, devem estar disponíveis carros de emergência e aspiradores (SPCI,2008).

Nas diferentes situações em que colaborei, verifiquei a necessidade de providenciar todo o equipamento necessário, de forma a prevenir potenciais complicações para a pessoa no decorrer do transporte.

Quanto à monitorização, segundo as Recomendações para o Transporte do Doente Crítico (SPCI, 2008, p.19), esta compreende 3 níveis: Nível 1 – Obrigatório; Nível 2 – fortemente recomendado e o Nível 3 – o ideal. Nas referidas situações o nível de monitorização contemplado foi o Nível 1, o qual implica: monitorização contínua com registo periódico; frequência respiratória; FiO<sub>2</sub>; oximetria de pulso; ECG; frequência cardíaca; pressão arterial (não invasiva) e, pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) (SPCI, 2008, p.19).

As recomendações para o Transporte de Doentes Críticos, divulgadas pela SPCI, representam mais um exemplo melhoria contínua na qualidade, considerando que visam estabelecer procedimentos padrão com o objetivo de minimizar os fatores de risco.

Como suma da presente análise crítico reflexiva, apresento as minhas considerações quanto ao papel desempenhado pelo enfermeiro. Assim, o enfermeiro assume a responsabilidade por intervenções como a supervisão da SE e de todo o equipamento implicado no processo de transporte intra-hospitalar. Considero por isso legítimo que este profissional seja considerado na construção de documentos que visem a melhoria contínua da qualidade nesta atividade. O enfermeiro especialista detém competências neste domínio, melhoria da qualidade, como a “colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação e efetua a sua disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional” (OE, 2011, p.8650).



## 4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Do presente domínio é esperado que o enfermeiro desenvolva autoconhecimento e a assertividade. A capacidade de autoconhecimento assume-se como central na prática de enfermagem, considerando que este profissional inicia a sua intervenção com base na relação com o outro. O enfermeiro através de Si interfere nas relações terapêuticas e multiprofissionais, revelando “(...) a dimensão de Si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2011, p.8652).

A consciencialização de mim, enquanto pessoa, que se relaciona com outros em determinados contextos é essencial para perceber quais os meus limites e quais as minhas potencialidades. A enfermagem é por conseguinte uma profissão que se baseia na relação com a pessoa a quem se destinam as intervenções, com os profissionais que constituem a equipa multiprofissional envolvida no processo de cuidados à pessoa, e com o contexto e especificidades onde se desenvolve esse mesmo processo.

Apresenta-se assim, de forma clara, que a referida consciencialização se assume como um processo contínuo que implica o contacto com a pessoa alvo de cuidados, nos diferentes contextos onde se processam a prestação de cuidados, de forma a perceber em que realidade o enfermeiro se sente mais apto a agir profissionalmente.

O meu processo de desenvolvimento profissional teve início na Licenciatura em Enfermagem (CLE), durante a qual passei por diferentes contextos de estágio que se traduziram em diferentes contextos de prestação de cuidado.

Foram estas experiências que me permitiram identificar o contexto com que mais me identifico e onde deveria investir e dedicar a minha atenção, contribuindo para tal, também, a minha experiência profissional e toda a minha história de vida.

Acrescido ao que já foi mencionado relativamente a contextos onde se desenvolve a ação, importa mencionar algumas particularidades da minha realidade profissional, em que os contextos, são muitas vezes inadequados para a prática dos cuidados de saúde, desprovidos de recursos, determinados pela tática operacional e com elevado risco para os intervenientes.

Assim, e com base no referido, identifico-me com a prática de cuidados de enfermagem à pessoa, adulto, a vivenciar “(...) processos de saúde/doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p. 7), nas diferentes áreas clínicas de que são exemplo aquelas onde realizei estágio, pré-hospitalar, o serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

A Enfermagem, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “(...) é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (1996, p.2660).

A evolução desta profissão tem revelado a necessidade da diferenciação dos cuidados de enfermagem, indispensável à promoção da qualidade desses mesmos cuidados.

Deste modo é evidente a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências específicas para intervir em contextos de cuidados de saúde, também específicos, não esquecendo porém que tal desenvolvimento parte das suas competências base (competências do enfermeiro de cuidados gerais). Nesta observação é possível, uma vez mais, identificar a noção de continuidade partindo do menos diferenciado para o mais diferenciado visando alcançar a excelência.

