



Eliana Martins **Por uma Sala de Emergência Mais Funcional**

Trabalho de Projeto

Janeiro 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

*“A experiência sem conceito é cega,
e o conceito sem experiência é vazio.”*

(Gaston Bachelard)

AGRADECIMENTOS

À professora doutora LM pela sua disponibilidade, pela força que deu nos momentos de desânimo, pela paciência que demonstrou durante este período e gratidão empenho que manifestou na orientação deste trabalho de projeto.

À Enf.^a AD pela dedicação, competência e apoio nesta caminhada enquanto orientadora em contexto de estágio.

Aos meus pais pelo amor, carinho, paciência e incentivo ao longo deste percurso e de toda a minha vida.

Aos meus amigos, que foram o meu porto de abrigo, a minha força, sem os quais a realização deste projeto não teria sido possível.

Aos meus colegas do serviço e a todos os que de alguma forma fizeram parte deste percurso pela disponibilidade, interesse e colaboração ao longo deste projeto.

RESUMO

A aplicação da metodologia de projeto durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, foi marcada pelo projeto de intervenção em serviço “Por uma Sala de Emergência Funcional” e pelo projeto de aprendizagem de competências/clínica “Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde na Pessoa com Ventilação Mecânica Invasiva”.

A Sala de Emergência (SE) pela sua relevância na malha hospitalar foi uma das áreas em destaque nas recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes que preconizam a regulamentação, da organização e funcionamento, das SE nos serviços de urgência, a partir das condições existentes em cada hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006).

A aplicação do método 5 “**Ss**” enquanto ferramenta de gestão de qualidade subsidiou a reorganização da SE do Serviço de Urgência (SU) de um hospital da região sul contribuindo para a sua melhoria funcional.

Pela sua especificidade, enquanto área funcional de eleição na abordagem à pessoa em situação crítica, a sua reorganização foi efetuada considerando a sequência de atuação preconizada por programas internacionalmente reconhecidos, nomeadamente, o Suporte Avançado de Vida (SAV) e o *Trauma Nursing Core Course* (TNCC). Estes programas constituem *guidelines* na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A divulgação de *guidelines* é uma componente fundamental na formação dos profissionais de saúde repercutindo-se na melhoria dos cuidados de saúde (CDC, 2003; Coffin *et al*, 2008; Matos & Sobral, 2010) nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro, não sendo menos importante no controlo de infeção.

A Organização Mundial de Saúde reconhece as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) como uma importante causa de aumento da morbilidade e mortalidade, com repercussões no aumento do consumo de recursos hospitalares e da comunidade (*World Health Organization*, 2005). A pneumonia associada ao ventilador (PAV) é a IACS mais comum nas unidades de cuidados intensivos (Trouillet, 2012; Joseph, Sistla, Dutta, Badhe & Parija, 2010), o que justificou uma revisão bibliográfica sobre este tema que culminou na Elaboração do poster: “Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde na Pessoa com Suporte Ventilatório Mecânico Invasivo” baseado no “*How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*” do *Institute for Healthcare Improvement* que suporta a prevenção da PAV através da implementação dos cinco componentes do “*Ventilator bundle*” (IHI, 2011).

Palavras-Chave: Sala de Emergência, Método 5Ss, Pneumonia Associada ao Ventilador

ABSTRAT

The implementation of the project methodology during the Master's degree in Medical-Surgical Nursing on Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, led to the intervention project in service "For an Emergency Room Functional" and the project of learning skills / clinical "Pneumonia Linked to Health Care in Persons with Invasive Mechanical Ventilation."

Due to its relevance in the hospital field, the Emergency Room was one of the areas highlighted in the recommendations for the organization of urgent and emergent care. The regulation was publically proclaimed for the functioning and organization of the ER in emergency services from the existing conditions in each hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006).

The application of method 5s as a tool for quality management supported the reorganization of the ER of the Emergency Service of a south hospital contributing to the improvement of their functionality.

Due to their specificity, while being the functional area of choice in addressing a person in critical condition, the reorganization was carried out taking into considering the sequence of actions recommended by internationally recognized programs, including the Advanced Life Support and Trauma Nursing Core Course. These programs are essential guidelines in providing care to the person in critical condition.

The dissemination of guidelines is a critical component in the training of health professionals reflecting on the improvement of health care (CDC, 2003; Coffin *et al*, 2008; Matos & Sobral, 2010) in different areas, not being less important in controlling infection.

The World Health Organization recognizes the health care associated infections (HCAI), as an important cause of increased morbidity and mortality with repercussions in the increased use of hospital and community resources (*World Health Organization*, 2005). A ventilator-associated pneumonia (VAP) is the more common health care associated infections in the Intensive Care Units (Trouillet, J., 2012; Joseph, N., Sistla, S., Dutta, T., Badhe, A., Parija, S., 2010), which justified a literature review on this topic that culminated in preparation of the poster: "Prevention of Pneumonia Associated with Health Care in Persons with invasive mechanical ventilation support" based on "How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia" of the Institute for Healthcare Improvement which supports the prevention of VAP by implementing the five components of the "Ventilator bundle" (IHI, 2011).

Keys-Words: Emergency Room; method 5s; Ventilator-Associated Pneumonia

ÍNDICE DE SIGLAS

ATS/IDSA - *American Thoracic Society/ Infectious Diseases Society of America*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

DGIES – Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

ENA – *Emergency Nurses Association*

Enf. ^{o(a)} – Enfermeiro(a)

HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPI - Inquérito de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos da Europa

IPS/ESS – Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

PAC - Projeto de Aprendizagem de Competências/ Clínica

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI - Programa Nacional de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SM – Sala de Monitorizações

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TNCC – *Trauma Nursing Core Course*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	19
2.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	19
2.2. A SALA DE EMERGÊNCIA	21
2.3. CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SU	22
2.4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	24
2.5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	27
2.6. PLANEAMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	28
2.7. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS	34
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS/CLÍNICA	50
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	51
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	52
3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS/ CLÍNICA	53
3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PAC	54
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
 FIGURA 1 - PLANTA DA SALA DE EMERGÊNCIA	 36
FIGURA 2 - CÓDIGO DE CORES POR ÁREA DE ATUAÇÃO	36
FIGURA 3 - ZONA 1	37
FIGURA 4 - ZONA 2	38
FIGURA 5 - ZONA 3	38
FIGURA 6 - RELOCALIZAÇÃO DO COMPUTADOR NA SE	45

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, emerge o presente Trabalho de Projeto, que se insere na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, incluída no 3º semestre e contempla o Módulo de Estágio III realizado no Serviço de Urgência Geral de um hospital da região sul sob Orientação Pedagógica da Professora Doutora LM e orientação em contexto de estágio da Enf.^a AD.

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é um mestrado profissionalizante, enquadrado no ensino politécnico, que em concordância com o definido pelo Processo de Bolonha, não se rege pelo paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, mas sim por um modelo baseado no desenvolvimento de competências, quer de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), quer de natureza específica associadas à área de formação, valorizando a componente experimental e de projeto, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março.

Este ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra, segundo o Artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho, “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

Neste contexto foi desenvolvido ao longo do mestrado o presente trabalho de projeto, convergindo para a aquisição pelo discente de uma especialização de natureza profissional no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

O trabalho de projeto envolve diversas componentes: o trabalho de pesquisa, o trabalho de campo e tempos para planificação, reflexão, intervenção e avaliação (Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, 1996).

A metodologia de projeto, desenvolvida ao longo do mestrado, tem como objetivo primordial a resolução de problemas, através da elaboração e concretização de projetos numa situação real, que em última instância proporcionam a aquisição de competências, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Nunes, 2010).

Evocando os objetivos do curso, este ciclo de estudos culmina na aquisição de competências de mestre, a que acresce a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e, concomitantemente, de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A aquisição destas competências norteou o caminho percorrido ao longo do mestrado, iluminado pela teoria de enfermagem, enquanto peça basilar no pensamento e práxis de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Este percurso formativo, foi, pelo descrito, enquadrado pelo modelo de adaptação de Roy, de que deriva a teoria de Roy da pessoa enquanto sistema adaptável (Roy & Andrews, 2001).

O presente documento tem como objetivos:

- Descrever as etapas do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem de Competências/ Clínica (PAC);
- Analisar criticamente o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem de Competências/ Clínica (PAC) enquadrando a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica;
- Efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição de competências de mestre ao longo deste ciclo de estudos.

Por conseguinte, este trabalho de projeto tem na sequência da presente nota introdutória, quatro partes que lhe dão corpo, terminando com as considerações finais.

Inicialmente, é efetuado o enquadramento concetual do trabalho de projeto. A segunda parte reporta para o PIS, intitulado “Por Uma Sala de Emergência

Funcional”, direcionado para a reorganização da Sala de Emergência (SE) do Serviço de Urgência (SU) do Hospital Espírito Santo, EPE de Évora.

Posteriormente é efetuada uma abordagem crítica ao PAC, que visa colmatar a aquisição de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Por fim, última parte do desenvolvimento do trabalho de projeto visa refletir criticamente sobre a aquisição de competências de mestre inerente a este percurso formativo.

Ao longo do presente documento são identificadas as competências desenvolvidas, de acordo com a enumeração das unidades de competência do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º124/2011 de 18 de Fevereiro), cujo descritivo surge em nota de rodapé, quando citado a primeira vez. Paralelamente são integrados os contributos dos módulos de Supervisão de Cuidados, Seminário de Peritos, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, Intervenções em Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares e Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência.

O trabalho de projeto foi elaborado de acordo com o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS (Instituto Politécnico de Setúbal, 2011) e a referência bibliográfica tem por base as Normas da *American Psychological Association* 6.^a Edição (American Psychological Association, 2009; Correia, Lima & Mouro, s.d.).

A proteção dos direitos dos elementos que colaboraram neste projeto, bem como da instituição hospitalar em que foi aplicado, exige o anonimato, sendo as pessoas identificadas pelas iniciais do nome e a unidade hospitalar denominada como um hospital da região sul.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Enfermagem é hoje reconhecida enquanto profissão, disciplina e ciência (Tomey & Alligood, 2004).

No entanto, a disciplina de enfermagem tem efetuado um percurso de desenvolvimento com características próprias, pelo que a sua abordagem determina a valorização dos seus padrões de crescimento e desenvolvimento, dos seus marcos, etapas e fenómenos. Afastando-se do padrão tradicional de progresso por convergência para um paradigma, Meleis (1991) defende um padrão de progresso no qual tenham cabimento as realizações de enfermagem e a sólida base teórica. Não subestimando a necessidade de desenvolvimento e progresso inerente a qualquer ciência através de processos de acomodação, refinamento e coordenação de pensamentos, ideias e indivíduos (Meleis, 1991; Lopes, 1999).

A enfermagem foi desprovida ao longo dos anos de um relato fidedigno da sua prática quotidiana, de observações sistemáticas, dos resultados das aprendizagens ao longo do seu exercício profissional, o que privou a teoria em ciências da enfermagem do que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica (Benner, 2001).

A afirmação da enfermagem enquanto disciplina tem sido marcada por vicissitudes, parcialmente explicadas por se tratar de uma ciência nova (Lopes, 1999).

Para a sua afirmação é essencial que os enfermeiros estabeleçam a ponte entre a teoria e a prática, enriquecendo o corpo de conhecimentos, complexo e multifacetado que dá vida à profissão de enfermagem, com a sua reflexão crítica

sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes que mobilizam na sua praxis. (Benner, 2001).

Segundo Watson (1999), a palavra teoria deriva da palavra grega *theoria* que significa, “para ver”, ou seja para revelar um fenómeno previamente oculto perante a nossa consciência e atenção (Fawcett, Watson, Neuman, Walker & Fitzpatrick, 2001).

A teoria de enfermagem é portanto reconhecida como a luz que ilumina o pensamento e a ação da sua prática (Tomey & Alligood, 2004). No entanto, incluindo a praxis - com base na conceção Aristotélica - a reflexão sobre os processos do conhecimento e da técnica (Higgs, Richardson, & Dalgren, 2004), inerentes à transformação da identidade da enfermeira, a prática e a teoria tornam-se mutuamente dependentes (Mossa, Grealishb, & Lakec, 2010).

Bárbara Carper (1978) identificou quatro padrões de conhecimento em enfermagem: o empírico, o ético, o pessoal e o estético. Numa perspetiva integrada dos diferentes padrões de conhecimento, a enfermagem depende do conhecimento científico do comportamento humano na saúde e na doença, da perceção estética das experiencias humanas significativas, da compreensão pessoal da individualidade do ser humano e da capacidade para tomar decisões perante julgamentos morais em cada situação particular (Fawcett, et al, 2001).

Na Enfermagem os conhecimentos teóricos alicerçam-se em diferentes níveis de conhecimento. O metaparadigma constitui o nível mais abstrato do conhecimento e determina os principais conceitos - Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem - que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina (Tomey & Alligood, 2004).

No Modelo de Adaptação de Roy, de que deriva a Teoria de Roy da pessoa enquanto sistema adaptável, a **pessoa** é definida como um sistema holístico¹ adaptável². Este sistema é afetado pelo mundo à sua volta e no seu interior sob a forma de estímulos focais, contextuais e residuais, o que constitui o **meio ambiente**. A interação da pessoa com o meio ambiente e a sua capacidade de adaptação refletem a sua **saúde**, enquanto estado e processo de ser e tornar-se

¹ O sistema humano funciona como um todo, sendo mais que o somatório das suas partes (Roy, C. & Andrews, H., 2001).

² O sistema humano tem a capacidade de se ajustar às mudanças do meio ambiente, afetando por sua vez o meio ambiente (Roy & Andrews, 2001).

uma pessoa integrada e total. A **enfermagem** tem por objetivo a promoção deste processo de adaptação (Roy & Andrews, 2001).

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy esta interação é explicada por diversos fenómenos, sendo fundamental à sua compreensão a definição dos principais conceitos (Roy & Andrews, 2001; Tomey & Alligood, 2004):

- **Estímulos:** constituem o meio ambiente da pessoa, categorizados em três tipos de estímulo, de acordo com a forma como exercem influência na pessoa. O **estímulo focal** é o estímulo interno ou externo que atrai a atenção da pessoa, que a confronta de forma mais imediata; o **estímulo contextual** é todo o estímulo, interno ou externo, que não sendo central, influencia a reação da pessoa ao estímulo focal; o **estímulo residual** constitui um fator ambiental, interno ou externo, sem efeito central na situação atual, que podem não ser conscientemente identificados pela pessoa ou pelo observador;
- **Nível de adaptação:** representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação específica, sob influência dos estímulos focais, contextuais e residuais;
- **Mecanismos de Resistência:** são os processos de controlo interno, que são categorizados em sub-sistema regulador e sub-sistema cognitivo e podem ser inatos ou adquiridos. O sub-sistema regulador produz uma resposta inconsciente e automática mediada por processos de resistência endócrina, química e nervosa. O sub-sistema cognitivo responde através de quatro canais cognitivo-emotivos, nomeadamente, o processo de informação percetiva, aprendizagem, avaliação e emoção. O funcionamento destes mecanismos não são diretamente observáveis, somente são passíveis de ser percecionadas as respostas produzidas.
- **Comportamento:** constitui a resposta ao estímulo sob a forma de ações internas ou externas e reações a situações específicas. Este pode ser adaptável ou ineficaz, de acordo com o seu contributo para a integridade da pessoa quanto a objetivos de adaptação - sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.
- **Modos adaptáveis:** servem de estrutura para avaliação, permitindo observar os comportamentos e consequentemente o nível de adaptação. Estes foram enquadrados em quatro categorias, nomeadamente, o fisiológico, o auto-

conceito, a função do papel e a interdependência. O **modo fisiológico**, associado ao comportamento fisiológico, ou seja, à forma como a pessoa responde, enquanto ser físico aos estímulos do ambiente. Neste modo são identificadas cinco necessidades associadas à necessidade básica de integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção. A adaptação fisiológica é mediada por complexos processos que abarcam os sentidos, os fluidos e eletrólitos, a função neurológica e a função endócrina.

O **modo de auto-conceito** tem subjacente a necessidade básica de integridade psíquica, refletida nas crenças e sentimentos que a pessoa tem sobre si própria em determinado momento, incide sobre aspetos psicológicos e espirituais. Este modo tem dois componentes: o eu físico que inclui a sensação e imagem do corpo e o eu pessoal que abarca a autoconsciência, o auto-ideal e o eu moral, ético e espiritual.

O **modo de função na vida real** é um modo social que incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. A necessidade básica subjacente é a de integridade social. Associado a cada papel estão os comportamentos instrumentais e os comportamentos expressivos.

Por fim, o **modo de interdependência** tem subjacente a necessidade de adequação emocional e incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor, traduzidos por comportamentos recetivos e contributivos. São identificáveis duas relações sobre as quais este modo incide: os outros significativos que representam as pessoas mais importantes para o indivíduo e os sistemas de apoio que abarcam outras pessoas que contribuem para a satisfação de necessidade de adequação emocional.

O comportamento da pessoa é então observado sobre a ótica de cada um dos modos adaptáveis, que apesar de poderem ser analisados separadamente para fins de avaliação e ensino, estabelecem entre si relações complexas, traduzindo a natureza holística da pessoa (Roy & Andrews, 2001).

Cada pessoa, enquanto sistema holístico adaptável, lida de forma particular com as mudanças no seu estado de saúde, pelo que a enfermeira deve ter competências para promover a adaptação a essas mudanças (Roy & Andrews, 2001).

Neste contexto pode-se afirmar que a enfermagem é uma profissão desafiadora e complexa (Sheehy, 2001) que, requer e implica, a aquisição e melhoria constante de competências ao longo do exercício profissional.

A competência é invocada na praxis, implicando a integração de recursos de natureza distinta, nomeadamente, conhecimentos, habilidades e atitudes (Santos, 2003; Baartman & Bruijn, 2011; Nunes, 2002). O seu desenvolvimento insere-se num processo de socialização profissional que fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários (Abreu, 2001). A competência tem subjacente um exercício mental de adaptação à situação específica. A enfermeira não se limita a repetir uma ação, transcende-se, decidindo conscientemente que recursos deve mobilizar (Santos, 2003), estabelecendo relações com a multidão de elementos (Hesbeen, 2000), para uma tomada de decisão satisfatória e eficaz [D1.1]³.

O domínio de competência é evidente na enfermeira perita, que segundo a teoria filosófica de Benner (Tomey & Alligood, 2004) evidencia o domínio clínico e uma prática baseada na evidência⁴, o *know-how* incorporado ao longo da sua vida profissional, uma visão holística da situação e a capacidade de antecipar o inesperado [K1.1]⁵.

Esta conceção funde-se com a definição de enfermeiro especialista enquanto detentor de um corpo de conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem, com base nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra concomitantemente níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, presta cuidados de enfermagem altamente qualificados, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, manter as funções básicas de vida, prevenir

³ D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

⁴ A **enfermagem baseada na evidência** revela-se na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, com base na integração dos melhores resultados científicos da investigação e aplicáveis às diferentes dimensões da prática de enfermagem (Ferrito, 2004).

⁵ K 1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência

complicações e limitar incapacidades (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro).

No SU, e especificamente na SE, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é uma constante e exige uma abordagem sistemática à pessoa e o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência, pelo que implica um vasto corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011) [K 1.1].

Pelo descrito a SE é uma das unidades funcionais do SU mais exigente, onde o enfermeiro tem que responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica, o que muitas vezes exige uma decisão em escassos segundos com repercussões no modo fisiológico da pessoa.

O enfermeiro que presta cuidados na SE deve assim, reunir um vasto leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão - quer de recursos materiais e humanos, quer de situações de exceção - de cuidado à pessoa em situação crítica e prevenção de complicações, na procura da excelência dos cuidados (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro).

Esta abordagem remete-nos para o PIS desenvolvido no âmbito do processo formativo.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS pode integrar-se no ciclo de melhoria contínua da qualidade, visando a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças, monitorizando e avaliando. Este processo de melhoria da qualidade associado ao desenvolvimento profissional é exaltado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no eixo estratégico da qualidade em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012) [B2.1,B2.2, B2.3]⁶.

Numa primeira fase é fundamental conhecer o contexto em que o PIS foi implementado.

2.1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O hospital é, desde 2007, classificado como entidade pública empresarial, integrada na rede do Serviço Nacional de Saúde, na Região de Saúde do Alentejo (Decreto Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro).

O SU é, segundo o Despacho 5414/2008 de 28 de Fevereiro, um serviço de urgência polivalente, constituindo o hospital de referência na Região de Saúde do Alentejo, ainda que não coloque ao dispor da sua população-alvo todas as valências definidas para este nível.

De acordo com a rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência, acorrem a este serviço pessoas que pela localização da sua residência são da

⁶ B2.1 Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; B2.2 Planeia programas de melhoria contínua; B2.3 Lidera programas de melhoria.

sua área de influência, bem como pessoas referenciadas de outros hospitais da região (DGS, 2001).

No ano de 2010 o SU admitiu 56360 pessoas, pelo que foram assistidas, em média, cerca de 150 pessoas por dia⁷.

Recentemente, o hospital e especificamente, o SU, foram alvo de remodelações, convergindo a sua organização com as “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência” da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007).

O SU Geral é um serviço misto que admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino, com idade superior a 17 anos e 365 dias de idade. Tem habitualmente em presença física, no próprio serviço, 3 especialidades médicas, nomeadamente, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia e ainda Oftalmologia e Obstetrícia/Ginecologia a funcionar em áreas próprias. Por outro lado, conta ainda com o apoio - em horário condicionado ou de prevenção – da especialidade de Nefrologia, Cardiologia, Urologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC, Angiografia Digital e RMN), Patologia Clínica, Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Plástica e Reconstructiva. No entanto, como referido determinadas circunstâncias (queimados, cirurgia vascular, neurocirurgia, por exemplo), justificam a necessidade de referência suprarregional ou, mesmo, nacional.

O palco desta azáfama é um espaço físico com sala de admissão/espera partilhada com o SU pediátrico onde chegam as pessoas que se deslocam por meios próprios, que acede a uma sala de sub-espera com acesso à sala de triagem e ao corredor do SU Geral. Este permite o acesso direto dos doentes que chegam de ambulância com uma porta automática para o exterior e constitui o elo de ligação dos vários compartimentos do SU Geral, nomeadamente as diferentes áreas de observação clínica que acolhem as pessoas que recorrem a este serviço: os balcões, a sala de pequena cirurgia, a sala de ortopedia, a sala de monitorizações, a sala de observações, a sala polivalente e a sala de emergência.

⁷ Dados estatísticos do hospital cedidos pelo Gabinete de Comunicação e Marketing

A SE, pela importância que assume no PIS, merece uma descrição suficientemente pormenorizada para a percepção do seu espaço físico.

2.2. A SALA DE EMERGÊNCIA

A SE é uma unidade funcional do SU Geral com cerca de 24 m², com capacidade para admitir duas pessoas em situação de emergência, em simultâneo. Fazendo uma visita de 360º, ao entrar na SE é possível encontrar imediatamente à direita o computador que serve esta sala e um armário (150x30x175cm) de prateleiras abertas com material clínico, perpendicular às suas duas unidades. Imediatamente ao lado do armário encontra-se um suporte dotado com um monitor de sinais vitais, uma bomba infusora e duas seringas infusoras. Cada uma das unidades da SE está equipada com uma rampa de oxigénio, uma rampa de vácuo, um equipamento de monitorização de sinais vitais (um deles com função de pacemaker externo e cardiodesfibrilhação), aspirador e equipamentos de eliminação de resíduos e corto-perfurantes. Entre as duas unidades encontra-se o carro de emergência sobre o qual está o monitor cardiodesfibrilhador. No extremo oposto à entrada da SE, junto à cabeceira da segunda unidade encontra-se o carro de anestesia e ainda uma prateleira com divisórias (204x40x55cm), com material clínico e farmacêutico, a cerca de 120cm de altura, pelo que, abaixo desta prateleira, fica alocada uma mesa móvel. No canto encontra-se o lavatório e na parede esquerda (considerando a entrada da SE), tem lugar uma prateleira a cerca de 170cm de altura com cerca de 200cm de comprimento.

A admissão de uma pessoa neste espaço implica a imediata incursão da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, em que a equipa de enfermagem assume um papel preponderante.

2.3. CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SU

A equipa de enfermagem é constituída por 49 elementos, distribuídos por 5 equipas funcionais, com 8 elementos cada e um grupo de 6 enfermeiros extraequipa, dirigida pelo enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, responsável pela gestão do serviço, apoiado por duas enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

A liderança de uma equipa tão extensa e heterogénea, mesmo adotando um estilo de liderança transformacional, é difícil e condicionada pela capacidade de influência idealizada, motivação inspiracional, estimulação intelectual e consideração individualizada do líder perante a equipa (Gonçalves, 2008).

No domínio executivo a equipa funciona com o método de distribuição por posto de trabalho, sendo repartida pelas diversas áreas funcionais. Assim, em cada turno há 1 enfermeiro alocado à triagem, 1 ao balcão homens, 1 ao balcão mulheres, 1 à Sala de Pequena-Cirurgia e Sala de Ortopedia (com exceção do turno da noite), 1 à Sala de Monitorizações (SM) e 2 à Sala de Observação (SO). Em cada turno existe ainda 1 enfermeiro que assume o papel de responsável de turno, gerindo a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, equipamentos e material clínico e farmacêutico, sempre que necessário. Este enfermeiro assume ainda o posto da SE e é responsável pelos internamentos em balcão.

A SE é uma área funcional particularmente exigente, que se caracteriza por acolher pessoas em situação crítica por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. Pela sua especificidade exige que o enfermeiro alocado a esta sala possua uma multiplicidade de competências. O domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, à operacionalização de protocolos complexos de atuação em situações de urgência/emergência, ao trabalho em equipa, à comunicação de má notícias, à gestão de tempo, recursos humanos e materiais, representa um contributo para atingir a excelência dos cuidados nesta unidade funcional. Pelo descrito, os enfermeiros especialistas, assumem no SU a chefia de equipa pelo reconhecimento de níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão nos diferentes domínios da sua área de especialidade o que determina a sua alocação à SE [A1.1, A1.2, A1.3]⁸.

No entanto, habitualmente a admissão de uma pessoa em situação emergente neste espaço implica a presença não só do enfermeiro alocado a esta unidade funcional, mas também em primeira instância do enfermeiro que o apoia diretamente - por definição o enfermeiro alocado à sala de pequena cirurgia e ortopedia - uma vez que, até à estabilização da pessoa pode ser necessária a presença de mais que um enfermeiro, o que constitui uma mais valia na formação de pares, com a integração de todos os elementos da equipa de enfermagem na SE, mediada por momentos de supervisão clínica [A 2.2]⁹.

Cada uma das áreas supracitadas tem as suas especificidades e desafia o enfermeiro a uma análise crítica e reflexiva da sua dinâmica, articulação e contributo para a aquisição de competências.

A diversidade de grupos profissionais e ainda de especialidades médicas que colaboram diariamente no SU, e particularmente na SE, com o objetivo comum de prestar os melhores cuidados de saúde a cada uma das pessoas admitida no serviço, implica uma articulação entre os diferentes agentes, que se quer harmoniosa, eficaz e eficiente, e em que a comunicação e a inteligência emocional¹⁰ assumem um papel fulcral [D1.2]¹¹.

No SU, o enfermeiro integra assim uma equipa multidisciplinar sendo os serviços de urgência definidos pelo Ministério da Saúde, no Despacho Normativo 11/2002 de 6 de Março: “(...) [como] *serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em*

⁸ A1.1 Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.2 Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A1.3 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.

⁹ A2.2 Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

¹⁰ A Inteligência Emocional é definida no Modelo misto de Inteligência Emocional de Bar-On como conhecimentos, habilidades emocionais e sociais de influência sobre os outros de forma a responderem eficazmente aos desafios da envolvente, que engloba cinco domínios: capacidades intrapessoais (autorrespeito, autoconsciência emocional, assertividade, independência e autorrealização), capacidades interpessoais (empatia, responsabilidade social e relacionamento interpessoal), gestão de stress (tolerância ao stress e controle de impulsos), adaptabilidade (compreensão da realidade, flexibilidade e resolução de problemas) e humor geral (otimismo e felicidade) (Santos, 2005).

¹¹ D1.2 Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica”¹².

A prestação de cuidados de enfermagem no SU abarca assim, uma multiplicidade de pessoas, em diferentes momentos do ciclo vital que apresentam alterações na sua saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções, caracterizada por ser episódica e normalmente aguda (MacPhail, 2001).

Neste domínio, a enfermagem é pluridimensional, o que implica o conhecimento de vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários, comuns a outras especialidades de enfermagem (MacPhail, 2001).

A única constante é a mudança que é maioritariamente rápida e por vezes drástica (Newberry, 2001). A entrada e saída de pessoas, as situações de urgência/emergência, as *falsas* urgências e as contínuas alterações na dinâmica de serviço, exigem ao enfermeiro capacidade de adaptação, de gestão de prioridades, de recursos físicos e humanos e de situações de *stress*.

Neste contexto o enfermeiro do SU assume um papel primordial na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pelo que, no seu exercício profissional, deve revelar responsabilidade, autonomia, competência e conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados (Rocha & Dias, 1996) [A 1.1, A1.2].

A análise crítica e reflexiva sobre os espaços, equipamentos e dinâmica do SU contribuiu para a identificação de focos problemáticos passíveis de resolução, o que facilitou o diagnóstico de situação para implementação do PIS.

2.4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e visa descrever a realidade sobre a qual se pretende atuar e modificar, devendo ser sistémico, interpretativo e prospetivo (Nunes, 2010) (APÊNDICE 1).

¹² Urgência engloba todas as situações clínicas de instalação súbita, das não graves às graves com risco de falência de funções vitais; Emergência inclui todas as situações clínicas com compromisso, estabelecido ou eminente, de uma ou mais que uma, função vital (DGS, Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, 2001).

Da concordância entre o diagnóstico e as necessidades emerge a pertinência do PIS (Tavares, 1990).

Este é o primeiro desafio de reflexão ética do trabalho de projeto, uma vez que o seu início deve convergir para o avanço da ciência ou dar resposta a problemas concretos da prática (Martins, 2008) [A1.3]¹³.

A fase diagnóstica foi marcada pela observação do contexto e das pessoas, de todos os intervenientes e atividades, o que constituiu o ponto de partida para a correta e fiável escolha e utilização dos instrumentos de diagnóstico, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta (B1.1) (Nunes, 2010). Esta fase foi determinante na sensibilização, envolvimento e motivação dos diversos profissionais para a importância do projeto a desenvolver e dos problemas sobre os quais se pretendia intervir (Tavares, 1990) [C2.2]¹⁴.

Inicialmente efetuamos uma pesquisa de consenso, um *brainstorming*¹⁵, tendo o grupo sido constituído pela discente Eliana Martins, a Enf.^a A. D. – orientadora de estágio em contexto – e o Enf.^o Joaquim Pedro – chefe da equipa de enfermagem do SU. No final da reunião, registados todos os problemas identificados e as necessidades associadas evidenciou-se a necessidade de reorganização da SE, uma vez que, este problema há muito que era debatido no seio da equipa multidisciplinar, e as reestruturações no SU precipitaram a necessidade de resolução, para responder às recomendações da DGS (2008).

Pela sua relevância na malha hospitalar, a SE foi uma das áreas em destaque nas recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes (Grupo de Trabalho Urgências, 2006) que preconiza a regulamentação da organização e funcionamento de SE nos Serviços de Urgência a partir das condições existentes em cada hospital, para o qual se pretende contribuir com o presente PIS [B1.1, B1.2, B2.2, B2.3, C2.1]¹⁶.

¹³ A1.3 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.

¹⁴ C2.2 Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

¹⁵ Processo criativo de grupo, presencial, que visa a produção de ideias, sem crítica e sem avaliação (Tavares, 1990)

¹⁶ B1.1 Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B1.2 Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; C2.1 Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

No entanto, foi determinante a validação da pertinência da reorganização do espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico na SE do SU (APÊNDICE 2) pelo que foi efetuado um questionário aos elementos da equipa de enfermagem [C2.2].

Este questionário foi aplicado a 34 dos 49 elementos que constituem a equipa de enfermagem do SU tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, restringindo a sua utilização ao PIS [A1.3].

Com a sua aplicação concluímos que, maioritariamente, a equipa de enfermagem do SU considera que (APÊNDICE 2):

- a SE é mais funcional quando organizada por áreas de atuação;
- em situações de emergência a existência de *kits* para procedimentos específicos facilita a sua intervenção;
- a organização atual da SE é funcional, no entanto, somente 4 enfermeiros consideram que esta esteja organizada por áreas de atuação.

Esta análise, mediada pela participação dos diferentes intervenientes permitiu inferir que esta é uma problemática real o que determina a necessidade do projeto criando sinergias para a sua implementação.

Posteriormente efetuamos um inventário do material clínico e farmacêutico (APÊNDICE 5) alocado à SE que permitiu concluir que a organização da mesma é casual e pouco estruturada [C2.1, B3.2]¹⁷, com duplicação de material clínico e farmacêutico e aleatoriedade na alocação do material clínico.

Esta sequência de acontecimentos converge para a concretização do PIS, com o qual pretendemos contribuir para melhoria organizacional, de gestão e operacionalização da SE, com consequente melhoria da qualidade de cuidados prestados e da gestão de risco clínico.

Assim, depois de equacionado o problema, os recursos e os métodos devem responder qualitativa e quantitativamente ao projeto, o que exige uma metodologia de projeto sólida, aprovada pelos pares ou por assessores/orientadores (Martins, 2008) [A1.2].

¹⁷ B3.2 Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

2.5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A revisão da literatura bem como a informação obtida através da aplicação dos instrumentos acima descritos levou-nos a considerar o problema organizacional identificado como relevante. Esta premissa suporta o nosso projeto pela importância que a organização da SE tem na atuação em emergência em contexto hospitalar.

O projeto de reorganização da SE, pode configurar-se como inovador na organização, pelo que aspiramos contribuir para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento em SU.

2.5.1. OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Uma vez efetuado o diagnóstico de situação, com determinação do problema prioritário, definimos os resultados desejados, estabelecendo os objetivos (Frederico & Leitão, 1999).

Estes devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). Sendo que o objetivo geral revela o que o formando deve ser capaz de fazer no final do seu percurso formativo (Nunes, 2010).

Objetivo Geral:

- Reorganizar a Sala de Emergência (espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico).

No entanto, um objetivo geral só pode ser avaliado se traduzido, concreta e especificamente, para garantia de objetividade aos resultados esperados, constituindo comportamentos observáveis (Nunes, 2010), sendo detalhado nas suas diversas componentes (Tavares, 1990).

Objetivos Específicos:

- Investigar, a nível nacional e internacional, através da literatura, a configuração da SE para a prestação de cuidados em contexto de urgência/emergência
- Organizar material clínico na SE por áreas de atuação (A, B, C, D, E);
- Formar *kits* para procedimentos específicos;

- Adequar a dotação de material clínico à sua utilização;
- Adequar a dotação de material farmacêutico à sua utilização;
- Efetuar ações de formação à equipa a reorganização da SE;
- Avaliar os conhecimentos da equipa sobre a SE após a reorganização.

2.6. PLANEAMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O planeamento do projeto (APÊNDICE 3) permitiu delinear um esboço das atividades a desenvolver, os recursos humanos, materiais e temporais, as estratégias a implementar para alcançar os objetivos delineados, os critérios de avaliação e ainda prever possíveis constrangimentos e formas de os ultrapassar (Nunes, 2010).

As atividades e estratégias foram desenvolvidas ao longo do período temporal que abarcou o estágio I, II e III ficando a calendarização patente no cronograma (APÊNDICE 4) dinâmico e suscetível a alterações, ao longo da execução do PIS.

A sua elaboração exigiu uma revisão da literatura¹⁸ em bases de dados, artigos e livros, quer eletrónicos (PubMed), quer da biblioteca da IPS/ESS e da biblioteca da Universidade de Évora. Foi concedido especial enfoque à literatura sobre a sala de emergência, gestão de *stocks*, organização dos cuidados ao doente em situação crítica, melhoria contínua da qualidade e gestão de risco clínico [D2.2, D2.3]¹⁹.

O planeamento exigiu um levantamento dos recursos disponíveis, uma avaliação das necessidades e um controlo da gestão realizada (Frederico & Leitão, 1999) [B3.2].

A reorganização de um espaço físico, numa unidade de cuidados de saúde deve obedecer às normas gerais emanadas pelo Ministério da Saúde e DGS

¹⁸ Processo em que é efetuado um inventário e uma análise crítica do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio

¹⁹ D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; D2.3 Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

(C2.1) (Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde [DGIES], 2007; DGS, 2001; Grupo de Trabalho Urgências, 2006). No entanto, estas são pouco específicas e apesar de existir literatura baseada em evidência sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na SE, é escassa quanto à organização material nessa unidade funcional.

Neste contexto, foram pedidos estágios de observação participada na SE de dois hospitais de referência suprarregional, com o objetivo de subsidiar o PIS, calendarizados no período temporal do Estágio II, no entanto, não foi possível a sua realização, quer por ausência de resposta ao pedido de estágio, quer por o SU não comportar o acolhimento de um discente do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica neste período temporal. Perante esta conjuntura foram redefinidas algumas estratégias de prossecução do PIS, o que condicionou o cumprimento do cronograma inicial.

Esta necessidade conduziu-nos a uma análise crítica e reflexiva da unidade funcional, alvo de reorganização, a SE do SU não descurando a sua estrutura e a sua dinâmica.

Cuidar da pessoa em situação crítica na SE, como referimos, implica a convergência de vários domínios de competência, nomeadamente na implementação de protocolos de atuação em situações de urgência/emergência, comunicação, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica e ética, o que nos reporta para as competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, adquiridas neste ciclo de estudos (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro).

A emergência médica é definida pelo INEM como a *“atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo”* (INEM, 2011, p. 2), o que nos permite inferir que a SE, sendo o local onde são admitidos os doentes emergentes²⁰ na malha hospitalar, constitui o elo de ligação entre o pré-hospitalar e o tratamento definitivo na unidade hospitalar.

²⁰ Emergência inclui todas as situações clínicas com compromisso, estabelecido ou eminente, de uma ou mais que uma, função vital (DGS, 2001).

Neste sentido foi pedido um estágio de observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação ²¹(VMER) do hospital com o intuito de compreender a organização de material clínico e farmacêutico e a sua verificação imediata (após cada utilização), por turno (no início de cada turno) e periódica (de acordo com a lista de verificação), o que, considerando a continuidade de cuidados entre o pré e o intra-hospitalar, nomeadamente na SE, subsidia a concretização do PIS e particularmente a elaboração da listagem de verificação da SE [C 1.2]²². Este teve duração de 8h, sob tutoria do Enf.º NR.

A SE é uma sala autónoma, preparada para admitir doentes inicialmente classificados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida do SU. Idealmente não deve ser utilizada para observação e tratamento de outros doentes (não emergentes) ou para tratamento e estabilização prolongada do doente (DGIES, 2007).

Pelo seu propósito tem acesso facilitado ao serviço de imagiologia, no entanto, deveria estar localizada à entrada do SU, próxima do posto de triagem e da sala de acompanhamento de familiares, o que não se verifica, sendo necessário percorrer todo o corredor de urgência para encontrar a SE, ficando afastado inclusivamente da área de observação de medicina interna (os balcões), no entanto, nas obras de melhoramento do SU foi introduzido o botão de acionamento de alarme - sonoro e visual - junto à porta da SE, audível em todo o SU o que contribuiu para reduzir o tempo de resposta da equipa multidisciplinar à SE.

No entanto, apesar de ter sido alvo de obras, esta área não cumpre ainda algumas das recomendações definidas pela DGIES (2007), nomeadamente:

- Capacidade suficiente para prestar cuidados, no mínimo a três doentes em simultâneo (enquanto Hospital Central);
- Monitorização invasiva;
- 2 Acessos de entrada/saída;
- Mecanismos de abertura/fecho das portas com chave.

²¹ Veículo de intervenção pré-hospitalar destinado à deslocação rápida de uma equipa médica ao local onde se encontra a pessoa em situação crítica

²² C1.2 Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

O ingresso nesta unidade funcional do SU é determinado por critérios de gravidade de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester²³, sendo que segundo o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro p. 8657: “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”.

Consequentemente, na SE é realizada a avaliação e estabilização da pessoa em situação crítica, com prestação dos cuidados de suporte avançado de vida, bem como o início da implementação de protocolos terapêuticos complexos como por exemplo o protocolo de Via Verde AVC, o que exige uma articulação da equipa multidisciplinar e uma comunicação eficaz para manter elevado nível de eficácia e eficiência dos cuidados prestados [K1.2]²⁴.

A discórdia nos procedimentos adotados, as falhas na liderança e na comunicação da equipa, o stress e a falta de organização podem desviar o foco de atenção da equipa e gerar um ambiente caótico e confuso (Mellick & Adams, 2009). Pelo que, a cada momento, cada elemento deve saber qual é o posto e a função que tem adstrita. A equipa multidisciplinar deve atuar de forma sincronizada (Wehbe & Galvão, 2005) [C2.2], coesa e articulada, sob orientação de normas operacionais, adotando uma metodologia sequencial de atuação desde a admissão do doente até à sua estabilização e planeamento da transferência intra ou inter-hospitalar [D2.3, K1.1, K1.2].

Esta dinâmica é suplantada sempre que há admissão de 2 doentes em simultâneo na SE, o que não é uma situação recorrente, sendo mais comum em

²³ Metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido. Os autores Britânicos - Grupo de Triagem de Manchester - autorizaram a utilização do Sistema de Triagem de Manchester em Portugal. Nesse sentido, com o apoio do Grupo de Manchester, foram instruídos formadores e ministrados cursos a pessoal médico e de enfermagem de acordo com as normas e critérios seguidos no Reino Unido.

Existe um universo de 52 fluxogramas constituídos por várias questões que são designados de discriminadores. Estes discriminadores podem ser específicos, como exemplo uma situação de dor precordial, que é específico para a situação em si, ou um discriminador geral, como exemplo dor, que se aplica a todos os utentes, independentemente da situação surgindo no decurso dos fluxogramas.

As questões são colocadas de cima para baixo, uma vez que apresentam uma ordem decrescente de prioridades, sendo que as primeiras correspondem a categorias de urgência mais elevadas. Desta forma torna-se possível identificar a prioridade de atendimento do utente, de acordo com a sua gravidade.

Quando uma pergunta do algoritmo obtém uma resposta afirmativa, é determinada uma prioridade clínica, a informação do tempo de espera do utente para ser atendido, sem prejuízo para a situação do utente, sendo atribuída uma determinada cor de identificação.

²⁴ K.1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

caso de acidente de viação, no entanto, implica a priorização das intervenções de enfermagem e a reorganização da sua dinâmica do SU para responder à situação de incidente crítico²⁵ [K2.2, K2.3]²⁶.

Neste espaço são prestados cuidados à pessoa em situação emergente de predomínio médico ou traumático, como se pode verificar pelos dados estatísticos de admissão de doentes na SE, de acordo com o fluxograma da triagem de Manchester, as queixas que mais frequentemente conduzem a esta área funcional, são a dispneia (26% com origem na admissão), o estado de inconsciência (20%), a indisposição no adulto (18%), o grande traumatismo (10%) e a dor torácica (9%)²⁷. Estas queixas são relatadas, pela pessoa ou outros significativos, ao enfermeiro de triagem como o estímulo focal, afetando de forma mais imediata o modo fisiológico, porém com influência em todos os modos adaptativos, sendo que a sua condução à SE é determinada por comportamentos ineficazes, observados pelo enfermeiro e que constituem discriminadores no Sistema de Triagem de Manchester (Roy e Andrews, 2001).

Esta condição determina o conhecimento pela equipa multidisciplinar, e concretamente pela equipa de enfermagem, de recomendações internacionalmente reconhecidas, como o suporte avançado de vida ou similar (INEM, 2011) e o *Trauma Nurse Core Course* (TNCC®) ou similar (ENA, 2007) (D2.2).

Estes são programas reconhecidos, quer a nível nacional, quer a nível internacional e baseados em evidência (INEM, 2011; ENA, 2007).

O SAV deriva das recomendações de reanimação 2010 baseadas no documento de Consenso Internacional em Ciência de Reanimação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência (INEM, 2011).

O TNCC foi desenvolvido pela *Emergency Nurses Association* (Thelan, Davie, Urden & Lought, 1994), sendo divulgado e ministrado em Portugal pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência (ENA, 2007).

²⁵ Catástrofe baseada na comunidade, com um número de vítimas inferior a 10. É a classificação mais comum em medicina de catástrofe caracterizada por um rápido e significativo aumento da carga de trabalho, passível de ser absorvido pelas instalações da instituição de saúde (ENA, 2007).

²⁶ K. 2.2 Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítima ou catástrofe; K.2.3 Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

²⁷ Dados estatísticos do hospital cedidos pelo Gabinete de Comunicação e Marketing

Estes programas descrevem e fundamentam a sistematização da abordagem à pessoa em situação crítica, vítima de doença aguda ou trauma, o que justifica a orientação espacial da SE de acordo com a sequência de intervenções.

A reestruturação por áreas de atuação²⁸ é reconhecida no seio da equipa de enfermagem do SU como um contributo para a funcionalidade da SE, bem como a constituição de *kits* preparados para procedimentos específicos, enquanto facilitadores da intervenção de enfermagem em situações de emergência, de acordo as respostas ao questionário aplicado [C2.1]²⁹ (APÊNDICE 2).

A intervenção do enfermeiro mediante a pessoa em situação crítica exige-se precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e holística (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro), pelo que a SE deve ser consonante com esta premissa. A reorganização permite uma adequação do meio ambiente (estímulos contextuais e residuais) aos comportamentos da pessoa, contribuindo para a integridade da pessoa. Assim, na sua reorganização a aplicação do **método 5s**, enquanto ferramenta de gestão de qualidade, permitiu-nos definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010) [C2.1, C2.2].

O principal objetivo do programa 5s é a promoção da alteração do comportamento das pessoas, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação de materiais, limpeza regular do local de trabalho, construção de um ambiente que favoreça a saúde física e mental e manutenção da ordem, o que se reflete na melhoria do desempenho da organização (Pertence & Melleiro, 2010; Nehme, 2008). É um sistema que organiza, mobiliza e transforma pessoas e instituições [B1.2, B2.2, B2.3] (Pertence & Melleiro, 2010).

A sua denominação teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de cinco sentidos, a que correspondem as cinco etapas do programa que evolui e culmina no estabelecimento dos pré-requisitos previamente determinados e na sua manutenção (Pertence & Melleiro, 2010). Os 5 sentidos são especificamente o

²⁸ Áreas de atuação: A (Via aérea com controlo cervical); B (Ventilação); C (Circulação); D (Disfunção Neurológica); E (Exposição)

²⁹ D2.1 Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; D2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

senso de utilização, o senso de arrumação, o senso de limpeza, o senso de saúde e higiene e o senso de auto-disciplina (Silva, 2005).

Assim, a aplicação do método 5s permite organizar a área de trabalho, otimizando o desempenho, o conforto, a segurança e a limpeza (Peterson & Smith, 1998).

Nesta fase foi constituído o painel de peritos, abarcando enfermeiros e médicos com créditos firmados na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Este grupo de trabalho especialmente instituído para efeitos de avaliação é formado por o Enf.º JM³⁰, a Enf.ª AD³¹, a Enf.ª CG³², a Enf.ª SA³³, a Enf.ª SS³⁴, a Dra. CB³⁵ e o Dr. JA³⁶, reunindo especialistas reconhecidos nas áreas abrangidas pelo PIS.

2.7. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS

A execução constitui a etapa da metodologia de projeto de concretização, em que o planeamento é colocado em prática (Nunes, 2010).

A materialização do planeado evoca a motivação, o desejo de concretização, a visualização do perspectivado, em oposição ao receio de não corresponder ao idealizado.

A implementação do PIS na SE do SU teve início com a aplicação do método 5s, esta ferramenta determinou um percurso ao longo das suas 5 etapas:

2.7.1. 1.º S - SEIRI - SENSO DE UTILIZAÇÃO

O conceito associado ao primeiro “S” é separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário (Silva, 2005). Assim, após o registo fotográfico da SE e a realização do inventário (APÊNDICE 5), foi aplicado um questionário a três dos elementos do painel de peritos - enquanto utilizadores da SE – sobre a classificação do material clínico de acordo com a sua utilização na SE

³⁰ Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

³¹ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientadora de estágio no contexto

³² Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

³³ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

³⁴ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

³⁵ Médica com Especialidade de Medicina Interna

³⁶ Médico com Especialidade de Cardiologia

(APÊNDICE 6). A sua aplicação permitiu identificar equipamentos e materiais clínicos desnecessários na SE, e consequentemente, a eliminar após a reorganização, bem como os que são utilizados sempre, quase sempre, ocasionalmente e raramente.

O excesso de material clínico em armários, carros e superfícies associa-se à intenção de diminuir a frequência de reposição. No entanto esta situação pode induzir o erro, quer porque, por vezes, quando há material em excesso ao retirar um elemento em situação de emergência, os outros caem em recipientes diferentes, quer porque, a sobrelotação pode dar a ideia errada de reposição, sendo a ausência de um item detetada somente quando este é necessário o que aumenta o risco clínico (Carthey & Clarke, 2010) [B3.2].

É determinante ter o necessário, na quantidade adequada e controlada para facilitar as operações, pelo que é importante saber separar e classificar os objetos e dados úteis, dos inúteis e gradativamente os mais utilizados dos menos utilizados com alocação ajustada à sua utilização (Silva, 2005) [C2.1].

A SE tem capacidade para duas pessoas em situação crítica, em simultâneo, pelo que o material clínico e farmacêutico alocado a esta unidade funcional tem impreterivelmente de ser ajustado para responder perante esta conjuntura.

2.7.2. 2.º S - SEITON - SENSO DE ARRUMAÇÃO

O conceito associado ao segundo “S” é identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente determinando a ordenação, sistematização e classificação com: a padronização de nomenclaturas; o uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais, a adoção de um padrão; a distribuição de objetos diferentes em locais diferentes; a definição do local de armazenamento de cada objeto e acondicionamento adequado de objetos e móveis, evitando a sua permanência em local que condicione a locomoção (Silva, 2005) [A2.2, B1.1, C2.1, B3.1]³⁷.