Os diferentes módulos de estágio revelaram-se fontes importantes de situações promotoras ao desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ou seja, promotoras de experiências e momentos de aprendizagem que influenciam a minha identidade no agir profissional.

As situações que experienciei no módulo de estágio da assistência pré-hospitalar, por diversos momentos, transportaram-me a situações experienciadas na minha prática profissional. A capacidade de intervir em situações de emergência é influenciada por variáveis pessoais e profissionais.

Recorro a um exemplo hipotético para melhor clarificar. Coloquemos um cenário referente a uma situação de emergência que implique múltiplas vítimas. Primeiramente, o enfermeiro deve ser resiliente, capaz de superar de imediato do choque para não comprometer a resposta. O processo de triagem das vítimas por prioridades deve constar do seu plano de ação, caso contrário, se o enfermeiro agir sem julgamento, poderá dedicar a sua atenção à primeira vítima que encontra com prejuízo da vida ou agravamento da situação crítica das restantes. Em situações de emergência, como a descrita, é crucial a avaliação das circunstâncias do incidente/acidente para melhor aplicar a minha intervenção. A avaliação que realizo tem por base as minhas capacidades pessoais, como a resiliência, e as minhas competências profissionais.

Neste contexto de estágio (PH), e como já referido no presente trabalho, realizei turnos na ambulância de Suporte Imediato de Vida. Esta realidade levou-me a estabelecer pontos de comparação com a minha prática profissional. Trata-se de um meio de assistência pré hospitalar que em muito se aproxima a uma equipa de evacuação sanitária no meio militar. Em ambas as realidades, o enfermeiro é o profissional de saúde diferenciado, tendo como requisito formação em SIV. Na realidade militar o enfermeiro tem ainda formação inerente à sua condição de militar.

No que concerne à tipologia das vítimas no meio SIV é diversificada, podendo incluir todas as etapas do ciclo de vida. Por outro lado, na equipa de evacuação sanitária militar, as vítimas situam-se na etapa do ciclo de vida correspondente ao adulto jovem, por norma a vivenciar um processo de saúde/doença crítica. Ainda relacionado com a pessoa/grupo a quem se dirige este tipo de assistência, no meio SIV verifica-se que a maioria das vítimas não são conhecidas do enfermeiro, salvo algumas exceções, o que não se verifica na realidade militar onde o enfermeiro conhece a maioria das vítimas, o que implica um maior envolvimento emocional no momento do socorro. No que concerne ao material à carga, desde equipamento a fármacos, é em muito semelhante nas duas realidades.

O enfermeiro no meio de SIV é responsável pela liderança da equipa envolvida na situação a que se destina a assistência, sempre que não se verifique a presença de outro profissional de saúde mais diferenciado. Neste contexto de cuidados deseja-se a um líder determinados atributos, tais como:

- Permanecer calmo e manter a atenção de todos os elementos na situação, controlando possíveis focos de distração que possam surgir;
- Ser assertivo exercendo autoridade quando apropriado;
- Demonstrar tolerância relativamente a situações de hesitação e nervosismo no ambiente da situação de emergência;
- Deter boa capacidade de avaliação da situação e capacidade de monitorização da mesma; (European Resuscitation Council, 2010)

O papel de líder em situações de emergência nem sempre é evidente, particularmente quando os profissionais que constituem a equipa são novos, estranhos ou em formação. Em situações de emergência, como é o caso de uma paragem cardiorrespiratória, torna-se fundamental que o profissional que assume o papel de líder se afirme/evidencie como tal, para que não haja 'ruído' durante o processo de reanimação.

Durante os turnos que desenvolvi nos meios SIV tive várias situações de emergência que impunham a afirmação do enfermeiro como líder. Nestas situações foi complicado controlar o meu impulso em assumir a liderança da equipa, o que relaciono com a minha experiência profissional, em que, a competência de liderar

está presente no dia-a-dia. Na verdade muitas foram as situações em que os enfermeiros com quem realizei turnos me facultaram o acesso à responsabilidade pela avaliação, monitorização e transmissão de informação, quer para o centro de orientação de doentes urgentes (CODU) quer para o colega (enfermeiro) da unidade de saúde de destino, procedimentos necessários à continuidade de cuidados. Assim considero pertinente apresentar uma situação ilustrativa do referido.