A reorganização da SE determinou a alocação de equipamentos, material clínico e farmacêutico, por zonas (Figura 1):

³⁷ B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

- 1) Zona 1: dedicada à alocação do material clínico por áreas de atuação (A, B, C, D e E);
- 2) Zona 2: dedicada aos dispositivos de proteção individual;
- 3) Zona 3: dedicada aos kits de procedimentos específicos e planos duros;
- 4) Zona 4: carro de anestesia
- 5) Zona 5: carro de emergência
- 6) Zona 6: unidade do doente

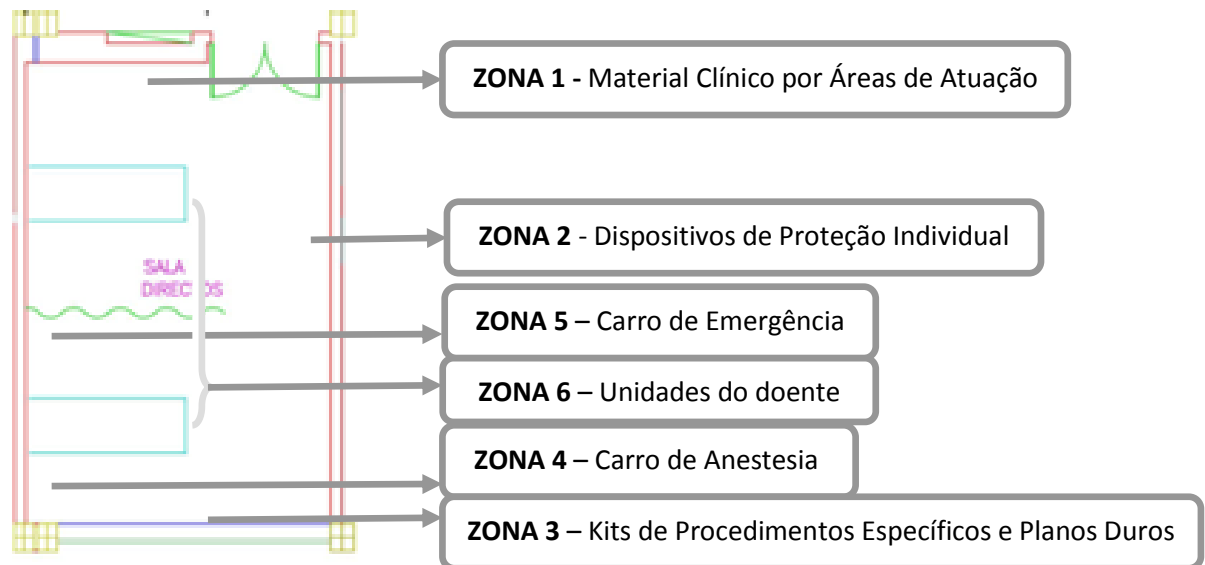


Figura 1 - Planta da Sala de Emergência

A estratégia definida para facilitar a rápida percepção da orientação espacial da SE, com redução do tempo necessário à localização do material e consequente contributo para a segurança da pessoa, foi a adoção de um código de cores, de acordo com a área de atuação e a rotulagem adequada de todos os itens (Carthey & Clarke, 2010) [C2.1] (Figura 2):

VIA AÉREA COM PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL	A	AMARELO
RESPIRAÇÃO	B	AZUL
CIRCULAÇÃO COM CONTROLO DE HEMORRAGIAS	C	VERMELHO
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	D	VERDE
EXPOSIÇÃO COM CONTROLO AMBIENTAL	E	LARANJA

Figura 2 - Código de Cores por Área de Atuação

A ordenação, sistematização e classificação foi, como anteriormente descrito, baseada nos programas de SAV (INEM, 2011) e TNCC® (ENA, 2007)

pele que obedece à sequência de atuação preconizada pelos mesmos, de acordo com o seguinte mapa de distribuição na Zona 1, 2 e 3:

ÁREAS DEACTUAÇÃO – A, B, C, D, E	1.ª PRATELEIRA	Apoio Lateral de Cabeça (2)					Ventilador portátil (1)		Traqueia ventilador portátil (3)			
	2.ª PRATELEIRA	Colar Cervical S (1)		Colar Cervical M (1)		Colar Cervical L (1)	Câmara expansora adulto com máscara (2)	Tubo de conexão de O2 a ressuscitador manual (4)	Kit de nebulização adulto (4)	Óculos Nasais (2)		
	3.ª PRATELEIRA	Dextrose 5% em H ₂ O 500 ml (5)	NaCl 0.9% 1000 ml (4)	NaCl 0.9% de lavagem 500 ml (6)	NaCl 0.9% 500ml (6)	Dextrose 5% em H ₂ O 100ml (5)	NaCl 0.9% 100ml (10)	Válvulas de venturi 21% (2) 28% (2) 31% (3) 35% (3) 60% (3)	Máscara de venturi com válvula de 40% (4)	Máscara de oxigénio adulto alta concentração (3)	Seringa de gases (10)	
	4.ª PRATELEIRA	Dextrose e 5% em NaCl 0.9% (4)	Lactato de Ringer 500 ml (4)	Valuven * 500 ml (4)	Geloplema * 500ml (4)	Água destilada100ml (8)	Solutos *Iodo povidona (1) *Peróxido de hidrogénio (1) *Álcool (1)	CVP n. 16 (4) CVP n. 18 (10)	CVP n. 20 (10) CVP n. 22 (6)	Sistema de perfusão (8)	Prolongamento 25cm (8) Tampa (8)	Torneira 3 vias (8) Obturator (6)
	5.ª PRATELEIRA	Ligadura elástica 5 (4) /10 (4) /20 (4) cm	Penso oftálmico (4)	Compresas 15x20 cm (100)	Compresas 10x10 cm (100)	Adesivo (1)	Seringa 50cc opacas (5)	Seringa 50cc (5)	Seringa 2cc (10) Seringa 5cc (10)	Seringa 10cc (10) Seringa 20cc (10)	Agulha SC (6) Agulha IM (6)	Agulha diluição (20) Agulha Ev (10)
	6.ª PRATELEIRA	Lanterna (1)	Martelo de reflexos (1)	Clamp cordão umbilical (2)	Linhas de sutura	Tubos laboratório	Adaptador inj/asp para frasco (4) Sistema de transf.de líquidos(6)	Prolongamento opaco 200cm (5)	Prolongamento 100cm (10)	Seringa 100cc (4)	Aquecedor de fluidos (2)	
	7.ª PRATELEIRA	Imobilizações (2 pares)		Bata Tecido (2)		Bata irrecuperável de doente (2)	Fralda (4)	Resguardo Celulose (6)		Manápulas (1caixa)		
	8.ª PRATELEIRA	Saco de cadáver (2)		Resguardo papel (6)		Toalha (4)	Lençol térmico aluminizado (2)	Lençol (4)		Manta térmica (1)		

Figura 3 - Zona 1

DISPOSITIVOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	Luvas Est 6 (6)	Luvas Est 6,5 (6)	Luvas Est 7 (6)	Luvas Est 7,5 (6)	Luvas Est 8 (6)	Mascara com viseira (4)	Batas Esterilizadas irrecuperáveis (2)
	Luvas P (1 cx.)	Luvas M (1 cx.)	Luvas G (1 cx.)	Barretes (4)	Óculos de proteção (2)	Máscaras Cirúrgicas (1 cx.)	

Figura 4 - Zona 2

KITS DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS	1.ª PRATELEIRA	Kit cricotirotomia/traqueostomia (1)		Kit Drenagem derrame pleural (1)	Kit Drenagem Pneumotórax/ Hemotórax (1)			
	2.ª PRATELEIRA	Kit Pacemaker Provisório (1)	Kit Cateter Central 2/3 Lúmens kit 1 (1)		Kit Cateter Central 2/3 Lúmens kit 2(1)	Kit Algaliação kit 1 (1)	Kit Algaliação Kit 2 (1)	
	3.ª PRATELEIRA	Kit Pericardiocentese (1)			Kit punção lombar (1)	Kit Queimado (1)	Kit Entubação Naso/ orogástrica (1)	Kit Lavagem gástrica (1)

Figura 5 - Zona 3

Em comum estas zonas têm o facto de ocuparem espaços abertos, em prateleiras e armários sem portas e rotulados de forma bem visível a uma distância de 2 metros (Ordem dos Médicos, 2009).

A zona 2 (Figura 3) da SE contempla de acordo com o algoritmo de SAV os dispositivos de proteção individual, essenciais para garantir condições de segurança do reanimador, nomeadamente por risco toxicológico ou infeccioso (INEM, 2011). A sua localização é centralizada em relação às unidades da SE o que facilita o seu acesso.

Na zona 1 (Figura 2) da SE fica alocado o material clínico distribuído por áreas de atuação e na zona 3 (Figura 4) os kits de procedimentos específicos igualmente organizados por áreas de atuação acondicionados em recipientes leves, rotulados e impermeáveis à humidade:

A – Via aérea com proteção da coluna cervical

Em situações de emergência a primeira prioridade é assegurar uma via aérea permeável e uma ventilação eficaz - com proteção da coluna cervical em vítimas de trauma³⁸ (ENA, 2007).

Eventualmente o doente admitido em PCR ou com dispneia na SE pode ter uma obstrução da via aérea total ou parcial por: sangue, conteúdo gástrico, secreções traqueo-brônquicas, corpos estranhos (ex.: dentes, alimentos, ...), traumatismos da face e pescoço, depressão do estado de consciência, epiglote, edema da laringe, espasmo laríngeo ou broncospasmo (INEM, 2011).

A abordagem inicial à via aérea justifica o fato de cada uma das unidades da SE estar equipada com rampa de vácuo e rampa de O₂, e ainda, insuflador manual (com tubo de conexão à rampa de O₂, filtro e máscara facial), copo humidificador de O₂ (preparado para uso imediato) e sondas de aspiração rígidas e flexíveis. Os dispositivos da via aérea (tubo orofaríngeo, nasofaríngeo e endotraqueal), bem como o material acessório à sua colocação, encontram-se no interior do carro de emergência³⁹, situado em local equidistante, entre as duas unidades da SE. Assim, pelo relatado, na zona 1 encontra-se alocado somente o material para proteção da coluna cervical, nomeadamente os colares cervicais e os apoios laterais de cabeça, ficando os planos duros, por imposição do espaço físico da SE alocados na Zona 3 (Figura 1). É nesta zona que se encontra o Kit de cricotirotomia/traqueostomia com todo o material necessário para abordagem cirúrgica da via aérea.

A constituição de Kits para procedimentos específicos permite uma intervenção precoce, sem desperdício de tempo na preparação de material, o que é determinante, uma vez que, o tempo é um fator vital em situação de emergência (INEM, 2011).

B - Respiração

Uma via aérea permeável, não assegura por si só uma adequada troca gasosa (Thelan, et al., 1994).

³⁸ A proteção da coluna cervical inclui o alinhamento, estabilização e completa imobilização da coluna (ENA, 2007)

³⁹ Este encontra-se contemplado pelo projeto de um grupo de trabalho paralelo, responsável pela reorganização dos carros de emergência do SU

A falência respiratória é causada por diversas situações clínicas associadas: ao **compromisso do centro respiratório** por alterações do sistema nervoso central (ex.: por traumatismo crânio-encefálico, outras lesões estruturais intracranianas ou alterações do estado de consciência); ao **compromisso ventilatório** por traumatismo vertebro-medular, patologia neuromuscular, doenças sistêmicas graves ou outras situações que podem comprometer a amplitude dos movimentos respiratórios (ex.: traumatismo torácico com fratura de costela e/ou esterno); ou a **doenças pulmonares** com presença de pneumotórax ou derrame pleural, ou ainda, doenças que afetam o parênquima pulmonar (ex.: pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica agudizada, asma, embolia pulmonar, contusão pulmonar, síndrome de dificuldade respiratória aguda e edema pulmonar) (INEM, 2011).

Na pessoa em situação crítica, condições específicas como o pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto e hemotórax, que por norma são causadas por situações traumáticas, determinam a necessidade de intervenção imediata, considerando que são potencialmente letais (ENA, 2007; Thelan, et al.,1994).

O padrão respiratório pode então ser ineficaz por diminuição da expansão pulmonar secundária a pneumotórax, hemotórax ou derrame pleural (Thelan, et al.,1994), o que justifica a presença na Zona 3 de kits específicos para drenagem de pneumotórax/hemotórax e de derrame pleural.

Na SE, além da avaliação e monitorização do padrão ventilatório, é possível a monitorização da saturação periférica de O₂ que constitui um método simples e útil, sendo um bom indicador indireto da oxigenação. No entanto, deve ser complementar à avaliação por gasimetria arterial, que fornece informações mais fidedignas e outros parâmetros importantes na avaliação da ventilação e oxigenação da pessoa em situação crítica (INEM, 2011). Assim, na zona 1, encontram-se contempladas as seringas de gasometria.

Em alguns casos, a deterioração da situação clínica ou a PCR impõe a necessidade de suporte ventilatório, que de acordo com a condição da pessoa pode ser, não invasivo ou invasivo após entubação traqueal (INEM, 2011).

Perante estas situações é fundamental que a equipa multidisciplinar tenha disponível na SE, o material necessário para uma resposta eficaz e eficiente. Assim, além do material de oxigenioterapia e aerossolterapia, a reorganização da

SE, determinou a alocação do ventilador portátil e das respectivas traqueias na Zona 1 - estando anteriormente alocado a outra unidade funcional do SU, o SO. Porém, o ventilador não invasivo, não sendo portátil, implicaria a ocupação de um espaço físico não disponível na SE, pelo que permanece no SO, junto à porta de acesso, que dista cerca de 5 metros da entrada da SE.

C- Circulação com controlo de hemorragia externa

O compromisso da circulação, associa-se frequentemente a situações de choque. Este pode ser: hipovolémico por perda de sangue total (traumatismo, cirurgia, hemorragia digestiva), por perda de plasma (queimaduras, grandes lesões) ou por perda de outros líquidos (vómitos, diarreia ou diurese excessiva); cardiogénico por isquémia ventricular primária (Enfarte Agudo Miocárdio, PCR, cirurgia cardiotorácica), por problemas estruturais (rotura do septo, cardiomiopatia, embolia pulmonar, miocardite aguda, tamponamento cardíaco, contusão do miocárdio) ou por disritmias (bradicardia, taquicardia); ou distributivo podendo ser anafilático ou neurogénico (lesão da espinal medula acima da 6.^a vertebra dorsal, disfunção do sistema nervoso central,...) (Thelan, et al., 1994).

Todas estas situações clínicas podem culminar em PCR o que implica intervenções emergentes para restabelecimento das funções vitais da pessoa. Atendendo à cadeia de sobrevivência é dado o alerta que, na SE é feito através do acionamento do botão de alarme, sonoro e visual, e iniciado de imediato manobras de suporte básico de vida e sequencialmente desfibrilhação – perante ritmos desfibrilháveis – SAV e cuidados pós-reanimação (INEM, 2011).

Esta abordagem implica a presença de um monitor desfibrilhador na SE, a par de outro monitor de sinais vitais sem desfibrilhador. O primeiro encontra-se localizado entre as duas unidades, sobre o carro de emergência, devidamente preparado para uma intervenção imediata com eléctrodos de desfibrilhação conectados e possibilidade de monitorização de eletrocardiograma, pressão arterial e saturação periférica de O₂. Por outro lado, é essencial um acesso vascular para administração de soroterapia e medicação adequada a cada situação clínica (ENA, 2007). Esta necessidade determina a sequência na Zona 1 da SE, com a concentração de soroterapia ao lado do material clínico essencial à colocação de um acesso venoso periférico e abaixo deste, nas duas prateleiras subsequentes, o material necessário à preparação de medicação e aquecimento

de fluidos. Paralelamente encontra-se o material para colheita de sangue para patologia clínica e o material para controlo de hemorragias externas.

A cateterização venosa central em situações de PCR tem desvantagens, uma vez que implica a interrupção das manobras de reanimação cardiorrespiratória e maiores riscos, no entanto apresenta vantagens na abordagem da pessoa em situação crítica em relação ao acesso vascular periférico, principalmente na rapidez de atuação dos fármacos (INEM, 2011), sendo determinante na ausência de acessos venosos periféricos.

Na zona 3, a área da circulação engloba 4 kits, nomeadamente dois de cateterização venosa central, um de pericardiocentese e um de pacemaker provisório.

O tamponamento cardíaco é uma das causas de choque cardiogénico e acarreta risco de vida, pelo que determina a execução imediata de uma pericardiocentese. Este é um dos procedimentos preconizados pelo grupo de trabalho de trauma da ordem dos médicos, com necessidade de constituição de kit com o material necessário, imprescindível na SE (OM, 2009).

Por outro lado, as anomalias na condução cardíaca elétrica com repercussão hemodinâmica (por Enfarte Agudo Miocárdio, cirurgia cardíaca, toxicidade com fármacos, fibrose ou esclerose do sistema de condução, bloqueio auriculoventricular congénito ou miocardite) implicam a aplicação de pacemaker externo e/ou pacemaker provisório o que justifica a constituição de um kit específico para este procedimento.

D - Disfunção Neurológica

Durante a avaliação primária da pessoa é efetuada uma breve avaliação neurológica que permite detetar precocemente disfunções neurológicas, avaliando as pupilas quanto ao tamanho, forma, simetria e reatividade à luz, bem como pesquisa sinais de lateralização (deterioração unilateral dos movimentos ou pupilas assimétricas) (ENA, 2007). Esta avaliação é fundamental não só em situação de trauma ou alterações do estado de consciência mas também perante a pessoa admitida com critérios de ativação da via verde AVC, em que a avaliação neurológica é determinante na avaliação, diagnóstico e monitorização da intervenção terapêutica (Alto Comissariado da Saúde, 2007).

Estas intervenções justificam a alocação na zona 1 de uma lanterna e de um martelo de reflexos.

Algumas situações de disfunção neurológica justificam a punção lombar em doentes críticos para informação diagnóstica através da colheita de líquido cefalorraquidiano (Thelan, et al., 1994), pelo que foi constituído um kit de punção lombar alocado na zona 3.

E – Exposição com controlo da temperatura

Nesta fase é removida a roupa da pessoa cuidadosamente para que todas as lesões e sinais possam ser rapidamente identificados, com especial atenção para a manutenção de uma temperatura corporal adequada à homeostasia (ENA, 2007). Assim, foi prevista a presença de uma tesoura na parte superior do carro de emergência para facilitar a remoção da roupa e na zona 1 encontra-se material para limpeza e conforto da pessoa, bem como vestuário e lençóis que permitem salvaguardar a sua privacidade e intimidade em concordância com o Art.º 86 da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Por outro lado, não foi esquecida a manutenção da temperatura corporal, ficando alocado nesta área não só os lençóis térmicos como a manta aluminizada.

A situação de exceção relacionada com a exposição reporta para a pessoa queimada. Este tipo de lesão determina a perda da pele, órgão com funções sensitivas, termorreguladoras, de secreção e proteção (Thelan, et al., 1994). Este fato exige especial atenção na abordagem à pessoa queimada, na remoção da roupa, na avaliação da área corporal queimada, no controlo da temperatura e na prevenção da infeção e justifica a constituição de um kit de queimados alocados na zona 3. Este Kit incorpora lençóis esterilizados, não contemplados anteriormente na SE.

No final da aplicação do senso de utilização e organização, com a determinação do material clínico alocado à SE, a sua organização por áreas de atuação, o consenso sobre as quantidades necessárias de cada elemento e a periodicidade de verificação, foi elaborada uma listagem de verificação do material da SE, validada pelo painel de peritos. Esta, além de facilitar a reposição assegura, a existência do material necessário à intervenção perante a pessoa em situação crítica na SE reduzindo o erro na reposição e consequentemente o risco

clínico (Carthey & Clarke, 2010). A listagem de verificação de material da SE é, assim, reconhecida como uma ferramenta útil (Mellick & Adams, 2009).

Os protocolos, as decisões em equipa multidisciplinar, os sistemas de verificação redundante e a formação contínua são reconhecidos no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 enquanto instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro (DGS, 2012) [B1.2, C1.1, C1.2]⁴⁰.

2.7.3. 3.º S - SEISO - SENSO DE LIMPEZA

Ao terceiro “S” associa-se o conceito de manter um ambiente sempre limpo.

Todos os elementos da equipa devem reconhecer a importância de manter um ambiente limpo e os seus benefícios, transparecendo qualidade e segurança (Silva, 2005). O enfermeiro responsável de turno deve supervisionar a arrumação, limpeza e desinfeção da SE e dos equipamentos de acordo com o plano de limpeza periódica (assegurada pelo serviço de limpeza) e após cada utilização (assegurada pelo elemento da equipa de assistentes operacionais). Por outro lado, deve supervisionar o encaminhamento ao Serviço de Esterilização Centralizada dos dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados: lâmina de laringoscópio, traqueia do ventilador, material de pequena cirurgia, camara expansora com máscara, humidificador de O2 [K3.2]⁴¹.

2.7.4. 4.º S - SEIKETSU - SENSO DE SAÚDE E HIGIENE

O conceito associado ao quarto senso é o de manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene, sendo a higiene definida como a manutenção da limpeza e da ordem, uma vez que um ambiente limpo é um ambiente mais seguro. Para a concretização desta etapa é importante: ter os três S's anteriores implementados; capacitar o pessoal para a avaliação da correta aplicação dos conceitos; eliminar as condições inseguras de trabalho, evitando acidentes; humanizar o local de trabalho numa convivência harmoniosa; respeitar

⁴⁰ C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

⁴¹ K.3.2 Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

os colegas como pessoas e como profissionais; colaborar, sempre que possível, com os colegas nas suas tarefas (Silva, 2005) [B3.1, K3.2]⁴².

Neste sentido foram efetuadas algumas alterações na estrutura física da SE para otimizar o ambiente de trabalho, uma vez que - sem as alterações de fundo como exigiria uma remodelação da SE – não nos foi possível centralizar o material clínico por áreas de atuação na Zona 2, o que condicionaria o acesso e mobilização das macas. Assim, foi determinante a realocação do computador da SE (Figura 5), libertando o espaço de acesso à zona 1 e permitindo a construção de uma bancada de apoio para preparação de medicação e abertura dos kits se necessário, bem como a centralização do computador relativamente às duas unidades.

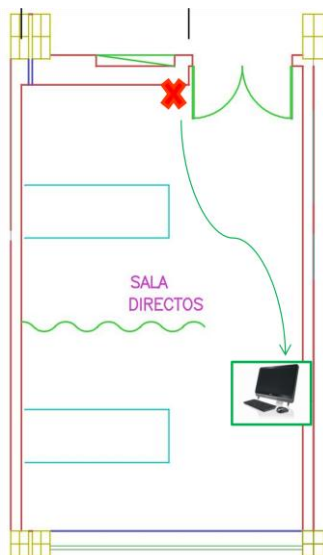


Figura 6 - Relocalização do computador na SE

2.7.5. 5.º S - SHITSUKE - SENSO DE AUTO-DISCIPLINA

O conceito associado ao quinto e último “S” é o de fazer das atitudes descritas um hábito, transformando os 5s num modo de vida, usando a criatividade no trabalho, melhorando a comunicação interpessoal, compartilhando visão e valores, harmonizando as metas, treinando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5s (Silva, 2005).

⁴² K.3.1 Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Este processo determinou o estabelecimento de normas de verificação/utilização da SE [C1.1, C1.2], uma vez que, a necessidade de responder prontamente perante uma situação de emergência exige que a verificação da SE seja permanente, garantindo a sua prontidão perante a pessoa em situação crítica para uma resposta rápida e eficaz, assim:

O Enf.º Responsável de turno deve:

- No Início de cada turno e após cada utilização assegurar a verificação e reposição da SE;
- Efetuar a verificação periódica da SE de acordo com a listagem de verificação do material da SE (APÊNDICE 9);
- O Enf.º Responsável de turno da manhã é responsável pela verificação periódica, podendo este delegar a tarefa ao Enf.º de Apoio, de acordo com a dinâmica do serviço:
 - * A verificação periódica é faseada, ocorrendo à:
 - Segunda-feira – Zona 1 e 2;
 - Quarta-feira – Zona 3;
 - Sexta-feira – Zona 4, 5 e 6.
- Repor a SE após cada utilização o material clínico, farmacêutico e kits de procedimentos específicos;
- Selar os Kits de procedimentos específicos para garantir a sua integridade, utilizando para o efeito fita adesiva;
- Alocar ao tabuleiro inferior da mesa de apoio da SE os kits abertos e não repostos e assegurar a sua reposição imediatamente após a utilização ou tão breve quanto possível. A incapacidade de reposição no turno corrente implica a comunicação ao Enf.º Responsável de turno seguinte, por forma a esta ser assegurada em tempo útil;
- Supervisionar a arrumação, limpeza e desinfeção da Sala de Emergência de acordo com o plano de limpeza e após cada utilização;
- Supervisionar o encaminhamento ao Serviço de Esterilização Centralizada dos dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados:
 - * Lâmina de laringoscópio, traqueia do ventilador, material de pequena cirurgia, camara expansora com máscara, humidificador de O2
- O Médico deve:

- * Assegurar a imediata eliminação de dispositivos corto-perfurantes no contentor adequado após a sua utilização
- O Assistente Operacional alocado à SE deve:
 - * Proceder à limpeza, arrumação e desinfeção imediata após cada utilização da SE;
 - * Conduzir ao Serviço de Esterilização Centralizada os dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados.

Anualmente deve realizada uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre a SE, a aplicação do método 5s e a validação da listagem de verificação [A1.4]⁴³.

É fundamental a periodicidade de aplicação do método para avaliação dos progressos, cumprindo sempre os procedimentos operacionais e os padrões éticos da instituição, na procura da melhoria da qualidade. A autodisciplina requer a consciência e um constante aperfeiçoamento de todos no ambiente de trabalho (Silva, 2005).

Mediante esta premissa foram efetuadas duas sessões de formação em serviço (APÊNDICE 8). A primeira sessão divulgada à equipa de enfermagem em que esteve presente 30% da equipa de enfermagem, com 100% de respostas corretas ao documento de avaliação da sessão. Na segunda sessão divulgada à equipa multidisciplinar, esteve presente cerca de 25% da equipa de enfermagem, cerca de 20% dos assistentes operacionais, sendo que nenhum médico se fez presente na sessão.

Estes dados implicaram a reformulação de estratégias de divulgação do PIS com o intuito de abarcar toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente com a divulgação entre pares, a afixação do documento de exposição do PIS a alocar na SE, quer na sala de enfermagem, quer na sala de médicos [A2.2].

O desenvolvimento do PIS implicou portanto um processo de supervisão clínica paralelo (APÊNDICE 7), capacitando a equipa de enfermagem para a segurança das práticas e desenvolvimento de competências (Abreu, s.d.) [B1.2]. Este processo foi mediado pelo envolvimento de toda a equipa no projeto delineado, com a validação da sua pertinência (APÊNDICE 2), a aferição da

⁴³ A1.4 Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

reorganização e da listagem de verificação da SE (APÊNDICE 9), os momentos de formação formal (APÊNDICE 8) e a divulgação do projeto entre pares. Este procedimento visou a responsabilização de toda a equipa de enfermagem pela melhoria da qualidade e redução do risco clínico.

Nesta fase, pelo descrito, é possível afirmar que os objetivos delineados no planeamento do PIS (APÊNDICE 3) foram alcançados com êxito com exceção da adequação do material farmacêutico à sua utilização, uma vez que, se prevê a sua alocação no carro de emergência e este será abarcado pelo grupo de trabalho responsável pela reorganização dos carros de emergência do SU.

É fundamental referir que a SE pela sua orientação espacial limitou a sua reorganização. O facto de não ser possível alocar o material clínico por áreas de atuação em local equidistante das duas unidades ou ter similaridade nos equipamentos disponíveis para ambas as unidades determinou a dissonância na SE, o que pode comprometer a sua funcionalidade.

Por outro lado, a imposição circunstancial de alterações das estratégias e atividades, bem como a conjuntura económica, determinaram a discrepância do cronograma inicial (APÊNDICE 4), com o cronograma final (APÊNDICE 10), as novas diretrizes da instituição impuseram a necessidade de aprovação, em reunião do Conselho de Administração, da requisição e aquisição do material necessário à reorganização da SE o que dilatou o tempo de implementação do PIS, sendo que a efetivação da reorganização da SE foi além dos limites temporais definidos para o Estágio III.

A implementação do PIS fomentou o pensamento crítico e reflexivo, exigindo uma revisão literária ajustada às necessidades formativas, que permitiu a definição de objetivos, atividades e estratégias, bem como critérios de avaliação, incitando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista já mencionadas [A1.1, A1.3, A1.4, D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3]. Mas também o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente de dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, desde a conceção à ação, sendo a reorganização da SE pensada para a admissão de dois doentes simultaneamente, com adequada gestão de material

[K2.2, K2.3]. E ainda na maximização da 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 com adequado controlo, contemplada na terceira e quarta etapa do método 5s [K3.2].

No entanto, apesar de ao longo dos estágios ter desenvolvido competências e planeado no âmbito do PIS estratégias de aquisição e melhoria de competências nos diferentes domínios do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, pela importância de suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, é fundamental ser proactivo e dinamizador procurando a melhoria continua quer no domínio profissional, quer no domínio pessoal através do Projeto de Aprendizagem de Competências/ Clínica.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS/CLÍNICA

A aquisição e desenvolvimento de competências, com a passagem de um para outro nível de proficiência, são alcançados mediante alterações introduzidas em três domínios do desempenho (Benner, 2001).

O primeiro referente à confiança progressiva em princípios abstratos, que conduzem à utilização de experiências concretas da sua vida profissional, como paradigmas (Benner, 2001).

O segundo relativo à mudança na percepção e compreensão da exigência de uma dada situação, abandonando a visão da situação enquanto somatório de parcelas com níveis de relevância iguais, assumindo uma visão do conjunto, como um todo em que só alguns aspetos são relevantes (Benner, 2001).

Por fim, o terceiro referente à transição do papel de observador desligado a executante envolvido, revelando empenho na situação (Benner, 2001).

Nesta fase o enfermeiro revela na ação o domínio de competências de julgamento clínico, advocacia e agenciamento moral, prática de cuidado, colaboração, pensamento crítico, capacidade de resposta perante as diferenças, e ainda se revela como um elemento facilitador de aprendizagem (Ecklund & Stamps, 2002).

Este percurso é estimulado quer ao longo da vida profissional, quer em contexto de estágio, sendo segundo a OE (2006), esperado que o enfermeiro especialista assuma cada vez mais um perfil profissional reflexivo, capaz de mobilizar recursos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, alicerçados nos saberes adquiridos pela experiência em situação [D1.1].

A aprendizagem e aperfeiçoamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são abarcadas pelo PIS, no entanto, foi considerado pertinente aprofundamento:

- No domínio dos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, especificamente dos cuidados de enfermagem à pessoa com falência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica no adulto;
- No domínio da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou em falência orgânica.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

“A ventilação é uma área nobre do suporte avançado de vida” (Marcelino, 2008, p. 2). A função respiratória é essencial à manutenção da vida (Marum & Mata, 2008). No SU, especificamente na SE, 26% dos doentes admitidos têm como diagnóstico de enfermagem dispneia (Conselho Internacional Dos Enfermeiros, 2005) pelo que é fundamental desenvolver competências específicas de abordagem ao doente crítico em falência respiratória.

As pessoas com manifestações evidentes de dificuldade respiratória, como polipneia, tiragem intercostal ou subcostal, são encaminhados pelo enfermeiro da triagem para a SE, no SU, o que permite a avaliação imediata da necessidade de suporte ventilatório [K1.1]. Este fenómeno, determina, por vezes, a implementação de ventilação mecânica invasiva, esta decisão é habitualmente mediada por critérios fundamentalmente clínicos, com o objetivo de adequar a oxigenação e/ou ventilação às necessidades da pessoa (Marcelino & Pimentel, 2008).

Este procedimento invasivo, determina um risco acrescido para complicações graves como, a pneumonia associada ao ventilador (PAV), o tromboembolismo venoso e a hemorragia digestiva de stress (IHI, 2012).

A pneumonia associada ao ventilador é amplamente reconhecida como a infecção associada aos cuidados de saúde⁴⁴ (IACS) mais frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, com repercussões na sobrevida dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos por ser a entidade responsável por internamentos mais prolongados e taxas de mortalidade mais elevadas [K1.1/K3.1/K3.2] (Germano & Fernandes, 2008).

O enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo na prevenção das complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, maximizando a sua intervenção na prevenção e controlo da infecção, na procura da excelência no seu exercício profissional (OE, 2011).

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação (APÊNDICE 12) emergiu a necessidade de definir objetivos no âmbito do PAC nesta área de intervenção de enfermagem:

Objetivo Geral

- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva.

Objetivos Específicos

- Adquirir competências na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva
- Divulgar conhecimento alusivo ao tema “Prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva” (APÊNDICE 11).

⁴⁴ Definida como uma infecção adquirida pela pessoa em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2008b)

3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS/ CLÍNICA

Uma vez definidos os objetivos do PAC, foi delineado o planeamento (APÊNDICE 13) com definição das atividades e estratégias a desenvolver ao longo do estágio III (APÊNDICE 14):

- Revisão da literatura em bases de dados eletrónicas, nomeadamente a PubMed, na Biblioteca do Conhecimento B-On, com limite temporal de 5 anos, ainda documentos pertinentes emanados pela *Centers for Disease Control and Prevention*, *Institute for Healthcare Improvement* e Direção Geral de Saúde e livros considerados relevantes.
- Estágio na Comissão de Controlo de Infecção do hospital:
 - * Observação participada na vigilância epidemiológica diária;
 - * Observação participada na execução do inquérito de prevalência de infeção 2012;
 - * Análise dos documentos normativos das entidades relevantes no controlo de infeção.
- Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do hospital:
 - * Reconhecimento do protocolo de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica do Manual de Normas, Protocolos e Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos;
 - * Observação participada na prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva.
- Elaboração do poster: “Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde na Pessoa com Suporte Ventilatório Mecânico Invasivo”.

As atividades delineadas convergiram para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos nas áreas definidas no PAC.

3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PAC

A pneumonia associada ao ventilador é, como referimos, uma das IACS mais relevante, principalmente nas unidades de cuidados intensivos (Germano & Fernandes, 2008).

A Organização Mundial de Saúde reconhece as IACS como uma importante causa de aumento da morbilidade e mortalidade, com repercussões no aumento do consumo de recursos hospitalares e da comunidade (*World Health Organization*, 2005).

Assim, as IACS constituem atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa (DGS, 2007).

Neste sentido, o Conselho da União Europeia recomendou a priorização estratégica de longo prazo da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde nas instituições de cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009).

Em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) visa sistematizar o registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde. Esta sistematização permite conhecer a realidade nacional e de forma organizada e concertada, promover a diminuição da incidência da IACS a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente (DGS, 2007).

A entidade promotora deste programa é a DGS, responsável por emitir normas essenciais sobre a prevenção e controlo de infeção e reforçar o modelo de organização da CCI (DGS, 2007).

A CCI é, segundo o Despacho da Direção-Geral de Saúde publicado no Diário da República n.º 246, II Série, de 23 de Outubro de 1996, um órgão de assessoria técnica da gestão, com competências na área da prevenção, deteção e controlo das infeções na unidade de saúde, em articulação com os vários departamentos, serviços, unidades e outros órgãos técnicos.

O estágio na CCI decorreu ao longo de 16 horas, sob orientação da Enf.^a NC. Este permitiu compreender a dinâmica da CCI, a sua importância na elaboração e divulgação de políticas e procedimentos, recorrendo a

recomendações internacionais e de sociedades científicas como padrão de referência, na implementação de medidas de prevenção e controlo baseadas na evidência científica e ainda na vigilância epidemiológica (VE)⁴⁵, quer a nível hospitalar, quer nacional, através da Rede Nacional de Registo, quer a nível internacional, através da Rede Europeia de Vigilância Epidemiológica (em que se incluem os programas HELICS Cirurgia e HELICS UCI).

A nível hospitalar é efetuada a VE das infeções na UCI, da infeção do local cirúrgico, das infeções nosocomiais da corrente sanguínea e das infeções por microrganismos epidemiologicamente significativos, incluindo os multirresistentes, o que permite detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso. Esta prática repercute-se na adesão dos profissionais que prescrevem e prestam cuidados, às recomendações de boa prática, corrigindo ou melhorando práticas específicas e avaliando o seu impacto (DGS, 2008b).

A experiência na CCI foi ainda enriquecida pela possibilidade de observação participada no inquérito de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos da Europa (IPI) em que o hospital participou.

Esta metodologia de VE visa estimar a prevalência de IACS e uso de antimicrobianos nos hospitais agudos da União Europeia, descrever os doentes, os procedimentos invasivos, as infeções e a prescrição de antimicrobianos, divulgar os resultados e fornecer aos hospitais um instrumento padronizado que permita identificar alvos para as intervenções de melhoria de qualidade (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2012).

Em Portugal, segundo o inquérito de prevalência de infeção de 2010, verifica-se que a presença de dispositivos invasivos representa um risco acrescido para o desenvolvimento de IACS. Sendo que a prevalência de IACS em pessoas com ventilação invasiva no momento do estudo foi de 8,3% (Pina, Silva & Ferreira 2010).

A pneumonia associada ao ventilador é a IACS mais comum na UCI, (Trouillet, 2012; Joseph, et al., 2010) com significativa repercussão no tempo de

⁴⁵ Componente relevante na prevenção e controlo de infeção que permite avaliar de forma sistemática contínua ou periodicamente as taxas de infeção estratificadas por níveis de risco a incidência da infeção nas unidades de saúde (DGS, 2008b)

suporte ventilatório invasivo, no tempo de permanência na UCI e no período de internamento após a transferência da UCI (IHI, 2012).

A pertinência desta área de estudo conduziu ao pedido de observação participada na UCI, com duração de 70 horas.

A UCI é polivalente e tem capacidade para receber cinco pessoas, dispondo de quatro unidades em *open space* e uma unidade de isolamento. A equipa de enfermagem é composta por vinte elementos, três especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e um especialista em enfermagem de reabilitação. O estágio decorreu sobre tutoria da Enf.^a S. P., Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A implementação de dispositivos invasivos na UCI é uma constante, o que aumenta o risco de IACS (Pina, et al., 2010). As mudanças no estímulo desafiam as capacidades de resistência da pessoa (Roy & Andrews, 2001) e, na pessoa sob ventilação mecânica invasiva, este dispositivo determina o acesso direto às vias aéreas inferiores, a diminuição dos mecanismos de defesa local, por interferência com o mecanismo de tosse, uma disfunção mucociliar, a incapacidade de prevenir a aspiração, a inflamação das vias aéreas, promovendo a sua colonização, a lesão do epitélio da traqueia, constituindo um reservatório de crescimento bacteriano (Matos & Sobral, 2010). Esta panóplia de alterações impostas pela presença do tubo endotraqueal condiciona a adaptação da pessoa no modo fisiológico, o que pode contribuir para a PAV.

A PAV é uma infeção respiratória associada aos cuidados de saúde em pessoas sob suporte ventilatório mecânico invasivo, em que a infeção não foi a razão para o início da ventilação (IHI, 2012). A pneumonia é considerada associada ao ventilador quando ao iniciar a ventilação mecânica a pessoa não se encontra infetada, e desenvolve pneumonia 48h ou mais após a entubação endotraqueal e início da ventilação mecânica invasiva (Germano & Fernandes, 2008; Joseph, et al., 2012).

A PAV pode ser categorizada em PAV precoce e PAV tardia. A PAV precoce surge nos primeiros 4 dias de ventilação mecânica e é habitualmente menos severa, associando-se ao procedimento de entubação com aspiração do conteúdo da orofaringe, pelo que tem um melhor prognóstico, sendo causada por agentes infecciosos sensíveis à maioria dos antibióticos (*Staphylococcus aureus*

sensíveis à penicilina, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*). A PAV tardia surge 5 ou mais dias após a entubação endotraqueal e o início da ventilação mecânica, sendo frequentemente causada por agentes patogénicos multirresistentes (*Staphylococcus aureus* resistente à penicilina, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp* e *Enterobacter spp*) associando-se a um aumento da morbilidade e mortalidade da pessoa (Germano & Fernandes, 2008; Joseph, et al., 2010).

A prevenção de IACS assume especial enfoque no Manual de Normas e Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos, sendo o Protocolo n.º 1 sobre a Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (Varela, Ramalho, Maltinha & Henriques, 2009)

A elaboração de normas de orientação clínica, a sua divulgação e implementação, assim como o seu acompanhamento/monitorização em matéria de resultados constituem um elemento-chave para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde (DGS, 2012).

Neste contexto o enfermeiro assume um papel basilar no controlo do ambiente, favorecendo a adaptação da pessoa (Roy & Andrews, 2001).

Durante o estágio na UCI a observação não-estruturada dos cuidados de enfermagem à pessoa com suporte ventilatório mecânico invasivo permitiu reconhecer o cumprimento das intervenções delineadas no protocolo para alcançar o objetivo de prevenção da PAV. Este abarca uma multiplicidade de intervenções que abrangem várias áreas, nomeadamente, a formação dos profissionais de saúde e o seu envolvimento na prevenção da infeção, a vigilância epidemiológica, a prevenção de transmissão de microrganismos incluindo Esterilização/Desinfeção e manutenção de equipamentos e dispositivos, prevenção de transmissão de microrganismos pessoa-pessoa e ainda, as precauções de prevenção de aspiração (CDC, 2003).

Assim, contempla medidas de prevenção de PAV, gerais e específicas, das quais analisaremos as que se encontram destacadas:

- A higienização/descontaminação das mãos

O CDC recomenda que: Sempre que as mãos se encontram visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou fluidos corporais, lavar as mãos com sabão e

água ou um sabão antimicrobiano (IA)⁴⁶; Se as mãos não se encontram visivelmente sujas, deve-se usar uma solução antisséptica de base alcoólica para descontaminação das mãos por rotina, antes ou depois dos procedimentos clínicos (IA) (CDC, 2002).

- Higiene Oral (com cloro-hexidina a 0,2%, 2 vezes por turno, utilizando uma escova em cada utilização)

O CDC defende que: Não é possível estabelecer uma recomendação para o uso de clorhexidina oral na prevenção de pneumonia associada aos cuidados de saúde (CDC, 2002).

No entanto, em 2007 foi publicado uma revisão sistemática e meta-análise que incluiu 11 estudos e permitiu concluir que a descontaminação oral com antissépticos se associa a uma diminuição do risco de PAV (Chan, Ruest, Meade & Cook, 2007).

- Controlo da pressão do cuff entre 20-25mmHg

O CDC defende que: a fuga em torno do cuff do tubo endotraqueal permite o acesso das secreções subglóticas ao sistema respiratório inferior, no entanto, não estabelece nenhuma recomendação relativamente ao controlo da pressão do cuff (CDC, 2003).

Trouillet (2012) revela que apesar de o uso de dispositivos de controlo contínuo da pressão do cuff puder reduzir a microaspiração, este facto não está ainda comprovado.

- Elevação do plano superior da cama a 30/45° se não houver contra-indicação

O CDC recomenda que: Na ausência de contraindicações médicas, elevação da cabeceira da cama com um ângulo de 30-45° na pessoa com risco elevado de pneumonia por aspiração (II).

⁴⁶ Níveis de evidências segundo o CDC (2003) **Categoria IA.** Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos; **Categoria IB.** Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos; **Categoria IC.** Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações; **Categoria II.** Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica; **Não resolvido (NR)** Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

A *American Thoracic Society/ Infectious Diseases Society of America* (ATS/IDSA), reitera o elevado nível de evidência desta posição na prevenção da PAV especialmente em caso de alimentação entérica (ATS/IDSA, 2005), porém estudos recentes contrapõem esta perspectiva pela dificuldade de manter esta posição permanentemente (Trouillet, 2012; Coffin et al, 2008).

- Avaliação diária do nível adequado de sedação

O CDC: não faz referência à influência da adequação do nível de sedação na PAV.

A ATS/IDSA recomenda a adequação da sedação de acordo com protocolos de desmame do suporte ventilatório, com repercussões na diminuição do tempo de ventilação mecânica, e consequentemente na incidência de PAV com um nível de evidência moderada (American Thoracic Society/ Infectious Diseases Society of America [ATS/IDSA], 2005; Trouillet, 2012).

Segundo, o IHI (2012), com base em estudos randomizados, a interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão para o desmame estão correlacionados com a redução da incidência de PAV.

- Profilaxia da úlcera péptica

O CDC defende que: Não é possível estabelecer uma recomendação relativa à profilaxia da úlcera péptica em pessoas sob ventilação mecânica invasiva.

No entanto, apesar de o seu efeito, em pessoas sob ventilação mecânica, ser controverso principalmente com terapêutica que aumenta o pH, pelo risco de promover o crescimento bacteriano no estômago e elevar as complicações em caso de refluxo gástrico (IHI, 2012), a úlcera péptica é uma complicação presente em 5 a 15% dos doentes críticos não sujeitos a profilaxia, principalmente em ambiente de UCI, o que aumenta a sua mortalidade (Thelan, et al.,1994).

A ATS/IDSA (2005) relata, como aceitável, o uso, se necessário, de terapêutica profilática da úlcera péptica, quer com antagonistas H₂, quer com sucralfate. O IHI (2012) refere como alternativa o uso de inibidores da bomba de prótons com eficácia similar aos antagonista H₂.

- Profilaxia da trombose venosa profunda

O CDC: não faz referência à influência da profilaxia da trombose venosa profunda na PAV.

Vários ensaios clínicos randomizados recomendam a profilaxia da trombose venosa profunda em pessoas internadas em UCI. Não é estabelecida correlação direta com a diminuição da incidência de PAV, no entanto, é reconhecida esta intervenção como prática de excelência no cuidado geral à pessoa sob ventilação mecânica invasiva (IHI, 2012).

Destas sete intervenções, cinco são incluídas no *“How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia”* do *Institute for Healthcare Improvement* que propõe a prevenção da PAV através da implementação dos cinco componentes do *“Ventilator bundle”*.

Os *bundle* de cuidados reúnem as melhores práticas que individualmente contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, aplicando-as simultaneamente, o que pode aumentar substancialmente os ganhos em saúde. No entanto, a sua aplicação é mais efetiva quando o número de elementos é reduzido, o que não invalida a implementação de outras intervenções baseadas em evidência (IHI, 2012) [K3.2].

Este foi o documento que suportou a elaboração do poster: “Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde na Pessoa com Suporte Ventilatório Mecânico Invasivo” com o intuito de divulgação do *“Ventilator Bundle”*.

As guidelines publicadas por grupos de peritos, quando integralmente implementadas, aumentam os ganhos em saúde da pessoa e melhoram a relação custo-eficácia (Coffin *et al*, 2008). A sua divulgação é um componente fundamental na formação dos profissionais de saúde repercutindo-se na melhoria dos cuidados de saúde (CDC, 2003; Coffin *et al*, 2008; Matos & Sobral, 2010), pelo que este projeto se constituiu como uma mais-valia.

No entanto, as competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma identidade pessoal / profissional. Pelo que o capítulo seguinte é dedicado à reflexão sobre a aquisição de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica ao longo do percurso profissional e formativo.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Este percurso académico, pelo descrito, foi marcado por um constante crescimento pessoal e profissional convergindo na aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, que suportam e integram cada um dos domínios de competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica⁴⁷. Nomeadamente as competências comuns de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, e ainda as competências específicas no âmbito do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e da maximização da 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 adequadas em tempo útil de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro.

Este processo de aquisição de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica é merecedor de uma análise crítica de cada uma das competências:

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

⁴⁷ 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.

A componente teórica que revestiu este mestrado incitou o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados, fomentando a reflexão crítica, a conduta ética e deontológica e a introdução de melhorias nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica rumo à excelência.

Ao longo dos estágios realizados foram prestados cuidados de enfermagem à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, quer no SU, quer na UCI, promovendo a adaptação da pessoa aos estímulos (focais, contextuais e residuais) com o intuito de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar as incapacidades, contribuindo para a integridade da pessoa.

A doença não é um acontecimento isolado na vida, potenciando diferentes reações da família ao processo de doença de um dos seus elementos, ao obrigar a alterações no seu modo de viver, nas suas normas e regras, nos seus estilos e rituais (Costa, 2004) [K1.4]⁴⁸. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na gestão do impacto emocional imediato e da relação terapêutica estabelecida com a pessoa/família em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É da sua responsabilidade garantir cuidados globalizantes e individualizados, com uma preocupação central pelo respeito da dignidade humana (Ourives, 2004) [A1.2, A2.1]⁴⁹. Pelo que a prestação de cuidados de enfermagem se exige sistemática e individualizada, respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa com base no processo de enfermagem que, reportando para o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001), exige a avaliação do comportamento, ou seja a resposta da pessoa aos estímulos, bem como a avaliação dos estímulos. Esta colheita de dados deve ser holística e sistemática, permitindo o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de objetivos que permitam delinear intervenções e a avaliação após a sua implementação. Este processo é desenvolvido com o intuito de prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção ajustada às necessidades de adaptação da pessoa, simultaneamente eficaz, eficiente e em

⁴⁸ K.1.4 Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

⁴⁹ A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.

tempo útil. Esta premissa implica a articulação da equipa multidisciplinar e, por vezes, a transferência da pessoa para outros serviços, assegurando a continuidade dos cuidados com um relato fidedigno dos cuidados prestados à pessoa desde o momento da admissão no SU o que nos remete para o artigo 83 do Código Deontológico publicado na Secção II do Estatuto da OE formalizado pela Lei 111/2009 de 16 de Setembro.

Porém a atuação do enfermeiro não se coaduna com a estagnação exigindo, de acordo com a alínea a) do artigo 88 do Código Deontológico do enfermeiro a análise regular do desempenho profissional e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. Esta reflexão revelou a necessidade de melhoria da funcionalidade da SE, com repercussão na eficácia, eficiência e resposta atempada, o que justificou a implementação do PIS descrito, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa admitida na SE e simultaneamente para a gestão de equipamento e material clínico no SU.

Este projeto incutiu mudanças na SE o que implicou no seio da equipa multidisciplinar e, particularmente na equipa de enfermagem uma adaptação facilitada por estratégias formativas. Estas estratégias assumiram diferentes moldes, quer enquanto formador oportuno em contexto de trabalho, quer em momentos formativos formais, quer de supervisão clínica [B1.2, C2.1, C2.2, D2.1, D2.2, D2.3].

A aquisição de competências de supervisão clínica incute a segurança das práticas, o desenvolvimento de competências e o desenvolvimento pessoal e profissional (Abreu, s.d.). Neste domínio a componente teórica do mestrado constituiu uma ferramenta fundamental, orientando o pensamento para o processo inerente a esta componente formativa e incutindo reflexão crítica sobre a sua aplicação e a sua relevância no desempenho de funções como a chefia de equipas durante o exercício profissional ou enquanto perceptora de discentes do curso de licenciatura de enfermagem.

A implementação do PIS implicou o reconhecimento, pela equipa multidisciplinar, como enfermeiro de referência na reorganização da SE, impulsionando processos de supervisão clínica no seio da equipa de enfermagem. Estes processos visaram não só o desenvolvimento do

conhecimento, mas também a aquisição de capacidades e o repensar de atitudes (Alarcão & Tavares, 1987).

O repensar de atitudes ao longo deste ciclo de estudos, para o qual contribuiu a sua componente teórica, teve repercussões na introdução de pequenas alterações com grande significância nos cuidados prestados no SU como a recente modificação da folha de registo de administração de terapêutica e de sinais vitais do SO. Embora o processo clínico do doente esteja neste momento informatizado no SU, o SO é o único local em que existe uma folha de registo manuscrita. Esta alteração traduziu-se na introdução da escala numérica da dor, por sugestão em ambiente formativo [D2.1], o que constituiu um marco na melhoria contínua da qualidade de cuidados (OE, 2011), uma vez que, a avaliação e registo regular da intensidade da dor, enquanto 5.º sinal vital, constitui uma norma de boa prática clínica [B2.1/B2.2/B2.3]. O que é justificado pelo facto da dor, em particular a dor aguda, constituir o principal motivo para o recurso ao SU, como em todas as unidades de saúde e embora represente um sinal de alarme vital, quer para a integridade do indivíduo, quer para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, evitando sofrimento desnecessário e reduzindo a morbilidade que lhe está associada, pelo que o enfermeiro especialista assume um papel preponderante na avaliação, registo e controlo farmacológico e não farmacológico da dor (DGS, 2008) [K1.3].

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

O presente mestrado constitui *per si* um projeto pessoal e profissional de desenvolvimento de competências consideradas fundamentais no percurso vital enquanto enfermeira.

A área de especialidade foi precocemente reconhecida como uma área de interesse e consequentemente, merecedora de investimento pessoal, o que impulsionou o reconhecimento da necessidade de formação na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, que passou pela pós-graduação em enfermagem em emergência e catástrofe, a participação em jornadas, congressos e cursos de formação profissional, e culminou no presente mestrado em

enfermagem médico-cirúrgica. Esta postura perante a formação, com atualização contínua de conhecimentos, habilidades e atitudes converge com a responsabilidade social assumida de procura da excelência do exercício de acordo com o código deontológico (Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro) [A1.2].