Ativação para adulto idoso do sexo masculino devido a dispneia. Ao chegar ao local evidenciámos que a vítima se encontrava acamada, segundo a esposa, desde há 2 anos. Durante a avaliação verifiquei que se apresentava consciente e orientado, polipneico e bastante queixoso com facies sugestivo de desconforto, potencialmente, provocado pela dor. Na recolha dos dados no local, a esposa referiu situação de anúria desde há 3 dias, o que me levou durante o exame físico, a avaliar a região abdominal, evidenciando presença de globo vesical e dor verbalizada pela vítima durante a palpação, portanto, um foco de retenção urinária como origem da alteração do seu estado. Perante a situação e com base no protocolo SIV – Dor abdominal/problemas urinários, procedi à cateterização vesical que decorreu sem intercorrências e que surtiu efeito de imediato, providenciando ainda um acesso venoso periférico para a administração de analgesia para o controlo da dor. Esta intervenção justificou contactar o médico regulador do CODU para validação. Administrada a analgesia, e, depois de observarmos que a vítima se encontrava estável, decidimos iniciar o transporte para a unidade hospitalar de referência. Já no hospital procedi a transmissão da informação relevante ao colega da equipa de enfermagem de forma a assegurar a continuidade de cuidados.

Relativamente à transmissão de informação no processo de cuidados pré-hospitalar para o hospitalar, e de acordo com as recomendações da European Resuscitation Council (ERC), “é importante que apenas a informação relevante seja partilhada porque de outra forma haverá demasiados motivos de distração e ruído” (European Resuscitation Council, 2010, p. 1).

Nesta situação o meio foi ativado por Dispneia, porém verificou-se que o foco de instabilidade deveu-se à retenção urinária. A presença de um enfermeiro na equipa

de assistência pré-hospitalar permitiu, de imediato, intervenções diferenciadas que asseguraram a adequada estabilização da vítima evitando o prolongamento do seu sofrimento. A perícia do enfermeiro possibilitou identificar focos de instabilidade durante a colheita de dados, caso contrário, o foco de instabilidade poderia ter passado despercebido, representando o prolongamento do sofrimento da pessoa. Tendo em conta o foco de instabilidade e o conhecimento da situação de dependência nas atividades de vida diárias, entre as quais na eliminação vesical, considerei pertinente esclarecer a cuidadora (esposa) sobre os sinais e sintomas característicos da retenção urinária, capacitando-a a prevenir situações futuras.

No contexto de “(...) emergência pré-hospitalar os enfermeiros desenvolvem e aperfeiçoam (...) competências técnicas e científicas, porque, para além de destreza nos procedimentos e técnicas realizadas, também é necessário um vasto conjunto de conhecimentos científicos para as saber aplicar de forma correta e adequada, contribuindo assim para uma diferenciação e melhoria dos cuidados de assistência na prestação do socorro” (Oliveira, A., & Martins, J., 2013, p.121).

O módulo de estágio unidade de cuidados intensivos revelou-se oportuno para o desenvolvimento de competências inerentes ao domínio em análise, em especial, com a base da prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento. Neste módulo identifiquei lacunas no meu conhecimento, as quais procurei transformar em oportunidades de investigação.

A realidade de uma unidade de cuidados intensivos e respetiva dinâmica de prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica revelou-se, para mim, no primeiro contacto prático real. Porém, esta realidade não totalmente desconhecida considerando o conhecimento teórico em sala de aula ou mesmo situações de treino militar em centros de simulação, em muito idênticos com uma unidade de cuidados intensivos.

Os cuidados intensivos (CI) assumem-se como cuidados, altamente diferenciados e de continuidade prestados à pessoa em situação crítica. Caracterizam-se por uma complexa componente técnica capaz de substituir a função de um órgão ou mais, que se encontre em falência ou risco de falência, como é exemplo a

ventilação mecânica invasiva (VMI), as técnicas de substituição renal ou mesmo, a monitorização invasiva. Estes cuidados caracterizam-se ainda por uma componente humana diferenciada, a qual se traduz numa equipa multiprofissional que contempla o profissional de enfermagem.