Este mestrado profissionalizante centra a aprendizagem na iniciativa do formando ilustrando uma forma de aprendizagem em que os comportamentos novos resultam de um envolvimento da pessoa, onde o formador assume o papel de facilitador da realização do projeto de formação construído (Berbaum, 1993).

Este percurso teve inerente uma pesquisa bibliográfica transversal, ao longo do tempo, quer em bases de dados eletrónicas, quer com recurso a sociedades científicas reconhecidas, quer na biblioteca do IPS/ESS e da Universidade de Évora [D2.2].

Neste percurso é de valorizar a participação no seminário: “Doação, colheita e transplantação de órgãos e tecidos” na Universidade de Évora, que permitiu a compreensão da organização da colheita de órgãos e tecidos, os cuidados ao potencial dador, o papel do enfermeiro, o papel do coordenador hospitalar de doação nos hospitais da rede nacional de coordenação de colheita e transplantação, a referenciação de um dador de órgãos e a coordenação da colheita, o consentimento presumido e a informação à família, e ainda como contribuir para a autossuficiência de tecidos em Portugal (ANEXO 1).

Este ciclo de estudos contribuiu para a aprendizagem enquanto construção pessoal, que resulta de um processo experiencial, traduzido por uma modificação de comportamento relativamente estável (Tavares & Alarcão, 1989). Assim, este processo de aprendizagem só se torna significativo se imprimir alterações na praxis, traduzidas por competência demonstrada e mantida ao longo do tempo, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

O trabalho de equipa implica a atuação responsável do enfermeiro na sua área de competência e o reconhecimento da especificidade das outras profissões de saúde respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma de acordo com descritivo do artigo 91º do Código Deontológico. É determinante

neste caso, o domínio de conceitos, fundamentos e teorias da ciência de enfermagem enquanto guia orientador do pensamento do enfermeiro, subsidiando a delimitação do seu campo de ação. Assim, este percurso, como foi descrito na parte 1 do presente documento, foi iluminado pelo modelo de adaptação de Roy.

O objetivo comum que une a equipa multidisciplinar implica a sua articulação harmoniosa e a prestação de cuidados de saúde em complementaridade⁵⁰. A capacidade de comunicação e articulação da equipa multidisciplinar é traduzida na prestação de cuidados de saúde de qualidade em que o enfermeiro assume um papel fulcral.

A metodologia de projeto, aplicada na realização do PIS, implicou o envolvimento da equipa multidisciplinar. Este processo exigiu a constituição de um painel de peritos para avaliação da reorganização da SE, a colaboração da equipa multidisciplinar do SU - em particular a equipa de enfermagem - a consulta do serviço de esterilização centralizada e do gabinete de comunicação e marketing, o apoio do serviço de instalações e equipamentos, da central de impressão, do serviço de aprovisionamento e do gabinete de formação, ao longo do PIS.

A pro-atividade do elemento dinamizador permitiu a articulação dos diferentes elementos, tendo sido uma constante no diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do PIS o que revela autonomia, responsabilidade e empenho na melhoria contínua dos cuidados de saúde, incitando a aplicação e o desenvolvimento de competências de gestão e liderança. Neste domínio a inclusão do módulo de gestão de processos e recursos no mestrado constituiu um elemento fundamental, estruturando o pensamento e incentivando a reflexão crítica, aplicável no exercício profissional, mormente no desempenho de funções de chefia de equipa.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O enfermeiro em resultado da sua autonomia profissional toma decisões, com base em critérios científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos (Deodato, 2006). Pelo que foi transversal ao exercício profissional a prestação de

⁵⁰ Artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro, Secção II do Estatuto da OE - Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro

cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa, suportados na evidência científica, na ética e deontologia profissional (Mendes, 2009) [A2.1].

Todo o processo de desenvolvimento do PIS e do PAC se revestiram de uma forte fundamentação técnica/científica baseada em evidência, sob o teto da legislação, das políticas de saúde, das normas emanadas pelas entidades estatais e científicas, dos padrões de exercício profissional em enfermagem e dos princípios éticos, na procura da excelência dos cuidados.

No SU o processo de tomada de decisão [A1.1] do enfermeiro tem início na triagem. Os enfermeiros integram a discriminação, interpretação e avaliação da informação que recolhem acerca dos doentes, o que fundamenta a atribuição de um nível de prioridade e incita a avaliação crítica das suas ações posteriores a esta decisão (Grupo Português de Triagem, 2002). Este processo coaduna-se com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em situação crítica emanados pela OE que defende a existência de um sistema de triagem que suporta o atendimento de acordo com prioridades clínicas (OE, 2011).

No entanto, questões mais complexas se elevam, em todo o percurso da pessoa no SU, o enfermeiro tem um papel preponderante, assumindo o compromisso de zelar pelos direitos do doente, uma vez que, a defesa dos olhares dos outros e das intromissões na esfera pessoal, a garantia da confidencialidade e as exigências do segredo profissional de acordo com o Artigo 85º e 86º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) constituem condição de qualidade de cuidados de enfermagem e pilares na garantia do princípio de confidencialidade e privacidade (Ourives, 2004). Assim, é fundamental o compromisso do enfermeiro em proteger os direitos do doente o que apela à competência de domínio ético e responsabilidade profissional [A1.1, A1.2, A2.1].

Agindo em conformidade com o princípio da beneficência, relacionado com o imperativo de *fazer o bem*, o enfermeiro deve, no contexto dos cuidados de enfermagem, agir no interesse do doente (Martins, 2004) [A2.1].

Reportando para uma situação específica, apesar de em 2009 ter entrado em vigor a Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho emanada pela Assembleia da

República, que prevê o direito de acompanhamento dos utentes dos SU do SNS, em ambiente de balcão nem sempre a dinâmica do serviço - pela afluência de doentes, pela gravidade das situações, pela falta de barreiras visuais e acústicas entre outros fatores - permite a permanência do acompanhante junto da pessoa. Perante esta conjuntura o enfermeiro tenta contornar os obstáculos à prossecução de uma prestação de cuidados holística, reconhecendo as necessidades dos doentes e ajustando os recursos com uma conduta responsável e ética como pano de fundo, valorizando o respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos⁵¹ [A2.1, B3.1].

Não raras vezes, situações de maior complexidade requerem a intervenção do responsável de turno - papel maioritariamente assumido por enfermeiros especialistas - que assume o papel de consultor, liderando os processos de tomada de decisão [A1.3, C1.1].

Assim acresce a responsabilidade do enfermeiro na humanização dos cuidados e na gestão e antecipação de conflitos sendo fundamental atender com cortesia e paciência, acolher com proficiência e simpatia, saber escutar, informar e responder com rigor e verdade, cuidar com respeito e encaminhar com solicitude (Osswald, 2004) [B3.1].

O agir do enfermeiro é assim, fundado na autonomia e na responsabilidade e mediado pela tomada de decisões, o que por uma lado, exige a responsabilização pelos seus atos, e por outro constitui o assumir da responsabilidade decorrente do seu mandato social de resposta à necessidade das pessoas (Nunes, 2006). Neste domínio assume relevo o papel do enfermeiro especialista enquanto profissional com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão⁵².

Este processo de tomada de decisão está patente em todas as intervenções de enfermagem no SU que visam a adaptação da pessoa no processo de interação com o meio ambiente contribuindo para a saúde da pessoa, para a qualidade de vida e, em ultima análise para uma morte com dignidade (Roy & Andrews, 2001) [A1.2].

⁵¹ Ponto 1 Artigo 8.º Exercício Profissional dos Enfermeiros do REPE

⁵² Preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro

É fundamental, o reconhecimento pela equipa multidisciplinar, que, esgotadas as possibilidades de recuperação parcial ou total, os cuidados de conforto físico, psicológico e espiritual se elevam como prioridade nos cuidados de saúde (Cunha, 2004) [A1.1, A1.2, A1.3]. Sendo a dor o sintoma mais frequente nos doentes terminais e revestido de maior carga negativa a nível biológico e emocional, é determinante a monitorização e controlo da dor [B1.2, K1.3]⁵³ (Dias & Luzio, 2000; Virvan, 1998), a par do controlo de outros sintomas físicos, do apoio psicológico e espiritual (Cunha, 2004).

Esta decisão emerge da relação entre os profissionais de saúde e a pessoa, elevando a sua autonomia e liberdade nas decisões relativas a si mesma, após o devido esclarecimento ou, mediante a sua incapacidade, a equipa multidisciplinar em colaboração com a sua família, deve agir segundo o melhor interesse para a pessoa, apurando qual seria a sua vontade ou respeitando os desejos previamente expressos (Cunha, 2004).

Perante o doente em fase terminal a competência do enfermeiro na gestão da comunicação interpessoal e da relação terapêutica em situação de crise, eleva-se pela sua importância quer para o doente, quer para os seus acompanhantes, a sua capacidade de escuta, o respeito pelo doente, a empatia, a atenção às necessidades espirituais e o apoio e acompanhamento do luto dos familiares assumem extrema relevância (Dias & Luzio, 2000) [B3.1, K1.4, K1.5, K1.6]⁵⁴. O enfermeiro especialista faz neste caso uso das suas habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna (OE, 2011).

Estes momentos exigem um autoconhecimento profundo, um reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais [D1.1, D1.2]. É difícil o enfermeiro lidar com a morte, muitas vezes encarada como fracasso, derrota perante a finalidade de cuidar, tratar e curar, objetivos para os quais a equipa multidisciplinar é preparada (Loff, 2000).

⁵³ K.1.3 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

⁵⁴ K.1.4 Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5 Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; K.1.6 Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Este fenómeno assume maior notoriedade na SE em que a pessoa é admitida por doença aguda, crónica agudizada ou trauma, e a decisão de iniciar suporte avançado de vida ou não suspender quando iniciado, pode ser considerada futilidade terapêutica, sempre que não acarreta benefícios para a pessoa, conduzindo somente ao sofrimento físico e psicológico, não obedecendo ao princípio de beneficência e não maleficência (Cunha, 2004; Martins, 2004).

Em síntese, na perspetiva da orientação do agir ético em enfermagem, na procura da excelência dos cuidados, assume relevância em relação à satisfação da pessoa, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos individuais da pessoa; em relação à promoção da saúde, o enfermeiro deve agir no sentido de promover o potencial de saúde da pessoa, otimizando a adaptação ao processo de vida, crescimento e desenvolvimento; em relação à prevenção de complicações o agir ético implica o rigor técnico/científico e a responsabilização do enfermeiro pelas suas decisões, pelos atos que pratica e delega; em relação ao bem-estar e ao auto-cuidado sobressai a identificação dos problemas da pessoa em relação aos quais o enfermeiro está capacitado para prescrever, implementar e avaliar as intervenções, fomentando processos de readaptação eficaz aos problemas de saúde; quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o agir ético reflete-se na adoção de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (Mendes, 2009).

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A investigação em enfermagem, como em qualquer disciplina, visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão, fomentando o seu desenvolvimento enquanto ciência (Fortin, 1999).

A investigação em ciências de enfermagem deriva da investigação sistemática incidindo sobre a pessoa/família/comunidade, quer seja sobre a prática dos cuidados, os seus efeitos na pessoa/família/comunidade, quer seja sobre os contextos dos cuidados que englobam a prestação, organização e avaliação do meio onde os cuidados são prestados (Fortin, 1999).

A adoção da metodologia de projeto ao longo deste ciclo de estudo permitiu-nos centrar na resolução de um problema real - a necessidade de

reorganização da SE - constituindo uma ferramenta essencial na aquisição de competências. Este processo aproxima-se da metodologia de investigação-ação, uma vez que visa a intervenção, sustentada em bases teóricas e científicas para a resolução eficaz de um problema (Nunes, 2010).

Neste contexto, quer o PIS, quer o PAC fomentaram a investigação, assentando sobre uma revisão bibliográfica pertinente, contribuindo para a instituição de práticas baseadas na evidência. A análise e reflexão crítica destes projetos culmina no presente documento e posterior divulgação através da publicação de um artigo (APÊNDICE 15).

Este ciclo de estudos favoreceu a introdução de práticas baseadas na evidência no SU, incluídas no PIS e no PAC, por exemplo, com o início da utilização de clorohexidina (>0,5%) com álcool (disponível nos Kits da SE) na preparação da pele antes da inserção do cateter venoso central (IA) no SU (CDC, 2011), por outro lado, no kit de queimados foram incluídos lençóis esterilizados, essenciais na prevenção de complicações na pessoa queimada. Estas medidas contribuíram para a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde na pessoa em situação crítica (OE, 2011), manifestando o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas (OE, 2011) [B1.2, D2.1, D2.2, D2.3, K3.1, K3.2].

Além de uma pesquisa criteriosa em bases de dados científicas, para a introdução destas alterações foi fundamental o contributo dos aportes teóricos do mestrado e dos estágios opcionais, quer na comissão de controlo de infeção hospitalar, quer na unidade de cuidados intensivos.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

As rápidas e constantes mudanças no mundo atual, exigem que as pessoas, não só se apropriem dos conhecimentos, mas que tenham a capacidade de os reconverter numa perspetiva dinâmica com o intuito de resolver novos e complexos problemas com sentido crítico e criatividade (Cardoso, Peixoto, Serrano & Moreira, 1996).

A introdução de alterações no SU requer um processo de adaptação, mediado pela formação da equipa multidisciplinar, e particularmente da equipa de enfermagem.

Perante a sociedade, o enfermeiro, assume o dever deontológico de excelência do exercício com a manutenção da atualização contínua dos seus conhecimentos, no entanto as competências do enfermeiro especialista superam este dever, exigindo ao enfermeiro especialista desempenho do papel de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, o suporte da sua prática clínica na investigação e no conhecimento e a liderança de na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho [.

Estas competências coadunam-se com a metodologia de projeto implementada durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que perante a implementação do projeto sustentado por fundamentação teórica exigiu a análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação quer nos dois momentos de formação formal (APÊNDICE 8). Quer utilizando canais de comunicação formal através da fixação de comunicados com a divulgação da reorganização da SE, quer utilizando canais de comunicação informal em momentos de formação informal através da comunicação entre pares, com o intuito de fazer chegar a mensagem a toda a equipa multidisciplinar (Teixeira, 2005).

Este processo foi assim mediado por um estilo de liderança contingencial adequada à situação concreta, baseada na Teoria situacional de Hersery e Blanchard que defende a adoção de diferentes estilos de liderança de acordo com o nível de maturidade dos colaboradores, nomeadamente de comando, orientação, apoio e delegação de acordo com três elementos o grau de comportamento orientado para as tarefas (supervisão enfatizando os trabalhos a ser efetuados), o grau de comportamento relacional (consideração pelos colaboradores e apoio emocional) e o nível de maturidade dos subordinados (Teixeira, 2005) [C2.2].

Este estilo de liderança revelou-se o mais eficaz por se tratar de uma equipa multidisciplinar, com diferentes grupos profissionais e diferentes níveis de maturidade patenteada no desejo de realização, disposição em aceitar

responsabilidades e educação, conhecimento e experiência para a tarefa (Teixeira, 2005).

O percurso percorrido visa a excelência do exercício, iluminado pelo mandato social balizado por uma conduta ética e deontológica. Cada passo rumo à excelência, evidenciado na aquisição de competências e aperfeiçoamento profissional robustece o compromisso assumido perante a sociedade, de melhoria contínua para uma prestação de cuidados adequada às necessidades das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fechar deste ciclo de estudos não coloca um ponto final, dá lugar a uma vírgula na procura da excelência dos cuidados.

A permanente atualização de conhecimentos é um dever ético e deontológico do enfermeiro, revestido pela responsabilidade assumida perante a sociedade.

É com muita satisfação que apesar do início conturbado deste percurso, hoje, o olhar distante permite constatar que, embora o receio tenha marcado o início do estágio no SU ao pensar que o papel de discente não seria reconhecido no seio da equipa de enfermagem, esses sentimentos foram-se dissipando e é possível reconhecer o acolhimento e apoio por parte de toda a equipa. Esta oportunidade ganha agora contornos salutareos uma vez que, a implementação de um PIS é muito mais gratificante no serviço palco do exercício profissional, pois permite acompanhar e monitorizar todo o processo de mudança.

Este ciclo de estudos permitiu um crescimento pessoal e profissional, enriquecido pela componente teórica, pelos estágios na sua diversidade e multidisciplinaridade, estimulando a revisão da literatura, bem como o pensamento crítico e reflexivo.

Os objetivos delineados foram alcançados com a descrição crítica e reflexiva de cada uma das etapas do PIS e PAC enquadrados pelos módulos teóricos que tiveram lugar neste mestrado, bem como pelas competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

A implementação do PIS no SU constituiu uma mais-valia ao incidir sobre um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem. A metodologia

de projeto permite uma dinâmica entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio campo de investigação (Nunes, 2010). No entanto, a produção de conhecimento só se torna efetiva com a sua divulgação dos resultados, o que se torna possível com a publicação do artigo produzido.

Por fim, mereceu destaque a análise crítica e reflexiva das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, inspirada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica.

Os objetivos delineados no início deste ciclo de estudos foram alcançados com a aquisição e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro em enfermagem em pessoa em situação crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo da componente teórica, modeladora do pensamento crítico e reflexivo e da componente prática, com a implementação dos projetos delineados reunindo contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados com base em evidência.

A prática baseada em evidência ao permitir a revisão e a reconstrução do exercício profissional de enfermagem fundada em provas válidas, úteis e procedentes da investigação, constitui um instrumento facilitador para a melhoria da eficiência (Ferrito, 2004).

Esta visão e a relevância dos seus resultados para a ciência de enfermagem, incute a aplicação deste instrumento na procura contínua da excelência dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa: *Formasau - Formação e Saúde, Lda*.
- Abreu, W. (s.d.). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. Acedido em Lusomed em Maio 5, 2012 : <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alto Comissariado da Saúde (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e para o acidente vascular cerebral*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Thoracic Society/ Infectious Diseases Society of America [ATS/IDSA] (2005). Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, pp 388–416. Acedido em American Thoracic Society em Julho 23, 2012: <http://www.thoracic.org/statements/resources/mtpi/guide1-29.pdf>.
- Baartman, L., & Bruijn, E. (2011). Integrating knowledge, skills and attitudes: conceptualising learning processes towards vocational competence. *educational research review* , 6, pp. 125-134.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Cardoso, A., Peixoto, A., Serrano, M. & Moreira, P. (1996). O movimento de autonomia do aluno: repercussões a nível da supervisão. In Alarcão, I. (Ed.) *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Carthey, J. & Clarke, J. (2010) *Implementing human factors in healthcare*. Acedido em *Patient Safety First* em Março 5, 2012: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003). Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia: Recommendations of the centers for disease control and prevention healthcare infection control practices advisory committee . *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53: RR03, pp. 1-36. Acedido em Centers for Disease Control and Prevention, em Maio 30, 2012: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Acedido em Centers for Disease Control and Prevention em Maio 30, 2012: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51: RR16, pp.1-46. Acedido em Centers for Disease Control and Prevention em Maio 30, 2012: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- Chan, E., Ruest, A., Meade, M. & Cook, D. (2007). Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 334. Acedido em BMJ, em Julho 10, 2012: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39136.528160.BE>.
- Coffin, S., Klompas, M., Classen, D., Arias, K., Podgorny, K., Anderson, D. *et al* (2008) Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. *Infection control and hospital epidemiology*, 29:1, pp. 31-40 Acedido em JSTOR Julho 10, 2012: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062#rf85>.
- Conselho de União Europeia (2009). Recomendação do conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos paciente, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, C151, pp. 1-6. Acedido em Conselho da União Europeia Julho 10, 2012: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pt.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 1.0. Acedido em Ordem dos Enfermeiros Outubro 20, 2011: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>.
- Correia, I; Lima, L. & Mouro, C. (s.d.). *Guião para o estilo de escrita da APA* [on-line]. Scribd web site. Acedido em Setembro 10, 2012, em <http://pt.scribd.com/doc/89963349/APA-Resumido>.
- Costa, M. (2004). Relação Enfermeiro-Doente. In Neves, M. & Pacheco, S. (Eds.). *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (pp. 63-80). Coimbra: Gráfica Coimbra, Lda.
- Cunha, J. (2004). *A autonomia e a tomada de decisão no fim de vida*. Manuscrito não publicado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto.
- Deodato, S. (2006). Dilemas éticos no exercício profissional no enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, 21, pp. 25-30.
- Dias, H., & Luzio, F. (2000). Alívio da dor em fase terminal. In C. Neves, I. Neto, M. Vieira, A. Loff, A. Alves, H. Dias, et al. (Eds.). *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde [DGIES] (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. [on-line] Web site Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Acedido em Julho 16, 2011 em: <http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdocumentos/Paginas/RededeReferencia%C3%A7%C3%A3oHospitalar.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. [on-line] Web site Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, acedido Outubro 25, 2011 em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>
- Direção-Geral de Saúde (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. [on-line] Web site Portal da Saúde, acedido Janeiro 10, 2011 em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/6/controlo+dor.htm>
- Direção-Geral de Saúde (2008b). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização*. [on-line] Web site Direção Geral de Saúde, acedido em Outubro 25, 2011 em: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=0020AAAAA>
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Eixo estratégico qualidade em saúde*. [on-line] Web site Direção-Geral de Saúde, acedido Julho 14, 2012 em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Sa%C3%BAde1.pdf
- Ecklund, M. & Stamps, D. (2002). The synergy model in practice: promoting synergy in progressive care. *Critical Care Nurse*, 22 (4), 60-66.
- Emergency Nurses Association [ENA] (2007). *Trauma nursing core course: Provider manual* (6ª Ed.). United States of America: Emergency Nurses Association.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2012). *Inquérito de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e utilização de antimicrobianos nos hospitais de agudos na europa: Protocolo versão 4.2 - Inquérito completo*. [on-line] Web site Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, acedido em Maio 21, 2012 em: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAA>
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. & Fitzpatrick, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), pp. 115-119.
- Ferreira, A. & Madeira, M. (2011). A dor torácica na sala de emergência. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4 (1), pp.50-56.

- Ferrito, C. (2004). *Enfermagem baseada na evidência: Estudo piloto sobre a necessidade de informação científica para a prática de enfermagem*. Manuscrito não publicado, ISCTE/INDEG, Lisboa.
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Germano, N. & Fernandes, A. (2008). Pneumonia associada ao entilador. In Marcelino, P. (Ed.) *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico* (pp. 225-233). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Grupo de Trabalho Urgências. (2006). *O serviço de urgência: Recomendações para a organização de cuidados urgentes e emergentes*. [on-line] Web site Hospitais EPE do Ministério da Saúde, acedido em Novembro 20, 2011 em: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf
- Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência – Manual do formando*. Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- Higgs, J., Richardson, B., & Dalgren, M. (2004). *Developing practice knowledge for health professionals* (1ª ed.). London: Butterworth Heinemann.
- Institute For Healthcare Improvement [IHI] (2012). *How-to guide: Prevent ventilator-associated pneumonia*. [on-line] Web site Institute For Healthcare Improvement, acedido em Maio 22, 2012 em: www.ihl.org.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2011). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2011). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Joseph, N., Sistla, S., Dutta, T., Badhe, A., Parija, S. (2010). Ventilator-associated pneumonia: A review. *European Journal of Internal Medicine*, 21, pp. 360-368.
- Loff, A. (2000). Que risco para o enfermeiro que presta cuidados ao doente terminal? In C. Neves, I. Neto, M. Vieira, A. Loff, A. Alves, H. Dias, et al. (Ed.), *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Lopes, M. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Oeiras: Gráfica 2000 - Gabinete Técnico de Artes Gráficas, Lda.

- MacPhail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In S. Sheehy (Ed.), *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Marcelino, P. & Pimentel, I. (2008). Abordagem clínica da ventilação mecânica. in marcelino, P. (Ed.). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico* (pp.105-161). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12:2, pp. 62-65.
- Martins, L. (2004). Beneficiência e Não-Malificiência. In M. Neves, & S. Pacheco (Eds.), *Para Uma Ética de Enfermagem* (pp. 229-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Marum, S. & Mata, C. (2008). Anátomo-fisiologia do pulmão. In Marcelino, P. (Ed.). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico* (pp. 105-161). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Matos, A. & Sobral, A. (2010). Como eu, enfermeiro, faço prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Portuguesa Medicina Interna*, 17(1), pp. 61-65.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2.^a ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Mendes, G. (2009) A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), pp. 165-169.
- Mossa, C., Grealishb, L., & Lakec, S. (2010). Valuing the gap: A dialectic between theory and practice in graduate nursing education from constructive educational approach. *Nurse Education Today*, 30(4), pp. 327-332.
- Nehme, N. (2008). *Implantação do sistema de gestão da qualidade em um laboratório de pesquisa do instituto oswaldo cruz: desafios e soluções da realidade do programa de acreditação de laboratórios clínicos da sociedade brasileira de patologia clínica - medicina laboratorial*. [on-line] Web site Repositório Institucional de Fiocruz, acedido em Novembro 20, 2011 em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2498/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Nehme_N%C3%A9dia_Saad.pdf
- Newberry, L. (2001). Gestão do serviço de urgência. In S. Sheehy (Ed.), *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Nunes, L. (2002). Cinco Estrelas. *Nursing*, 171, pp. 8-11.

- Nunes, L. (2006, Maio). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Apresentado no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, pp. 1-37.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Desenvolvimento profissional - que futuro? certificação de competências e especialidades. Apresentado no Fórum Nacional Descentralizado, Lisboa, Portugal, acedido em Ordem dos Enfermeiros em Maio 10, 2012 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ExpressOE_Set_2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. [on-line] Web site Ordem de Enfermeiros, acedido Maio 15, 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doente crítico - recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ordem dos Médicos (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos, Grupo de Trauma, Competência em Emergência Médica.
- Osswald, W. (2004). Entre o "curar" e o "cuidar": a humanização dos serviços de saúde. In M. Neves, & S. Pacheco (Eds.), *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios* (pp. 363-374). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Ourives, A. (2004). Confidencialidade e privacidade. In M. Neves, & S. Pacheco (Eds.), *Para Uma Ética de Enfermagem* (pp. 249-262). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), pp. 1024-31.
- Peterson, J. & Smith, R. (1998). *5s Pocket guide*. Portland: Productivity, Inc.
- Pina, E., Silva, G. & Ferreira, E. (2010). Relatório inquérito de prevalência de infeção 2010. [on-line] Web site Direção-Geral de Saúde, acedido Abril 25, 2012,: <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Rocha, M., & Dias, A. (1996). Enfermagem de urgência - Uma perspectiva de intervenção. *(IN)Formar*, 7, pp. 8-10.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Santos, L. (2003). Avaliar competências: Uma tarefa impossível? *Educação e Matemática*, 74, pp. 16-21.
- Santos, E. (2005). *Estilos de liderança transformacional/transacional e padrões de inteligência emocional na gestão dos enfermeiros hospitalares*. [on-line] Web site Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, acedido em Julho 16, 2012 em: <http://hdl.handle.net/10400.12/892>
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência - da teoria à prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Silva, G. (2005). *O Método 5s*. [on-line] Web site Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acedido em Outubro 10, 2011, em: www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5S.pdf
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1989). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das organizações*. Lisboa, McGraw-Hill.
- Thelan, L., Davie, J., Urden, L. & Lought, M. (1994). *Enfermagem em cuidados intensivos – intervenção e diagnóstico* (2.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In M. Alligood, & T. Ann (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 3-14). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Trouillet, J. (2012). Ventilator-associated pneumonia: a comprehensive review. *hospital practice*, 40(2), pp.165-175. [on-line] Web site PubMed, acedido em Julho 25, 2012 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615091>.
- Varela, M., Ramalho, M., Maltinha, N. & Henriques, R. (2009). Protocolo n.º 1 – Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *manual de normas, Protocolos e Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Espírito Santo, EPE, Évora*, pp. 1-5.
- Virvan, D. (1998). Comunicação terapêutica: A Interacção enfermeira-utente. In V. Bolander (Ed.), *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (pp. 519-554). Lisboa: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Wehbe, G., & Galvão, M. C. (2005). Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1, pp. 33-38.
- World Health Organization (2005). *World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands*. Geneva: World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Acedido em World Health

Organization em Maio 22, 2012 em:
http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf

REFERÊNCIAS LEGAIS

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República nº 205 – I Série A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.

Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro. *Diário da República nº 42 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo nº11/2002 de 6 de Março. *Diário da República nº 55 – I Série B*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro. *Diário da República nº 42 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho de 23 de Outubro de 1996. *Diário da República nº 246 – II Série*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa.

Lei nº 33/2009 de 14 de Julho. *Diário da República nº 134 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 180 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO 1

Seminário “Doação, Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos”

 u évora ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS  HOSPITAL S. JOSÉ Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação	
Seminário “Doação, Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos” Auditório do Colégio do Espírito Santo - Universidade de Évora Dia 30 de Março de 2012	
09h.00 09h.15	Abertura do Seminário – <i>Prof. Dr. Manuel Lopes</i> – Diretor da ESESJD/UE <i>Prof. João Mendes</i> – Diretor do CPLEEMC <i>Enfª Maria da Cruz Palma</i> – Diretora do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação – CHLC, EPE
09h.15 10h.00	<i>Moderador da manhã: Prof. João Mendes e Drª Maria João Xavier</i> Organização da Colheita de Órgãos e Tecidos em Portugal <i>Enfª Maria da Cruz Palma</i> – Diretora do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação – CHLC, EPE
10h.00 10h.45	O Papel do Coordenador Hospitalar de Doação nos Hospitais da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação <i>Drª Filipa Almeida</i> - Coordenadora Hospitalar de Doação do Hospital do Espírito Santo, EPE Évora
10h.45 11h.30	Consentimento Presumido. Informação à família. <i>Enfª Filomena Leal</i> – Coordenadora da Área das Neurociências - CHLC, EPE
11h.30 12h.15	Como “Tratar” o Potencial Dador de Órgãos <i>Drª Sara Coelho</i> – Anestesiologista do CHLC, EPE
12h.15 12h.45	Debate
12h.45 14h.00	Almoço livre
14h.00 14h.30	<i>Moderador da Tarde: Profª Ana Fonseca e Enfª Maria da Cruz Palma</i> Referenciação de um Dador de Órgãos/Coordenação da Colheita <i>Enfª Fernando Rodrigues</i> – Coordenador de Colheita/Transplante, CHLC,EPE
14h.30 15h.15	Os Enfermeiros da Equipa de Colheita de Órgãos e os Papéis a Desempenhar <i>Enfª Paula Pico, Enfª Fátima Gonçalves</i> – Enfermeiras que integram a Equipa do GCCT, CHLC,EPE
15h.15 15h.45	Como Contribuir para a Autossuficiência de Tecidos em Portugal <i>Drª. Maria João Xavier</i> – Técnica Superior - Área Tecidos, CHLC,EPE
15h.45 16h.00	Debate
16h.00	Encerramento
Comissão Científica	<i>Presidente: Manuel Lopes – Diretor da ESESJD</i> <i>Membros: João Mendes; Ana Fonseca; Isabel Correia; Anjos Frade; Maria do Céu Marques; Maria da Cruz Palma; Filomena Leal; Maria João Xavier; Filipa Almeida; Fernando Rodrigues; Sara Coelho; Paula Pico; Fátima Gonçalves.</i>
Comissão Organizadora	<i>Presidente: João Mendes – Diretor do CPLEEMC</i> <i>Membros: Maria da Cruz Palma; Filomena Leal; Maria João Xavier; Ana Fonseca; Isabel Correia; Anjos Frade; Maria do Céu Marques.</i>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Diagnóstico de Situação do PIS

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano Letivo 2011/2012**Definição do Problema**

Estudante: Eliana Carina da Silva Martins
Instituição: Hospital da Região Sul
Serviço: Urgência Geral (SU)
Título do Projecto: Por uma Sala de Emergência (SE) funcional
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): A SE é uma sala dotada de equipamento, material clínico e farmacêutico adequado para responder em situações de urgência/emergência. Na SE são admitidos doentes críticos, em risco de vida que requerem cuidados imediatos, que determinam, muitas vezes, a sua sobrevivência, ou ainda, no caso específico da SE procedimentos específicos como colocação de CVC, toracocentese diagnóstica ou evacuadora, punção lombar, ... A multiplicidade de patologias que determinam a admissão de doentes na SE, bem como a complexidade da equipa multidisciplinar que actua no SU requerem uma sala funcional, que permita responder eficientemente a todas as situações de urgência/emergência. Neste contexto, ocorrem a esta sala, elementos da equipa multidisciplinar em presença física no SU (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos) e especialistas de várias áreas clínicas (cardiologistas, nefrologistas, ...) de prevenção que, nem sempre, conseguem situar em tempo útil o material necessário para determinado procedimento, muitas vezes, pela sua diminuta frequência à SE. Esta conjuntura pode ser explicada pelo facto da organização da SE não ser intuitiva, o que pode ser colmatado com uma organização por áreas de actuação (Via aérea, respiração, circulação, ...) e constituição de kits para procedimentos específicos. Por outro lado, a dotação de material clínico e farmacêutico é aleatório, não havendo adequação quantitativa, da necessidade à existência efectiva do material nesta sala. Esta situação fez emergir a necessidade de reorganizar a SE com a finalidade de torná-la mais funcional, mais intuitiva.
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Funcionalidade da SE comprometida pela aleatoriedade da organização do espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico desadequado às necessidades (em número e especificidade)
Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) O hospital é, desde 2007, classificado como entidade pública empresarial, integrada na rede do Serviço Nacional de Saúde, na Região de Saúde do Alentejo (Dec. Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro) O SU é um serviço de urgência polivalente, sendo o hospital de referência na Região de Saúde do Alentejo. Neste contexto, de acordo com a rede de referência hospitalar de urgência/emergência, ocorrem a este serviço pessoas que pela localização da sua residência são da sua área de influência, bem como pessoas referenciadas por hospitais da região (Portugal, 2001). No ano de 2010 o SU admitiu 56360 pessoas, pelo que foram assistidas, em média, cerca de 150 pessoas por dia. A SE é a área funcional do SU que admite os doentes críticos, nesta sala, de acordo com os dados estatísticos do hospital foram acolhidos em 2010, 325 doentes críticos com origem na admissão. No entanto, este número não corresponde ao número total de admissões na SE, por diversas variantes: doentes que são admitidos noutras áreas funcionais do SU (Balcão, Balcão Cirurgia, Ortopedia) que pelo seu estado clínico, deterioração do estado clínico ou necessidade de procedimento específico (colocação de cateter venoso central, toracocentese, drenagem de abscesso, ...) são transferidos para a Sala de Emergência e, não raras vezes, não são alocados a essa área funcional; doentes transferidos da admissão para a Sala de Emergência que, por vezes, por lapso, são alocados a outras áreas funcionais. Estes factores contribuem grandemente para minorar, estatisticamente, o número de doentes admitidos na SE do SU. Ainda assim, os resultados estatísticos, revelam a prevalência de alguns fluxogramas da Triagem de Manchester, aquando da admissão de doentes na SE, o que permite extrapolar as queixas que mais frequentemente conduzem a esta área funcional, nomeadamente, dispneia (26% com origem na admissão), estado de inconsciência (20%), indisposição no adulto

(18%), grande traumatismo (10%) e dor torácica (9%). Pela sua relevância na malha hospitalar, a SE é uma das áreas em destaque nas recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes (Grupo de Trabalho Urgências, 2006) que preconiza a regulamentação da organização e funcionamento de SE nos Serviços de Urgência, para o qual se pretende contribuir com o presente projecto de intervenção em serviço. Nesta linha de pensamento, foi elaborado um questionário à equipa de enfermagem do SU com o objetivo de validar a pertinência da reorganização do espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico na SE do SU (APÊNDICE 2). Este questionário foi aplicado a 34 dos 50 elementos que constituem a equipa de enfermagem do SU, o que permitiu concluir que: é consensual, no seio da Equipa de Enfermagem, que a SE é mais funcional quando organizada por áreas de atuação e que a sua performance, em situações de emergência, é facilitada na presença de kits para procedimentos específicos; por outro lado, a organização atual da SE é considerada pela maioria dos enfermeiros funcional, no entanto, somente 4 consideram que esta esteja organizada por áreas de atuação (APÊNDICE 2).
Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras) Organização casual de material clínico e farmacêutico Dotação de material clínico e farmacêutico desajustada das necessidades efetivas Escassez de formação específica sobre a SE Eficiência da equipa multidisciplinar comprometida por desconhecimento da área funcional (SE)
Determinação de prioridades Consulta de peritos sobre a pertinência do projecto de intervenção em serviço (PIS) Elaboração e aplicação de questionário para validação da pertinência do PIS Registar fotograficamente a SE actual Realizar estágio de observação em outras unidades hospitalares Elaborar plano de distribuição do material clínico por áreas de actuação Constituir os kits para procedimentos específicos Reunir grupo de peritos para aferir reorganização da SE Primeiro momento de informação/formação à equipa para aferir reorganização da SE Reorganizar SE Registar fotograficamente a SE após a reorganização Segundo momento de informação/formação sobre a reorganização da SE Avaliar a funcionalidade da SE após a reorganização
Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo): <u>OBJECTIVO GERAL</u> Reorganizar a Sala de Emergência (espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico) <u>OBJECTIVOS ESPECIFICOS</u> Organizar material clínico na SE por áreas de actuação (A, B, C, D, E) Formar kits para procedimentos específicos (cateter venoso central, toracocentese,...) Adequar a dotação de material clínico e farmacêutico à sua utilização (chek-list) Efectuar acções de formação para dar a conhecer à equipa multidisciplinar a reorganização da SE e debater possíveis reajustes
Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa) 1. DECRETO-LEI n.º 50-A/2007. D.R. I. 2.º Suplemento. 42 (2007-02-28) 1414-(26) a 1414-(29)

2. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p.
3. GRUPO DE TRABALHO URGÊNCIAS. Direcção-Geral de Saúde. O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização de Cuidados Urgentes e Emergentes – Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2006 – 111p.

Data: 23.Nov.2011

Assinatura: Eliana Martins

APÊNDICE 2

Questionário PIS



Solicitamos a colaboração dos colegas no preenchimento do questionário que apresentamos na página seguinte.

O mesmo tem como objectivo:

- Validar com a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral do Hospital a pertinência da reorganização do espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico na Sala de Emergência (SE) do SU.

A informação obtida permitirá a prossecução do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS) a desenvolver por Enf.^a Eliana Martins ao longo dos estágios I, II e III, enquanto discente do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação da Enf.^a A. D. e da Prof. L.M..

É garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo a sua utilização limitada ao PIS descrito.

POR FAVOR NÃO IDENTIFIQUE O QUESTIONÁRIO.

Neste questionário é utilizada uma Escala de Likert em que deve ser assinalado, para cada uma das afirmações, um dos 5 níveis seguintes:

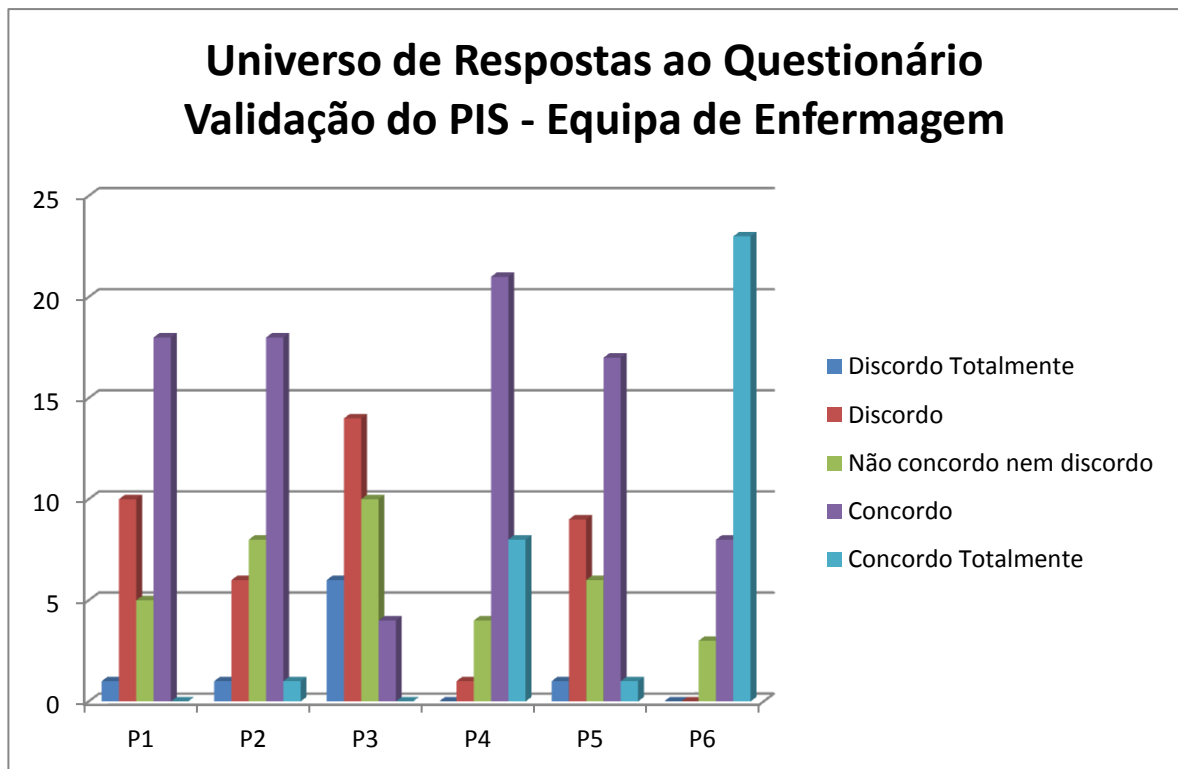
- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
A SE do SU é funcional.					
Todo o material/equipamento necessário em caso de emergência está acessível em tempo útil. ⁵⁵					
A SE do SU está organizada por áreas de actuação ⁵⁶ .					
A SE é mais funcional quando é organizada por áreas de actuação.					
A quantidade de material existente na SE do SU é proporcional à sua utilização.					
A existência de Kit's preparados para procedimentos específicos facilita a actuação de enfermagem em situações de emergência.					

Grata pela vossa colaboração

⁵⁵ "Em tempo útil" deve ser entendido como o tempo ótimo, em caso de emergência, não comprometendo a eficiência do procedimento.

⁵⁶ "Áreas de actuação": A(Via aérea); B(Ventilação); C(Circulação); D(Disfunção Neurológica); E(Exposição)



APÊNDICE 3

Planeamento do PIS

Planeamento do Projecto

Estudante: Eliana Carina da Silva Martins	Orientador: A. D.				
Instituição: Hospital Espírito Santo, EPE Évora	Serviço: Urgência Geral				
Título do Projecto: Por Uma Sala de Emergência Funcional					
Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>): OBJECTIVO GERAL Reorganizar a Sala de Emergência (espaço físico e dotação de material clínico e farmacêutico) OBJECTIVOS Específicos Revisão da literatura Organizar material clínico na SE por áreas de actuação (A, B, C, D, E) Formar kits para procedimentos específicos Adequar a dotação de material clínico à sua utilização Adequar a dotação de material farmacêutico à sua utilização Efectuar acções de formação à equipa a reorganização da SE Avaliar os conhecimentos da equipa sobre a SE após a reorganização					
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)					
Docente Referência Prof. ^ª L.M. Enf. ^ª Chefe do Serviço de Urgência Geral – Enf. ^ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica J. M. Enf. ^ª Orientadora – Enf. ^ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica A. D. Directora Clínica do Serviço de Urgência Geral – Dr. ^ª C. B. Equipa de Enfermagem do SU Data: ____/____/____ Assinatura: _____					
Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Organizar material clínico na SE por áreas de actuação (A, B, C, D, E)	* Revisão da literatura * Validar junto de peritos e dos pares a pertinência da organização do material por áreas de actuação * Registrar fotograficamente a Sala de Emergência (SE) antes da reorganização * Realizar estágio de observação na Sala de Emergência do Hospital São José e do Hospital de Santa Maria * Realizar um inventário do material existente na SE * Distribuir material clínico por áreas de actuação * Definir a alocação do material clínico na SE * Reunir todo o material clínico e equipamentos necessários à implementação da reorganização * Reorganizar a SE por áreas de actuação * Utilizar sinalética adequada para identificar a alocação do material * Registrar fotograficamente a SE após a reorganização	Equipa de Enfermagem do SU Peritos do SU Enfermeiro do SU do Hospital de S. José Enfermeiro do Hospital de Sta. Maria	Bases de dados electrónicas, artigos e livros Caneta Papel Computador Impressora Tinteiro cor preta Máquina Fotográfica Fita adesiva de cor (amarela, azul, vermelha,..)	8H 1H 56H 32h 4H 16H 16H 36H 4H 1H	Realização do questionário 1 a 50% dos elementos da equipa de enfermagem Registo fotográfico da SE previa à reorganização Elaboração do inventário da SE Organização do material clínico por áreas de actuação associada a sinalética identificativa
Formar kits para procedimentos específicos (cateter venoso central, toracocentese, queimados, algaliação...)	* Revisão da literatura * Validar juntos de peritos e dos pares a pertinência da formação de kits para procedimentos específicos * Realizar estágio de observação na SE do Hospital São José e do Hospital de Santa Maria * Acompanhar um dos enfermeiros do SU responsáveis pela área de gestão * Definir junto dos peritos os kits	Equipa de Enfermagem do SU Peritos do SU Enfermeiro do SU do Hospital de S. José Enfermeiro do Hospital de Sta. Maria	Bases de dados electrónicas, artigos e livros Caneta Papel Computador Impressora Tinteiro cor	8H 24H 8H 10H 2H	Constituição de Kits para procedimentos específicos Alocação dos kits na SE associada a sinalética adequada

	* a constituir * Definir o material necessário em cada kit * Constituir os kits * Definir a alocação dos kits na SE		preta Máquina Fotográfica Caixas de plástico resistente com sistema de fecho integral		
Adequar a dotação de material clínico Adequar a dotação de material farmacêutico à sua utilização (chek-list)	* Revisão da literatura * Reunir dados estatísticos sobre a utilização da SE * Validar junto de peritos e dos pares a pertinência da adequação da dotação de material clínico e farmacêutico à sua utilização * Registrar fotograficamente a SE antes da reorganização * Realizar estágio de observação na Sala de Emergência do Hospital São José e do Hospital de Santa Maria * Realizar um inventário do material existente na SE * Identificar e excluir material clínico desnecessário na SE * Acompanhar um dos enfermeiros do SU responsáveis pela área de gestão * Definir junto de peritos a dotação adequada de material clínico * Definir junto de peritos a dotação adequada de material farmacêutico na SE * Elaborar uma chek-list da SE	Peritos do SU	Caneta Papel Computador Impressora Tinteiro cor preta Máquina Fotográfica	6H 4H 2H 6H 6H 30H	Elaboração de uma chek-list da SE Reorganização da SE
Efectuar acções de formação para dar a conhecer à equipa de enfermagem a reorganização da SE e debater possíveis reajustes	* Revisão da literatura * Elaborar o projecto de reorganização da SE * Divulgar o projecto de reorganização da SE juntos à equipa de enfermagem do SU * Concretizar a apresentação da reorganização da SE * Aferir e divulgar a reorganização da SE junto da equipa de enfermagem (1.º momento formativo) * Apresentar a SE à equipa de enfermagem após reorganização (2.º momento formativo) * Aplicar o questionário 2 para avaliação de conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a SE no final do 2.º momento formativo	Equipa enfermagem SU	Computador Projector Papel Impressora Tinteiro cores Tinteiro preto	40H 8H 16H 2H 2H	1.º Momento formativo com a presença de 10% da equipa de enfermagem do SU 2.º Momento formativo com a presença de 15% da equipa de enfermagem 90% das questões do questionário correctas na 1.ª aplicação
Cronograma: <u>Ver Apêndice – Cronograma</u>					
Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Professora Orientadora da ESS/IPS; Equipa Enfermagem do SU; Peritos do SU; Enfermeiro do H. S. José; Enfermeiro H. Sta. Maria <u>Recursos Materiais:</u> Caneta, papel, computador, impressora, tinteiro cor preta e cores, máquina fotográfica, fita adesiva de cor (amarela, azul, vermelha, ...), caixas de plástico resistente com sistema de fecho integral, projector					

Orçamento		
Recursos Humanos:		
	Tempo	Honorários*
Enf.ª Eliana Martins	864H	-----
Enf.ª A. D.	111H+105H	2364.17€
Enf. de H.S.José e H. Sta Maria	56H	750.22€
Enf.ª J. M.	32H	504.35€
Dr.ª C. B.	8H	154.50€
Prof. Dr.ª L. M.	30H	491.05€
TOTAL		4264.29€

*Valor estimado com base em tabela salarial 2009, primeira posição remuneratória (Fonte: Universidade do Minho)

Equipamento:			
ARTIGO	PVP	Quantidade	Preço
Computador Pavilion G6-1230SPHP	499€	1	499€
Impressora DeskJet 1050AHP	49€	1	49€
Papel Multioffice A4 80g Resma	3,89€	2	7,78€
Esferográfica Pentel BK77 Azul	0,99€	2	1,98€
Tinteiro HP 300XL Tricolor	35,49€	2	70,98€
Tinteiro HP 300XL Preto	30,49€	2	60,98€
Máquina Fotográfica FinePix T200FUJIFILM	119,90€	1	119,90€
Fita Dymo Tradicional 9mmx3mt Cores Sortidas 3 Unidades	7,99€	3	23,97€
Projector PicoPix PPX 1020PHILIPS	199€	1	199€
Caixa Multibox 39,5x30x17 18 Litros Transparente	13,99€	8	111,92€
Caixa Multibox 28x16,5x10 4 Litros Transparente	3,19€	10	31,90€
TOTAL			1176,41€

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Necessidade de prontidão da sala de emergência

- Planeamento rigoroso
- Preparação do todo o material clínico e farmacêutico, equipamento e recursos humanos necessários à reorganização da SE

Resistência à mudança pela equipa multidisciplinar

- Divulgação da reorganização da SE
- Envolver a equipa de enfermagem na reorganização da SE

Data ___/___/___ Assinatura: _____ Docente:

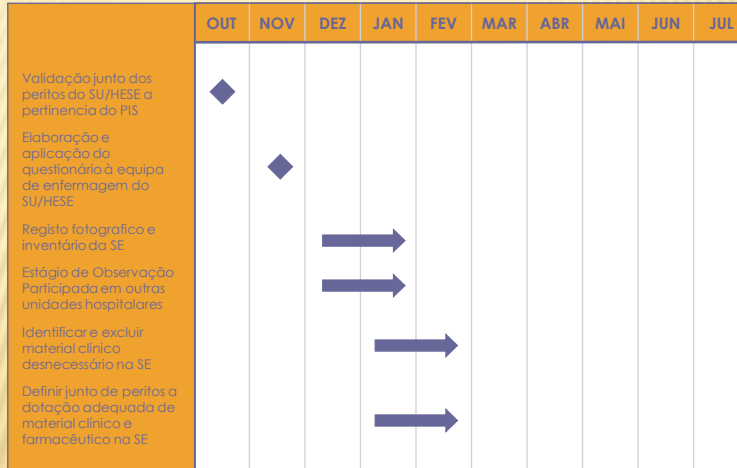
APÊNDICE 4

Cronograma Inicial do PIS

POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA FUNCIONAL...