Neste ambiente de prestação de cuidados tudo me pareceu, numa primeira fase, muito abstrato. No entanto representava apenas uma nova realidade. Consciente das minhas competências e do meu exercício profissional noutros contextos, percebi, que não poderia realizar intervenções, unicamente, com base no meu padrão de conhecimento.

Desta forma revejo-me nas palavras da autora Patrícia Benner, quando refere que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p.18). Assim torna-se indispensável, para o desenvolvimento de competências específicas, a aquisição de conhecimento prático em contextos reais da prática. Raciocínio que aplico há minha prática profissional, na qual a probabilidade de prestar cuidados em ambientes hostis é um facto, alguns dos quais sob a influência de ameaças Nucleares, Radiológica, Biológicas ou Químicas (NRBQ), obrigando ao uso de equipamento de proteção individual específico, implicando por isso treino.

Há por isso uma conveniência em tornar o treino o mais próximo do real possível. Na minha formação em socorro a vítimas de NRBQ, na componente prática, tive de colocar o referido equipamento, inclusive a máscara de NRBQ que implica uma técnica de celagem própria, e entrar numa câmara de gás onde fui fechada por uns minutos para testar a celagem do equipamento. Quero com isto dizer que só passando pela situação adquirimos consciencialização das condicionantes da situação e contexto envolvente. Caso contrário, e partindo do princípio de não treinar em ambiente de simulação, reservando o primeiro contacto para uma situação real, estaria certamente a comprometer a assistência de emergência aos militares há minha responsabilidade em matéria de prestação de cuidados de enfermagem.

A passagem pelos CI representou uma oportunidade de contacto com técnicas específicas, que me estimularam a um aprofundamento de conhecimentos teóricos, e por conseguinte, proporcionaram o contexto para o desenvolvimento do conhecimento prático.

Assim durante o estágio em CI tive a oportunidade de colaborar ou assistir nas seguintes técnicas: colocação, manutenção e remoção de dispositivos de acesso vascular centrais; entubação orotraqueal; prevenção da pneumonia associada à ventilação invasiva; hipotermia terapêutica pós-reanimação; técnicas de substituição renal; insulinoaterapia endovenosa; monitorização da pressão venosa central; entre outras.

Neste capítulo considero relevante abordar uma experiência decorrida no módulo de estágio – urgência por revelar-se uma tomada de consciência, da frequência com que pessoas em fim de vida a ele recorrem. Como tal, considero que também esta realidade seja digna de análise reflexiva ao abrigo do presente domínio.

Na sua maioria chegam numa fase avançada da doença em que as respostas terapêuticas se revelam escassas e as respostas possíveis resumem-se, na sua maioria, ao alívio da dor e promoção de conforto possível.

Confesso que se demonstra perturbador o confronto com o sofrimento refletido nessas pessoas e seus familiares, nesta realidade de estágio onde fatores como o rácio enfermeiro doente e a lotação do espaço contribuem para o agravamento desse sofrimento.

Revejo-me nas palavras de Maurice Abiven quando este refere que “a confrontação quotidiana com a morte, a morte do outro, não fantasiada mas real, representa uma lembrança diária da nossa própria mortalidade, do nosso carácter findável.” (Abiven, 2001, p.156). Tal confrontação transporta-me para o pensamento sobre a hipotética possibilidade de, no futuro, estas pessoas na última fase da sua vida, encontrarem no serviço de urgência um espaço reservado e adequado ao seu estado de saúde. Há já espaços definidos para outras situações específicas, como é exemplo a unidade da dor torácica, destinados a receber pessoas num processo

de doença aguda ou agudizada, permitindo maior dignidade na prestação de cuidados.

Durante os turnos no SU sempre que o alarme de ativação da sala de emergência tocava procurei estar presente. Alguns dos casos que motivaram a referida ativação, correspondiam então, a pessoas em fim de vida trazidas por equipas do pré-hospitalar, acionadas por dispneia ou por alterações do estado de consciência.

As intervenções de enfermagem passavam pela monitorização hemodinâmica não invasiva, a punção venosa periférica, por vezes bastante complexa devido à condição de degradação do estado geral da pessoa, e administração de fármacos destinada essencialmente ao alívio da dor.

Passados largos minutos na sala de emergência é determinada a implementação de medidas de conforto. Na sua maioria resumem-se à administração de morfina em perfusão e, transferência para OBS, ST2, sala de tratamentos de apoio à área médica, sala de espera ou corredor de acordo com as vagas existentes.