CRONOGRAMA

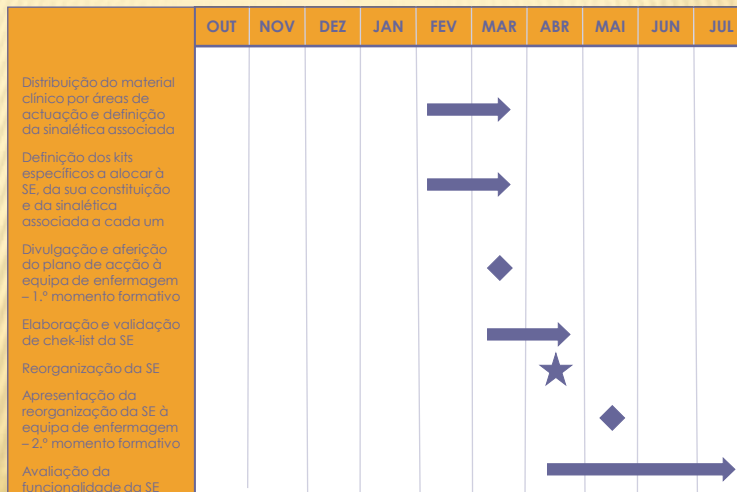


Eliana Martins – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA FUNCIONAL...



CRONOGRAMA



Eliana Martins – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APÊNDICE 5

Inventário SE

PAREDE DIREITA	1.ª PRATELEIRA	Colar cervical (S_M) (6)	Colar cervical (L_XL) (3)	Apoios Laterais com apoio de mento (2)	Bata irre recuperável de doente + óculos de protecção	Batas irre recuperáveis esterilizadas (3)	Saco Cadáver (1)					
	2.ª PRATELEIRA	Compressas Esterilizadas 15x20 (85)	Compressas Esterilizadas 10x10 (140)	Tubo fundo cónico para colheita de produtos líquidos para Anatomia Patológica; Conservante (Alcool 50%)	Tubos laboratório (EDTA; Citrato de Sódio; seco)	Seringas 10cc (10)	Seringas 1cc (11)	Agulhas EV (15)	Lâmina (3)	CVP n.º 16 (1)	CVP n.º 20 (10)	CVP n.º 24 (4)
						Seringas 20cc (7)	Seringas Gasimetria (7)	Controlador de Gotas (4)	Agulha SC (20)	"Clamp" Cordão Umbilical (2)	CVP n.º 22 (3)	CVP n.º 16 (6)
	3.ª PRATELEIRA	Pomadas/ Solutos (pensos e butterflys)	Solutos: Álcool (1) H ₂ O ₂ (1) Iodopovidona (1)	Adesivo: A. Perfurado (1) A. Hipoalergico (1)	Contentor colheita de urina: Tipo II (7) Asséptica (5)	NaCl 0.9% 500ml Lavagem (4)	Lactato de Ringer 500ml (4)	Glucose 5% em NaCl 0.9% 500ml (4)	Glucose 5% H ₂ O 500ml (3)	NaCl 0.9% 500ml (3)	NaCl 0.9% 100ml (11)	Glucose a 5% em H ₂ O (10)
4.ª PRATELEIRA	Régua de PVC (1)	Introdutor para colocação de PM provisório (1)	Conjunto Punção cavidade pleural com torneira (1) + cateter pleural (1)	Cateter central duplo lúmen (2)	Cateter central triplo lúmen (2)	Cistocater adulto (1)	Prolongamento 25cm (4)	Torneiras 3 vias (8)	Tampas torneiras (9)	Sistema de soro (4)	Ligadura elástica de 10cm (6) (e ligadura elástica 5cm (12))	Ligadura elástica de 15cm (7) (e de algodão (1) e cambric (3))

5.ª PRATELEIRA	SNG duplo lúmen n.º 18 (2) SNG n.º 16 (1) n.º 14 (2)	Câmara expansora com respirador de bucal (1) com máscara de adulto (1)	Tubos nasofaríngeos n.º 6 (1) n.º 7 (2) n.º 9 (1)	Saco Coletor de Fluidos (7)	Máscara cirúrgica (1 caixa)	Respirador de Partículas (1 caixa)	Dreno torácico 14F (2); 18F (1); 20F (2); 24F (2); 28F (2); 30F (2). Dreno tipo Shirley n.º 18 (3). Bard Biopty-cut® (1)	Medidor de pH da mucosa gástrica a 37º (1)	Tubuladura frasco drenagem simples (1)
6.ª PRATELEIRA	Aquecedor de fluidos (2)	Imobilizações (1 par)	Válvulas de venturi 24% (3); 28% (3); 31% (4); 35% (3); 40% (10); 60% (2)	Pensos oftálmicos (10)	Máscara de venturi com válvula (5) Tubos de conexão (4)	Kit nebulização adulto (4)	Óculos nasais (2)	Máscara de oxigénio adulto alta concentração (4)	
7.ª PRATELEIRA	Fraldas (13)		Resguardos (16)		Manípulos (6)	Batas Azuis (10)	Kit CVC + tabuleiro CVC (SF 100ml(2); Torneiras(3); Lidocaina 2%(4); Agulha IM(2) EV(2) SC(2) Diluição(2); Transfer(2); Seginas 5(2) 10(2); Pensos auto-adesivos(2) cirúrgicos(2); Sistema de PVC(1) Sistema de soro (2) Seda 0 (1) 2(0) (1); Lâmina de bisturi (2) Heparina (1); Rolo adesivo (1); Prolongamento 25cm (2))*		
8.ª PRATELEIRA	Camisas (6)	Calças (7)	Toalhas (7)		Lençóis (6)		Toalhas (5)		Resguardos grandes (4)

CVP – Cateter Venoso Periférico; PVC – Pressão Venosa Central; CVC – Cateter Venoso Central

PAREDE CENTRAL	Kit CVC + Tabuleiro de CVC*	Prologo opaco (4) sistema de soro opaco (1)	Prologo 100cm (7)	Seringas 50cc opacas (3)	Seringas 50cc (6)	Seringas 100cc (4)	Sistema soro (bomba infusora) (4) Sistema soro opaco (1)	Bicarbonato 8,4% 100ml (8)	Manitol 20% 250ml (6)	Volumen (9)	Geloplas m (3)	Lactato de Ringer 500ml (3)	Polielectrolítico com glucose 500ml (4)	Dext 5% em SF 500ml (3) 1000ml (2); em H ₂ O 500ml (5) 1000ml (4)	NaCl 0.9% 100ml (9) 500ml (9) lavagem (5) 1000ml (3)
		Luvas S (1 caixa)	Luvas M (1 caixa)	Luvas L (1 caixa)	Gel lubrificante sem lidocaina (15) com lidocaina (5)	Sistema de transfusão de sangue e derivados (3)	Sistema de transferência de líquidos (35)								

PAREDE ESQUERDA	1.8 PRATELEIRA						Tubos de traqueostomia com cuff n.º 6 (1) n.º 7.5 (5); n.º 8 (7)												Tubos de traqueostomia sem cuff n.º 6 (2); n.º 8 (2) Plug de decanulação n.º 6 (5), n.º 8 (3)												Luvas esterilizadas n. 6 (9)												Luvas esterilizadas n. 6.5 (7)												Luvas esterilizadas n. 7 (7)												Luvas esterilizadas n. 7.5 (10)												Luvas esterilizadas n. 8 (9)												Kit cricotirotomia + tabuleiro esterilizado												Ambu cardiopulmp® Ventilador portátil ambumatic®												Aguilha de punção n.º 18 (4) Kit introdu tor percuta neo eletrocateter 5F (2); 6F(2); 7F(1)												Electrocateter Bipolar 5F(2) 6F(1) Fio Guia												Circuit o Respir atório Básico											
	2.8 PRATELEIRA						Ag. Punção Lomb ar 19 G(2) 22 G(1)						Ag. IM (17)						Ag. SC (15)						Seringa 2cc (28)						Seringa 10cc (12)						Controlador de gotas (4)						Sistem as de soro (4)						Compress as 10x10 (230)						Compr essas 15x20 (90)						Adrenalina (27)						Bicarb onato de sódio 8.4% 10ml (6)						Lidoc aina 2% 5cc (4)						Dopamina (8)						Nolotil ® (6)						Tiopental (0) Isoprenalina (1)																																																											
						Tu bo s LC R (3)						Ag. Dilui ção (20)						Ag. EV (25)						Seringa 5cc (16)						Seringa 20cc (9)						Seringa gases (8)																														Adenosina (3)						Atropi na (19)						Lidoc aina 20% (0)						Dobutami na (2)						Naloxo na (6)						Sulfato magnésio (5) Tramadol (1)																																																						

PAREDE DIREITA	3.8 PRATELEIRA						Tubos Labor atório	Saco s de plást ico	Lâmina s de bisturi n.º 11 (1) (espát ulas (3) pensos (6))	Linhas de sutura:Vicyrl ¹ 2/0(4)3/0(3) Nylon ² 2/0(2) 3/0(1) 4/0(2) 5/0(1) Seda 0(3) 2/0 (1) 3/0(9) 4/0(1)	Algália n.º1 4 (1)	Algália n.º16 (2)	Algália n.º 18 (3) Sili co na n.º 20 (1)	Tamp as (10) Obtur ador (1)	CVP 20 (5)	CVP 18 (5)	NaCl 0.9% 10ml (8)	Amiod arona (8)	Glucose 30% (9)	Parace tamol (3)	Midazola n 15mg (1) 50mg (9)	
													Prolon gamen to 25 cm (4)	CVP 24(16) 26(2)	CVP 18 (5)		Digoxi na (8)	H ₂ O dest. 20ml (8)	Furose mida (5)	Propof ol 1% 50ml (3)	Metoclopr amida (20)	Ligad ura elasti ca 20cc (6)
													Tornei ras 3 vias (10)	CVP 22 (4)	CVP 16 (4)	Ade sivo s /sol uto s (Álc ool; cloro de etil o)	DNI (7)	Amino filina (4)	Flumaz enil (3)	Propof ol 1% 10ml (10)	Isoprenali na 1mg (3)	Ligad ura elásti ca 10cm (4) (alço dão (1) e camb ric (1))

¹ Sutura sintética absorvível

² Sutura monofilamentar

APÊNDICE 6

Classificação do Material de Acordo com a Utilização na SE

Projeto de Intervenção em Serviço:

“POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA MAIS FUNCIONAL”

SENSE DE UTILIZAÇÃO: Classificação do material clínico de acordo com a sua utilização na Sala de Emergência (SE)

Realizado por: Eliana Martins **N.º aluno:** 1005190258

1.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Estágio III

Orientação em contexto de estágio: Enf.ª Especialista A. D.

Orientação Pedagógica: Prof. Dra. L.M.

Nome: _____

Preencha assinalando com um **X** para cada um dos itens da tabela o nível da sua utilização na SE de acordo com a escala:

Sempre: utilizado sempre que a SE é utilizada

Quase sempre: utilizado pelo menos uma vez por semana

Ocasionalmente: utilizado pelo menos uma vez por mês

Raramente: utilizado pelo menos uma vez por ano

Desnecessário: não é necessária a sua alocação na SE

	Sempre	Quase sempre	Ocasionalmente	Raramente	Desnecessário	
"Clamp" cordão umbilical						
Adesivo 1,27cm						
Adesivo hipoalérgico						
Adesivo perfurado						
Agulha de punção lombar 19G e 22G						
Agulha de punção n.º 18+kit introdutor percutâneo electrocatetr 5F; 6F; 7F						
Agulhas diluição						
Agulhas EV						
Agulhas IM						
Agulhas SC						
Algália n.º 14; 16; 18; silicone n.º 18						
Ambu Cardiopump®						
Apoios laterais						
Aquecedor de fluidos						
Barrd Biopty-cut®						
Bata irrecuperável de doente						
Batas irrecuperáveis esterilizadas						
Calças						
Câmara expansora com máscara de adulto						
Câmara expansora com respirador de bucal						
Camisas						
Cateter central duplo lúmen						
Cateter central triplo lúmen						
Cateter pleural						
Circuito Respiratório Básico						
Cistocateter adulto						
Colar cervical						
Compressas 10x10						

Compressas 15x20						
Conjunto Punção cavidade pleural com torneira						
Contentor urina						
Controlador de débito						
CVP n.º 16						
CVP n.º 18						
CVP n.º 20						
CVP n.º 22						
Dreno tipo Shirley n.º 18						
Dreno torácico 14F, 18F,20F, 28F,30F						
Espátulas						
Fraldas						
Gel lubrificante com lidocaína						
Gel lubrificante sem lidocaína						
Imobilizações						
Introdutor para colocação PM provisório						
Kit cricotirotomia+ tabuleiro esterilizado						
Kit nebulização adulto						
Lâmina de bisturi n.º11; 15						
Lençóis						
Ligadura de algodão						
Ligadura de cambric						
Ligadura elástica de 10cm						
Ligadura elástica de 15cm						
Ligadura elástica de 5cm						
Linhas de sutura Vicryl®2/0; 3/0						
Nylon® 2/0; 3/0; 4/0; 5/0 Seda 0; 2/0; 3/0; 4/0.						
Luvas esterilizadas n.º 6; 6,5; 7; 7,5; 8						
Luvas S,M,L						
Manápulas						

Mascar de oxigénio adulto alta concentração						
Máscara cirúrgica						
Máscara de venturi com válvula 40%						
Medidor de pH da mucosa gástrica a 37º						
Óculos de protecção						
Óculos nasais						
Pensos Oftálmicos						
Prolongamento 100cc						
Prolongamento 25cm						
Prolongamento opaco						
Régua PVC						
Resguardos						
Resguardos grandes						
Respirador de partículas						
Saco cadáver						
Saco coletor de fluidos						
Sacos de plástico						
Seringa 100cc						
Seringa 50cc						
Seringa 50cc opaca						
Seringa de gases						
Seringas 10cc						
Seringas 1cc						
Seringas 20cc						
Seringas 2cc						
Seringas 5cc						
Sistema de soro						
Sistema de soro de bomba infusora						
Sistema de soro opaco						
Sistema de transferência de líquidos						

Sistema de transfusão de sangue e derivados						
SNG duplo lúmen n.º18						
SNG n.º 14						
SNG n.º 16						
Solutos						
Tampas torneiras						
Toalhas						
Torneiras 3 vias						
Tubo LCR						
Tubos de conexão de O2						
Tubos de traqueostomia com cuff n.º 6; n.º 7,5; n.º 8						
Tubos de traqueostomia sem cuff n.º6 e n.º8						
Tubos laboratório						
Tubos nasofaríngeos n.º 6, n.º 7						
Tubuladura frasco drenagem simples						
Válvulas de venturi 24%, 28%, 31%, 35%, 40%, 60%						
Ventilador portátil ambumatic®						

Grata pela vossa colaboração!

APÊNDICE 7

Trabalho Módulo Supervisão de Cuidados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de Saúde
Departamento de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados

Docente	A R, L M, S D	Estudante	Eliana Martins
Grupo	Eliana Martins, E G, J P, T C	Data	10-05-2012

Situação problemática:

Idoso residente na casa do filho, vítima de queda, admitido no Serviço de Urgência acompanhado do filho. A entrada apresenta vários hematomas/equimoses em diferentes estádios de evolução. Em diálogo com o enfermeiro revela ser vítima de maus tratos no domicílio, no entanto, recusa apresentar queixa às autoridades por receio de represálias.

Problemas/Diagnósticos de Enfermagem identificados:

Risco de Violência Doméstica
Processo familiar comprometido
Medo presente
Sofrimento presente
Processo de tomada de decisão comprometido

Medo presente
Sofrimento presente
Processo de tomada de decisão comprometido

Resultados Esperados de Enfermagem definidos:

Violência doméstica ausente
Processo familiar adequado
Medo ausente
Sofrimento ausente
Processo de tomada de decisão adequado

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:

Estabelecer uma relação de ajuda com o cliente e família

Avaliar o medo (represálias físicas, económicas, psicológicas...)

Aconselhar sobre angústia espiritual

Aconselhar no Processo de tomada de decisão

Fundamentação:

É fundamental a escuta activa, o diálogo, a assertividade para identificação dos problemas do indivíduo/família, recolher e apertiar os dados sobre a situação, percebendo corretamente as necessidades do cliente e identificando os pedidos de ajuda implícitos e explícitos, e, conseqüentemente formular os diagnósticos de enfermagem.

Caraterizar o medo, sentimentos, procura de significado do medo para o cliente

Necessário orientar na angustia espiritual, capacitando o cliente através do diálogo e ajuda-lo a identificar estratégias de enfrentamento de situações stressantes

Garantir através do diálogo que o cliente possui todos os conhecimentos e os compreende para

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
Avaliar o apoio social	a tomada de decisão. Constitui dever no enfermeiro no âmbito do artigo 84º do CDE que explana o dever de informação.
Manter a confidencialidade	Conhecer os recursos sociais que o cliente dispõe (família, instituições, amigos)
Explicar direito do cliente à vida, à dignidade, à segurança	O enfermeiro encontra-se vinculado ao dever de sigilo de acordo com o artigo 85º do CDE e de acordo com o Capítulo IV, Artigo 8.º do REPE que remete para o código penal art 135º. O enfermeiro deve respeitar a obrigação de guardar segredo relativamente a toda a informação confidencial de que tome conhecimento no âmbito da sua actividade profissional.
Proteger o direito do cliente	Capacitar o cliente O artigo 3.º e 5.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948 publicada em DR a 9 de Março de 1978 contemplam o direito à vida e à segurança pessoal e defendendo que ninguém deve ser submetido a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. O artigo 244º do Código Penal estabelece que constitui crime contra a assistência familiar deixar de prover a subsistência de ascendente maior de 60 anos, não lhes proporcionando recursos necessários ou deixando de socorrer quando enfermo. A Lei nº10.471, de 1 de

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
Prevenir violência doméstica	Outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências relativos aos direitos do idoso.
Contactar a Ordem do Enfermeiros e solicitar aconselhamento jurídico e deontológico urgente	Artigo 82º do CDE que remete para o Direito à vida e à qualidade de Vida. O enfermeiro quer impedir que o cliente volte a ser vítima de violência.
Encaminhar para outro profissional de saúde (mais bem colocado, nomeadamente, enfermeiro de família, assistente social)	O cliente é vítima de violência doméstica e recusa fazer queixa-crime por medo de represálias Regulamentado Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do Dever de Sigilo, OE, 2010
Propor protocolo entre a instituição de saúde e o tribunal com parecer do Conselho Jurisdicional da OE	O dever de encaminhar encontra-se patente no artigo 5º, alínea d) do REPE e artigo 83º, alínea b) do CDE. É dever do enfermeiro assegurar a excelência do exercício (art.88º do CDE e na alínea f) do ponto 6 do art. 8º do REPE)

Avaliação:

Avaliar resultados esperados
Monitorização eficácia do processo
Avaliar intervenções e reformular

Reflexão sobre as aprendizagens

Este exercício promoveu uma reflexão em grupo sobre o papel do enfermeiro, o alcance das suas intervenções e a fundamentação de algumas dessas intervenções baseada no dever ético e deontológico.

Reflectindo a nossa prática diária apercebemo-nos que frequentemente os nossos diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação se dirigem prioritariamente à rápida resolução dos problemas mais evidentes, menosprezando por vezes a complexidade desses problemas (inerente à pessoa humana - alvo dos nossos cuidados). É essencial que o enfermeiro tenha uma visão mais abrangente das reais necessidades do cliente... é nossa obrigação como enfermeiros, está no nosso CDE e REPE... é o que a sociedade espera de nós!

Podemos afirmar que a aprendizagem se reflectiu na mobilização e integração de conhecimentos de diferentes áreas do saber e perceber que só com a integração desses múltiplos saberes poderemos avaliar criteriosamente a situação e encontrar as intervenções adequadas para a resolução do problema. Esta realidade aplica-se a qualquer situação da nossa prática, efectivamente cuidar em enfermagem é um exercício permanente e exigente que carece de avaliações e reformulações constantes. Por fim podemos afirmar que este exercício nos levou ao desenvolvimento de competências na implementação do processo de enfermagem a um outro nível... ao nível de enfermeiro especialista.

APÊNDICE 8

Formação em Serviço sobre o PIS

Plano Sessão n.º 1

Formação: Por uma Sala de Emergência mais Funcional			Sessão n.º 1				
Formador(a): Eliana Martins			Duração: 2h		Data: 15.Maio.2012		
Orientadora em CE: Enf.ª A. D.			Orientadora Pedagógica: Prof. Dra. L.M.				
1.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Estágio III							
Objetivos Gerais: ❖ Descrever o diagnóstico de situação ❖ Expor o projeto de intervenção em serviço ❖ Apresentar a proposta de reorganização da SE ❖ Recolher contributos da equipa de enfermagem para a reorganização da SE							
Conteúdos teórico-práticos		Objectivos específicos e competências	Actividades	Métodos	Avaliação	Duração	Recursos didáticos
1- Diagnóstico da Situação		- Descrever a fase de diagnóstico da situação problema	- Apresentação dos resultados do brainstorming - Apresentação de resultados de inquérito à equipa de enfermagem	- Expositivo - Interrogativo	- Observação - Documento de avaliação	10 min	- PC - Projetor - Documento de avaliação
2- Projeto de intervenção em serviço (PIS)		-Apresentar os objetivos gerais e específicos do PIS -Descrever o método 5S e a sua aplicação no PIS -Apresentar a proposta de reorganização da SE -Recolher contributos da equipa de enfermagem para a reorganização da SE	- Enquadramento teórico do PIS - Descrição do método 5S e a sua aplicação no PIS - Apresentação do inventário da SE - Exposição da classificação do material clínico de acordo com a sua utilização - Definição do código de cores na reorganização da SE por áreas de atuação -Discussão dos kits de procedimentos específicos alocados na SE -Apresentação da proposta de reorganização da SE	-Expositivo - Interrogativo	-Observação -Documento de avaliação	1h50 min	- PC - Projetor -Documento de avaliação

Plano Sessão n.º 2

Formação: Por uma Sala de Emergência mais Funcional			Sessão n.º 2			
Formador(a): Eliana Martins			Duração: 2h		Data: 17.Julho.2012	
Orientadora em CE: Enf.ª A. D.			Orientadora Pedagógica: Prof. Dra. L.M.			
1.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Estágio III						
Objetivos Gerais:						
❖ Apresentar o projeto de intervenção em serviço "Por uma Sala de Emergência Funcional" à equipa multidisciplinar						
❖ Divulgar a reorganização da SE à equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência						
Conteúdos teórico-práticos	Objectivos específicos e competências	Actividades	Métodos	Avaliação	Duração	Recursos didáticos
1- Projeto de intervenção em serviço (PIS)	-Apresentar os objetivos gerais e específicos do PIS -Descrever o método 5S e a sua aplicação no PIS -Apresentar a reorganização da SE	- Enquadramento teórico do PIS	-Expositivo -Interrogativo	-Observação -Documento de avaliação	10 min	- PC - Projetor -Documento de avaliação
		- Descrição do método 5S e a sua aplicação no PIS			10min	
		- Descrição do código de cores na reorganização da SE por áreas de atuação			10min	
		- Apresentação da reorganização da SE			15 min	
		-Apresentação dos kits de procedimentos específicos alocados na SE			15min	
		-Apresentação do documento de verificação de material da SE			15min	
		- Clarificação das intervenções do assistente operacional e do enfermeiro na organização e manutenção da SE			15min	
		- Execução do questionário de avaliação			10min	
		- Correção do questionário de avaliação			10min	
		- Discussão e esclarecimento			10min	