A pessoa nesta situação acaba por morrer sozinha no centro de uma multidão. Sozinha numa maca, encostada a algo que para si nada é, sujeita a encontros de estranhos que para si representam os mais próximos no seu final de vida.

Haverá dignidade no meio de tudo isto? Estarão os serviços de urgência preparados para estes casos, em que a medicina pouco ou nada pode acrescentar? Há em tudo isto um recorrente desafio e a dificuldade de resposta a questões também difíceis.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório revelou-se um momento de revisão e reflexão sobre as experiências tidas durante os diferentes módulos de estágio e por conseguinte em mais um momento de aprendizagem.

No desenvolvimento deste trabalho é perceptível o recurso a mais experiências tidas no módulo de estágio referente à assistência de emergência pré-hospitalar, o que se deve ao facto de este contexto representar aquele com que mais me identifico e onde me considero mais diferenciada do ponto de vista profissional.

Julgo que os motivos subjacentes à decisão de prosseguir o processo formativo, no sentido da especialização e por conseguinte na procura da excelência na área de especialidade, são diferentes de enfermeiro para enfermeiro. No meu caso em concreto, os motivos passaram essencialmente pela minha consciencialização de responsabilidade enquanto enfermeira e, pela necessidade de desenvolver novas competências a par do treino de outras.

Ao longo do trabalho procurei estabelecer uma análise comparativa entre as experiências de estágio e a minha prática profissional, o que se torna mais evidente no quarto capítulo. Análise que considero de extrema importância uma vez que conseguidos pontos de comparação entre as diferentes realidades, evidencio a viabilidade dos militares enfermeiros procurarem na realidade civil contextos onde possam garantir o treino de competências.

Ao longo do trabalho escrito, identifica-se um percurso no sentido do desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, que se reportam há minha capacidade para intervir. A competência implica uma construção do saber e do saber fazer.

No que concerne aos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, foram abordados apenas os que considere possíveis de análise com recurso há experiências em estágio.

Assim no Domínio relacionado com a responsabilidade profissional, ética e legal, importa referir que a prática de enfermagem possui boas bases, dentro deste domínio, como orientadoras de um exercício profissional no sentido da excelência. Estando certa de que uma intervenção de enfermagem nunca pode ser igual quando aplicada a diferentes pessoas atendendo ao facto que a unicidade da pessoa alvo de cuidados e especificidade do contexto onde se desenrola a ação representam determinantes do agir.

Por outro lado, e já, no Domínio da melhoria contínua da qualidade, percebe-se a importância do enfermeiro na construção de cuidados de saúde de qualidade, atendendo ao facto de que este profissional de saúde, orienta a sua prática tendo presente a unicidade da pessoa, ou seja, as suas intervenções são orientadas a partir das necessidades da pessoa e não do interesse da instituição ou interesse profissional. Realidade que vai de encontro aos objetivos estabelecidos em modelos de melhoria contínua da qualidade em saúde, preconizando a orientação das práticas de saúde em função das necessidades da pessoa.

A melhoria contínua da qualidade, a meu ver, não será eficaz se não proporcionar à pessoa alvo de cuidados o devido protagonismo, transformando-a numa parceira de cuidados envolvida em todo o processo de saúde/doença ou doença/saúde.

No que respeita ao Domínio referente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, torna-se claro que o contacto com o contexto da prática é essencial para que ocorra desenvolvimento, da mesma forma que é evidente a necessidade de refletir sobre essa prática para a transformar em conhecimento.

Considero que a realidade da enfermagem em contexto militar, em Portugal, representa, ainda, uma lacuna epistemológica no que concerne à sua estrutura e validação de conhecimentos. Quero com isto dizer que a enfermagem em contexto

militar assume-se como emergente na produção de conhecimento, pois revela-se uma área específica atendendo ao contexto e respectivas condicionantes.



## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abiven, Maurice (2001) – **Para uma Morte mais Humana: Experiência de uma Unidade de Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-25-8

Bandeira, Romero (2008) – **Medicina de Catástrofe. Da exemplificação Histórica à Iatroética**. Universidade do Porto. ISBN: 978-972-8025-72-4. 41-206.

Benner, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem**. Coimbra. Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X.

Deodato, Sérgio (2008) – **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM: VALORAÇÃO DA SOCIEDADE**. Coimbra, Edições Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0.

Direção Geral de Saúde (2012) – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. [Em linha]. DGS. [Consultado em 2 de Mai. 2014.] Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.  
European Resuscitation Council (2010) – **Suporte Imediato de Vida. Recomendações ERC 2010**. ISBN: 9789079157297. Porto. Conselho Português de Ressuscitação.

Ferreira, A, et al (2012) **Protocolo: Colocação, manutenção e remoção de dispositivos de acesso vascular centrais**. Matosinhos. Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Ferreira, Francisco, et al. (2008) – Sala de Emergência – Análise e Avaliação de um Modelo Orgânico Funcional. **Revista Portuguesa de Cardiologia** [Em linha]. Vol. 27, n.º 7-8, p.889-900. [Consult.04 Mai. 2014]. Disponível na: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/958.pdf>.

Giddens, Anthony (2009) – **Sociologia**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1075-3. 532-569

Gonçalves, Paula & Cortesão, Nuno (2010) **Protocolo: Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva – PAVI**. Serviço de Medicina Intensiva da Unidade local de Saúde de Matosinhos. N.º/Revisão: 1851.0

Harrison, P., Geddes, J., Sharpe, M. (2006) **Guia Prático de Psiquiatria**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-237-8

Hennezel, Marie (2006) – **Morrer de Olhos Abertos**. Cruz Quebrada. Casa das Letras/Editorial Noticias. ISBN: 972-46-1682-7

Mateus, Bárbara (2007) - **Emergência Médica Pré-Hospitalar que Realidade**. Lisboa: Lusociência, ISBN: 978-972-8930-33-2

Ministério da Saúde & Grupo de Trabalho Urgências (2006) – **Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes**. [Em linha]. Hospitais EPE. [Consult.04 Mai. 2014]. Disponível na: [www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/producao\\_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf)

Oliveira, A. & Martins, J. (2013) – Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. III Série, n.º 9 Mar. 2013, p.115-124. [Consult. 02 Mai. 2014]. Disponível na: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832013000100012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832013000100012&script=sci_arttext&tlng=pt).

Ordem dos Enfermeiros (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007) - **Enunciado de Posição EP01/07 – Enfermagem no Pré-Hospitalar**. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2009) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 03 Mai. 2014]. Disponível na: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. [Em linha]. Diário da República: 2.ª Série, N.º 35. 8656 – 8657.

Ordem dos Enfermeiros (2011) **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** n.º 122/2011. [Em linha]. Diário da República: 2.ª Série, N.º 35. 8648 – 8653.

Ordem dos Enfermeiros (2012) – **Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar**. [Em linha]. OE. [Consultado em 2 de Mai. 2014.] Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf)

Portugal, Assembleia da República (1990) – **Lei de Bases da Saúde**. [Em Linha]. Diário da República, 1.ª Série, N.º 195. 3453-3459.

Portugal, Ministério da Saúde (1996) – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. [Em linha]. Diário da República: I Série-A, N.º 205. 2959-2962

Portugal, Ministério da Saúde (1998) – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Diário da República: I Série-A, N.º 93. 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (2007) – **Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)**. [Em Linha]. Diário da República, 2.ª Série, n.º 127.

Portugal, Ministério da Saúde (2009) – **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde**. [Em Linha]. Diário da República, 2.ª Série, N.º 120. 24667 – 24669.

Portugal, Ministério da Saúde (2014) – **Integração dos Meios de Emergência Pré-Hospitalar**. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. 2 Série, N.º79. 11123-11124.

Portugal, Ministério da Saúde, Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012) – **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência**.

Sheehy, Susan (2001) – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-16-9. 117-124.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) - **Transporte de Doentes Críticos - Recomendações**. Lisboa. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Terry, Cynthia & Weaver, Aurora (2013). **Enfermagem em Terapia Intensiva Desmistificada**. Brasil-Porto Alegre. AMGH Editora LTDA. ISBN: 978-85-8055-174-7.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008) - **Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-898-8075-08-6

Vieira, Margarida (2004) – **Solidariedade e Responsabilidade** In Neves, Maria do Céu & Pacheco, Susana – **Para uma Ética da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. 291-319