APÊNDICE 9

Lista de Verificação do Material de SE

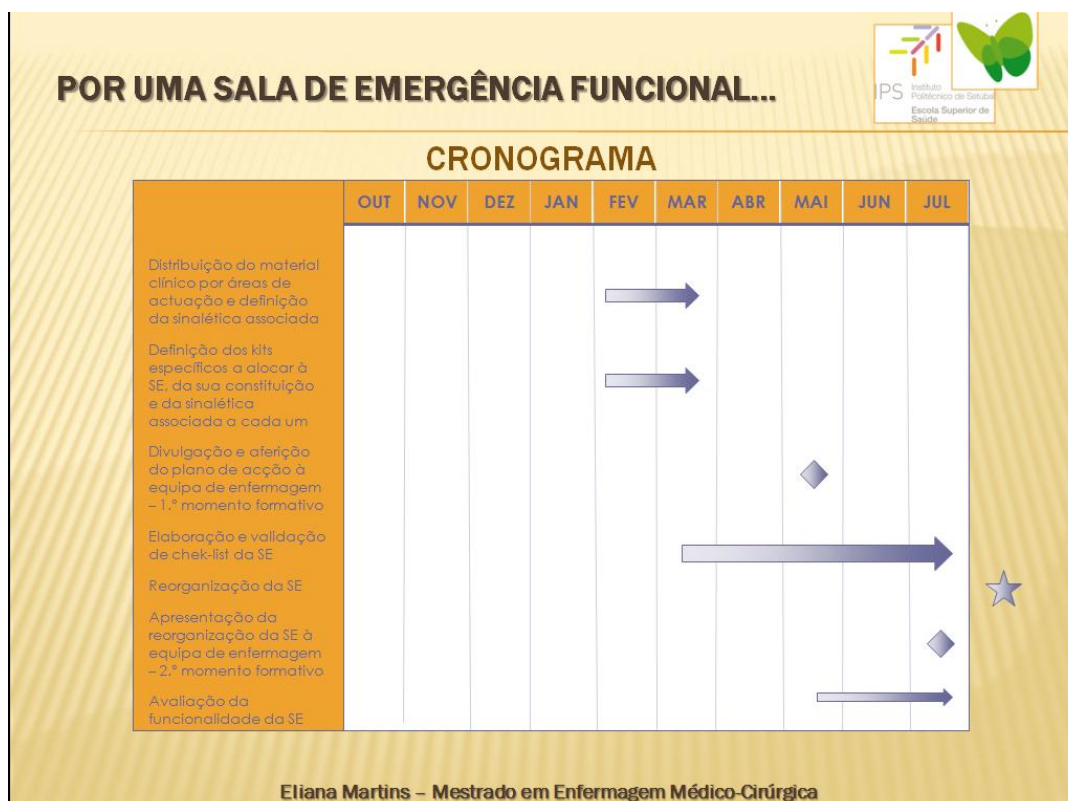
ÁREAS DE ATUAÇÃO – ABCDE		2.ª FEIRA
	ESQUERDA	DIREITA
1.ª	☐ Apoio lateral de cabeça (2 par)	☐ Ventilador portátil (1) ☐ Traqueia ventilador (3)
2.ª	☐ Colar cervical S (1) ☐ Colar cervical M (1) ☐ Colar cervical L (1)	☐ Câmara expansora adulto com máscara (2) ☐ Tubo de Conexão de O ₂ a Insuflador Manual (4) ☐ Kit de nebulização adulto (4) ☐ Óculos Nasais (2)
3.ª	☐ NaCl 0.9% 100ml (10) ☐ NaCl 0.9% 500ml (6) ☐ NaCl 0.9% de lavagem 500 ml (6) ☐ NaCl 0.9% 1000 ml (4) ☐ Dextrose 5% em H ₂ O 100ml (5) ☐ Dextrose 5% em H ₂ O 500 ml (5)	☐ Válvula de venturi 21% (2) 28% (2) 31% (3) 35% (3) 60% (3) ☐ Máscara de venturi com válvula de 40% (4) ☐ Máscara de O ₂ Adulto alta concentração (3) ☐ Seringa pesquisa de gases no sangue (10)
4.ª	☐ Dextrose a 5% em NaCl 0.9% (4) ☐ Lactato de Ringer 500 ml (4) ☐ Hidroxietilamido + NaCl 500 ml (4) ☐ Gelatina + NaCl 500ml (4) ☐ Água destilada 100ml (6)	☐ Solutos *Iodopovidona (1) *Peróxido de hidrogénio (1) *Ácool (1) ☐ CVP n. 16 (4) ☐ CVP n. 18 (10) ☐ CVP n. 20 (10) ☐ CVP n. 22 (6) ☐ Sistema de perfusão (8) ☐ Prolongamento 25cm (8) ☐ Tampa de torneira de três vias(8) ☐ Torneira 3 vias (8) ☐ Obturador (6)
5.ª	☐ Ligadura elástica 5 (4) /10 (4) /20 (4) cm ☐ Penso oftálmico (4) ☐ Compressas 15x20 cm (100) ☐ Compressas 10x10 cm (100) ☐ Adesivo hipoalérgico (1) ☐ Adesivo 1,27 cm (1)	☐ Seringa 50cc opaca (5) ☐ Seringa 50cc (5) ☐ Seringa 2cc (10) ☐ Seringa 5cc (10) ☐ Seringa 10cc (10) ☐ Seringa 20cc (10) ☐ Agulha SC (6) ☐ Agulha IM (6) ☐ Agulha diluição (20) ☐ Agulha EV (10)
6.ª	☐ Lanterna (1) ☐ Martelo de reflexos (1) ☐ Sistema de transferência de líquidos (6) ☐ Adaptador injeção/aspiração para frasco (4) ☐ Clamp cordão umbilical (2) ☐ Linha de sutura: Vicryl®2/0(2)3/0(2) Nylon®2/0(2) 3/0(2) 4/0(2) 5/0(2) Seda 0(2) 2/0 (2) 3/0(2) 4/0(2) ☐ Tubos laboratório	☐ Prolongamento opaco 200cm (5) ☐ Prolongamento 100cm (10) ☐ Seringa 100cc (4) ☐ Aquecedor de fluidos (2)
7.ª	☐ Imobilização (2 pares) ☐ Bata Tecido (2) ☐ Bata Irrecuperável proteção doente (2)	☐ Fralda (4) ☐ Resguardo Celulose (6) ☐ Manámulas (1caixa)
8.ª	☐ Saco opaco para cadáver (2) ☐ Resguardo papel (6) ☐ Toalha (4)	☐ Lençol térmico aluminizado (2) ☐ Lençol (4) ☐ Manta térmica (1)
DISPOSITIVOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL		
1.ª	☐ Luvas Esterilizadas Tamanho 6 (6) ☐ Luvas Esterilizadas Tamanho 6,5 (6) ☐ Luvas Esterilizadas Tamanho 7 (6) ☐ Luvas Esterilizadas Tamanho 7,5 (6) ☐ Luvas Esterilizadas Tamanho 8 (6) ☐ Mascara com viseira (4)	
2.ª	☐ Luvas Nitrilo Tamanho P (1 cx.) ☐ Luvas Nitrilo Tamanho M (1 cx.) ☐ Luvas Nitrilo Tamanho G (1 cx.) ☐ Barrete (4) ☐ Óculos de proteção (2) ☐ Máscara Cirúrgica (1 cx.) ☐ Bata Irrecuperável Esterilizada (2)	
Data: __/__/____ Enfermeiro(a):_____		

KITS DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS		4.ª FEIRA
VIA AÉREA		
CRICOTIROTOMIA/TRAQUEOSTOMIA		
☐ Kit de cricotirotomia (1) ☐ Kit traqueotomia (em manga) (1) ☐ Lâmina n.º 15 e bisturi com lâmina n.º 11 (1) ☐ Cânula de traqueostomia - com cuff n.º 6 (1) e 8 (1) - sem cuff n.º 6 (1) e 8 (1) ☐ Agulha diluição (1)		☐ Agulha SC (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Seringa 5 ml (1) ☐ Seringas 10 ml (1) ☐ Lidocaína 2% 5 ml (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1)
VENTILAÇÃO		
DRENAGEM DE PNEUMOTORAX/HEMOTORAX		
☐ Seringa 5 ml (1) ☐ Seringa 10ml (1) ☐ Agulha SC (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Agulha diluição (1) ☐ Lâmina de bisturi n.º 11 ou 15 (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1) ☐ Dreno torácico n.º 14(1), 18(1), 20(1), 24(1), 28(1), 30(1)		☐ Lidocaína 2% 5 ml (1) ☐ Adesivo (1) ☐ Clamp de drenagem torácica (2) ☐ Água destilada 100ml (1) ☐ Sistema de transferência de líquidos (1) ☐ Válvula de Heimlich (1) ☐ Sistema de drenagem torácica subaquática (Atrium® Ocean) (1)
DRENAGEM DE DERRAME PLEURAL		
☐ Campo esterilizado com orifício (1) ☐ Campo esterilizado sem orifício (1) ☐ Compressas 10x10 (30) ☐ Lidocaína 2% 5ml (1) ☐ Conjunto Punção cavidade pleural com torneira (1) ☐ Cateter pleural (1) ☐ Seringa 5 ml (1) ☐ Seringa 10 ml (1) ☐ Seringa 50 ml (1)		☐ Agulha de diluição (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Agulha SC (1) ☐ Saco coletor (1) ☐ Prolongamento 100 cm (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1) ☐ Adesivo (1) ☐ Tubos: EDTA, gasometria, bacteriológico, seco (1 de cada)
CIRCULAÇÃO		
CATETER VENOSO CENTRAL		
KIT 1		KIT 2
☐ Material de tricotomia (1) ☐ Kit esterilizado de CVC (1) ☐ Lâmina de bisturi n.º 11 ou 15 (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1) ☐ Lidocaína 2% 5 ml (1) ☐ Agulha de diluição (1) ☐ Agulha SC (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Cateter central de 2 lúmens (1) ☐ Cateter central de 3 lúmens (1) ☐ Seringa 5 ml (2) ☐ Seringa 10 ml (2) ☐ Penso de cateter impermeável (1) ☐ Obturador (2) ☐ Sistema de perfusão (3) ☐ Torneira três vias (3) ☐ Prolongamento (3) ☐ Corohexidina 15 ml (1)		☐ Material de tricotomia (1) ☐ Kit esterilizado de CVC (1) ☐ Lâmina de bisturi n.º 11 ou 15 (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1) ☐ Lidocaína 2% 5 ml (1) ☐ Agulha de diluição (1) ☐ Agulha SC (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Cateter central de 2 lúmens (1) ☐ Cateter central de 3 lúmens (1) ☐ Seringa 5 ml (2) ☐ Seringa 10 ml (2) ☐ Penso de cateter impermeável (1) ☐ Obturador (2) ☐ Sistema de perfusão (3) ☐ Torneira três vias (3) ☐ Prolongamento (3) ☐ Corohexidina 15 ml (1)
PACEMAKER PROVISÓRIO		
☐ Clorohexidina 15ml (1) ☐ Material de tricotomia (1) ☐ Lâmina de bisturi n.º 11 ou 15 (1) ☐ Linha de sutura seda 2/0 com agulha (1) ☐ Lidocaína 2% 5ml (1) ☐ Agulha de diluição (1) ☐ Agulha SC (1) ☐ Agulha IM (1) ☐ Seringa 5 ml (1) ☐ Seringa 10 ml (1)		☐ Penso de cateter (1) ☐ Sistema de perfusão (1) ☐ Torneira de três vias (1) ☐ Prolongamento (1) ☐ Kit Introduzidor para colocação de PM provisório 5F (1), 6F (1) e 7F (1) ☐ Eletrocateter Bipolar 5F(1), 6F(1) e 7F(1)
PERICARDIOCENTESE		
☐ Clorohexidina 15ml (1) ☐ Campo esterilizado com orifício (1) ☐ Campo esterilizado sem orifício (1) ☐ Lidocaína 2% 5ml (1)		☐ Kit pericardiocentese (1) ☐ Agulha de diluição (1) ☐ Penso (1) ☐ Taça esterilizada (1)
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA		
PUNÇÃO LOMBAR		
☐ Campo esterilizado com orifício (1) ☐ Campo esterilizado sem orifício (1) ☐ Agulha de punção lombar 19G (2) ☐ Agulha de punção lombar 22G (2)		☐ Etiquetas (4) ☐ Compressas esterilizadas 10x10 (20) ☐ Penso com compressa (1) ☐ Tubos de LCR (4)

EXPOSIÇÃO	
QUEIMADOS	
☐ Lençol esterilizado (2)	☐ SF 500cc de lavagem (2)
☐ Sulfadiazina de prata creme (1)	☐ Compressas 15x20cm (50)
OUTROS	
ALGALIAÇÃO	
Kit 1	Kit 2
☐ Compressas 10x10 cm (20) ☐ Soro fisiológico 100cc (1) ☐ Sistema de transferência de líquidos (1) ☐ Seringa de 20cc (1) ☐ Água destilada 20cc (1) ☐ Campo esterilizado com orifício (1) ☐ Gel lubrificante esterilizado (2) ☐ Algália foley n.º 14(1), 16(1), 18(1) ☐ Saco coletor (1)	☐ Compressas 10x10 cm (20) ☐ Soro fisiológico 100cc (1) ☐ Sistema de transferência de líquidos (1) ☐ Seringa de 20cc (1) ☐ Água destilada 20cc (1) ☐ Campo esterilizado com orifício (1) ☐ Gel lubrificante esterilizado (2) ☐ Algália foley n.º 14(1), 16(1), 18(1) ☐ Saco coletor (1)
ENTUBAÇÃO NASO/OROGÁSTRICA	
☐ Sonda gástrica n.º 16 (3) ☐ Sonda gástrica duplo lúmen n.º 18 (1) ☐ Lubrificante hidrossolúvel (1)	☐ Seringa de 100cc (2) ☐ Adesivo (1) ☐ Saco coletor (2)
LAVAGEM GÁSTRICA	
☐ SNG duplo lúmen n.º 21 (2) ☐ Lubrificante hidrossolúvel (1) ☐ Seringa de 100cc (2) ☐ Adesivo (1)	☐ Saco coletor (2) ☐ Conexão em Y (2) ☐ Carvão ativado (2) ☐ Sulfato de magnésio (2) ☐ Espigão (2)
Data: __/__/____ Enfermeiro(a): _____	
CARRO DE ANESTESIA	
6.ª FEIRA	
TABULEIRO SUPERIOR	
☐ Sevoflurano (1 frasco)	
1.ª GAVETA	
☐ Conector curva fixa (3) ☐ Tubo cônico 22M (3) ☐ Tubo em T (3) ☐ Tubo reto (3)	☐ Lâminas de laringoscópio descartável n.º 3 (1) ☐ Lâminas de laringoscópio descartável n.º 4 (1) ☐ Lâminas de laringoscópio descartável n.º 5 (1)
2.ª GAVETA	
☐ Filtro antibacteriano humidificador (6)	☐ Harmônio posicional duplo orifício/aspiração (3)
3.ª GAVETA	
☐ Máscara Facial Descontaminada n.º 2 (2) ☐ Máscara Facial Descontaminada n.º 3/4 (2) ☐ Máscara Facial Descontaminada n.º 5 (4)	
TABULEIRO INFERIOR (parte posterior do carro)	
☐ Suporte traqueia do ventilador (1)	
CARRO DE EMERGÊNCIA	
TABULEIRO SUPERIOR	
☐ Estetoscópio (1) ☐ Nastro n.º 3 (1 rolo) ☐ Carregador Cabo Laringoscópio (1) ☐ Cabo de Laringoscópio (2) ☐ Conjunto Lâminas Laringoscópio n.º 2, 3, 4 (1)	☐ Eletrodos de duração prolongada (20) ☐ Eletrodos de desfibrilhação (1) ☐ Monitor/defibrilhador (TESTE DE UTILIZADOR)
UNIDADE DO DOENTE	
ESQUERDA	DIREITA
☐ Insuflador manual com filtro e máscara facial (1) ☐ Copo humidificador adaptado ao debitômetro de O ₂ (1) ☐ Saco coletor fluido aspirado com válvula anti refluxo (1) ☐ Sonda de Aspiração de Secreções Rígida (2) ☐ Sonda de Aspiração Flexível n.º 14 (5) ☐ Sonda de Aspiração Flexível n.º 16 (5) ☐ Contentor Corto-Perfurante 11 litros (1)	☐ Insuflador manual com filtro e máscara facial (1) ☐ Copo humidificador (1) ☐ Saco coletor fluido aspirado com válvula anti refluxo (1) ☐ Sonda de Aspiração de Secreções Rígida (2) ☐ Sonda de Aspiração Flexível n.º 14 (5) ☐ Sonda de Aspiração Flexível n.º 16 (5) ☐ Contentor Corto-Perfurante 11 litros (1)
Data: __/__/____ Enfermeiro(a): _____	

APÊNDICE 10

Cronograma Final PIS



APÊNDICE 11

Poster

PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA PESSOA COM SUPORTE VENTILATÓRIO MECÂNICO INVASIVO

MARTINS, Eliana DO_____, A_____, M_____, L_____
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Introdução:

- A necessidade de ventilação mecânica invasiva representa risco acrescido para complicações como a pneumonia associada ao ventilador, a hemorragia digestiva e a trombose venosa profunda
- A pneumonia é considerada associada ao ventilador se surge durante o período em que a pessoa se encontra entubada e ventilada ou até 48 horas após a extubação
- A implementação de protocolos e procedimentos baseados em pesquisas, evidências clínicas e na prática assistencial que orientem adequadamente a prática do enfermeiro, minimiza os riscos associados aos cuidados e previne complicações

Objetivos:

- Divulgar o guia para prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador 2012 do *Institute for Healthcare Improvement*, que preconiza a aplicação do "Ventilator Bundle"
- Difundir boas práticas baseadas na evidência
- Uniformizar procedimentos

	HIGIENE ORAL DIÁRIA CLOROHEXIDINA
	ELEVAÇÃO DO PLANO SUPERIOR DA CAMA 30-45°
	INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PRONTIDÃO PARA O DESMAME
	PROFILAXIA DA ÚLCERA PÉPTICA
	PROFILAXIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Conclusão:

- A equipa multidisciplinar deve estar sensibilizada para a prevenção de complicações associadas aos cuidados de saúde
- A Pneumonia associada ao ventilador continua a ser um grande desafio para a equipa que cuida o cliente ventilado, no entanto, a maioria dos fatores de risco são modificáveis

REFERÊNCIAS

Institute for Healthcare Improvement (2012). *Novo Guia: Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador*. Obtido em 22 Maio 2012, do Portal do Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihc.org/Portals/0/PDFs/Tools/NovoGuiaPrevencaoVAP.pdf>

Joseph, N., Sato, S., Datta, T., Bishu, A. & Pajic, S. (2010). Ventilator-associated pneumonia: A Review. *European Journal of Internal Medicine* 21, 360-368.

APÊNDICE 12

Diagnóstico de Situação do PAC

Definição do Problema

Estudante: Eliana Carina da Silva Martins
Instituição: Hospital da Região Sul
Serviço: Urgência Geral (SU), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI), Comissão de Controlo de Infecção (CCI)
Título do Projecto: Pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): “A ventilação é uma área nobre do suporte avançado de vida” (Marcelino, 2008, p. 2). A função respiratória é essencial à manutenção da vida (Marum & Mata, 2008). No SU, especificamente na SE, 26% dos doentes admitidos têm como diagnóstico de enfermagem dispneia (ICN, 2005) pelo que é fundamental desenvolver competências específicas de abordagem ao doente crítico em falência respiratória. Os doentes com manifestações evidentes de dificuldade respiratória, como polipneia, tiragem intercostal ou subcostal, são encaminhados pelo enfermeiro da triagem para a SE do SU, o que permite a avaliação imediata da necessidade de suporte ventilatório (Marcelino & Pimentel, 2008). Este fenómeno, determina, por vezes, a implementação de ventilação mecânica invasiva, com o objetivo de adequar a oxigenação e/ou ventilação às necessidades da pessoa. E embora o SO não tenha nenhuma unidade equipada com ventilador mecânico invasivo, por vezes, verifica-se a permanência de pessoas com suporte ventilatório invasivo, com recurso ao ventilador portátil, nesta unidade funcional do SU, ainda que a maioria destes doentes seja transferido para uma Unidade de Cuidados Intensivos. No entanto, é amplamente reconhecida a pneumonia associada ao ventilador como a infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente nos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, com repercussões na sobrevida dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos por ser a entidade responsável por internamentos mais prolongados e taxas de mortalidade mais elevadas (Germano & Fernandes, 2008).
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Necessidade de aquisição de competências na prestação de cuidados à pessoa com falência respiratória particularmente na prevenção e controlo da pneumonia associada ao ventilador.
Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) No SE, do SU, 26% dos doentes admitidos têm como diagnóstico de enfermagem dispneia (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005). Não raras vezes, estes doentes requerem suporte ventilatório invasivo pelo que é determinante a formação dos profissionais de saúde que cuidam a pessoa submetida a ventilação invasiva sobre a pneumonia associada ao ventilador com repercussão na sua prevenção e controlo (Nível de evidência A-II) . As IACS constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa (DGS, 2007). O Conselho da União Europeia recomendou a priorização estratégica de longo prazo da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde nas instituições de cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009). Em Portugal, segundo o inquérito de prevalência de infeção de 2010, verifica-se que a presença de dispositivos invasivos representa um risco acrescido para o desenvolvimento de IACS. Sendo que a prevalência de IACS em pessoas com ventilação invasiva no momento do estudo foi de 8,3%.
Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras) Necessidade de divulgação de <i>guidelines</i> sobre a prevenção e controlo da pneumonia associada ao ventilador junto dos profissionais de saúde do SU
Determinação de prioridades Revisão bibliográfica Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Espírito Santo, EPE Évora Estágio na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Espírito Santo, EPE Évora Elaboração de um <i>poster</i> alusivo à temática “Prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva”
Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo): OBJECTIVO GERAL Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva OBJECTIVOS ESPECÍFICOS Adquirir competências na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva Elaborar um <i>poster</i> alusivo à temática “Prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva”

Assinatura: Eliana Martins

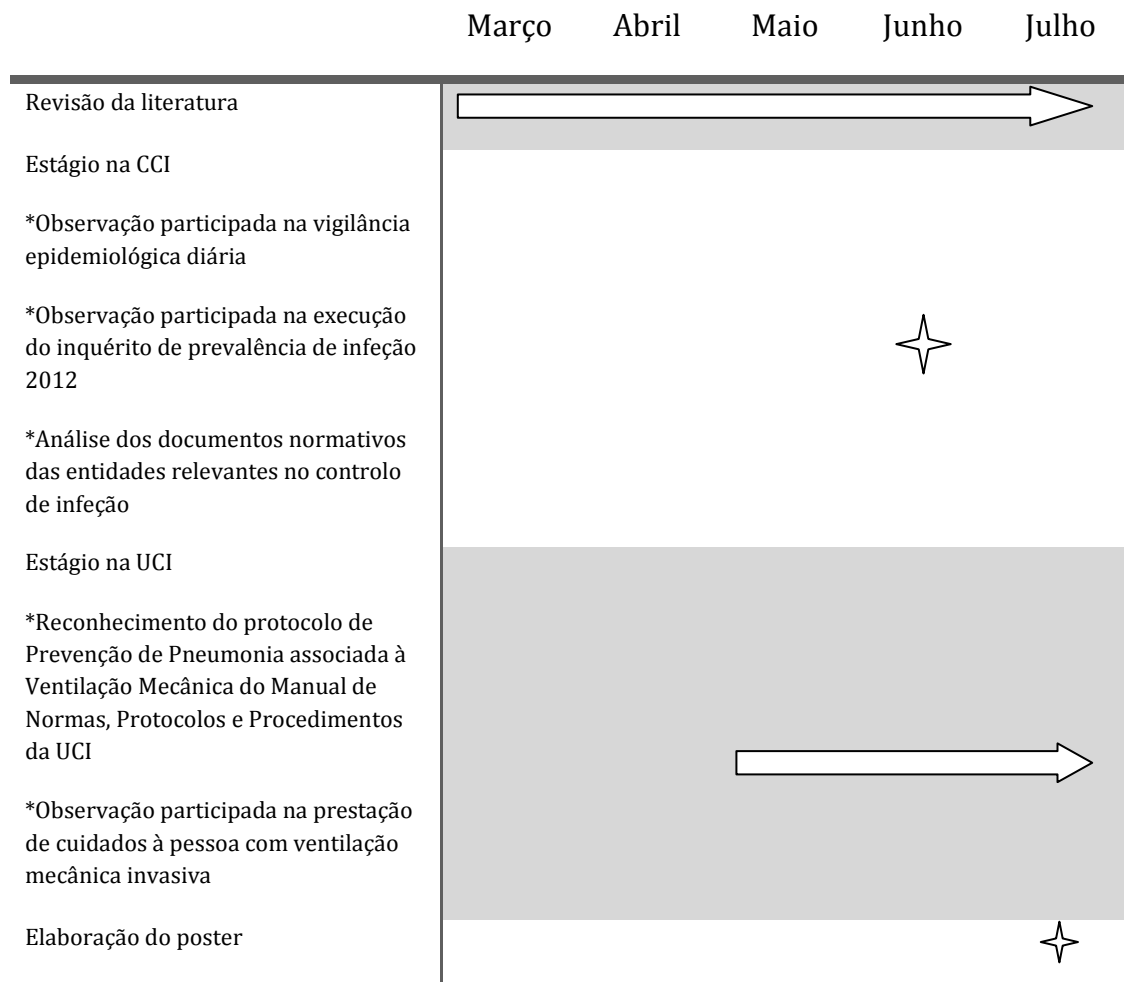
APÊNDICE 13

Planeamento do PAC

Estudante: Eliana Carina da Silva Martins		Orientador: A. D.			
Instituição: Hospital da Região Sul		Serviço: Urgência Geral			
Título do Projecto: Pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva					
Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>): OBJECTIVO GERAL Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva OBJECTIVOS Específicos Adquirir competências na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva Elaborar um poster alusivo à temática “Prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva”					
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços) Docente Referência Prof. ^a L.M. Enf. ^a Orientadora A. D. – Enf. ^a no SU Enf. ^a N. C. Enf. ^a na Comissão de Controlo de Infecção Enf. ^a S. P. Enf. ^a na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Data: ____/____/____ Assinatura: _____					
Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Adquirir competências na prevenção e controlo da pneumonia associada aos cuidados de saúde na pessoa com ventilação mecânica invasiva	* Revisão da literatura em bases de dados eletrónicas e documentos pertinentes * Estágio na Comissão de Controlo de Infecção - o Observação participada na vigilância epidemiológica diária - o Observação participada na execução do inquérito de prevalência de infeção 2012 - o Análise dos documentos normativos das entidades relevantes no controlo de infeção - o Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente - o Reconhecimento do protocolo de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica do Manual de Normas, Protocolos e Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos - o Observação participada na prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva	Enf. ^a A. D. Enf. ^a N. C. Enf. ^a S. P.	Bases de dados eletrónicas, artigos e livros Computador Impressora Tinteiro cor preta	16h 70h	Poster
Elaborar um poster alusivo à temática “Prevenção da pneumonia nosocomial na pessoa com ventilação mecânica invasiva”	* Análise dos documentos normativos mais recentes sobre a prevenção e controlo da pneumonia associada à ventilação mecânica * Elaboração do poster	Prof. L.M. Enf. ^a A. D.	Computador Papel Impressora Tinteiro cores Tinteiro preto		Poster
Cronograma: <u>Ver Anexo - Cronograma</u>					
Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Docente Referência Prof. ^a L.M. Enf. ^a Orientadora A. D. – Enf. ^a no SU Enf. ^a N. C. Enf. ^a na Comissão de Controlo de Infecção Enf. ^a S. P. Enf. ^a na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente <u>Recursos Materiais:</u> Caneta, papel, computador, impressora, tinteiro cor preta e cores, poster					
Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:					

APÊNDICE 14

Cronograma PAC



APÊNDICE 15

Artigo

"Por Uma Sala de Emergência Funcional"

Martins, Eliana⁵⁷; M, L⁵⁸; D, A⁵⁹

RESUMO:

A Sala de Emergência (SE) pela sua relevância na malha hospitalar foi uma das áreas em destaque nas recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes que preconizam a regulamentação, da organização e funcionamento, das SE nos serviços de urgência, a partir das condições existentes em cada hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006). A aplicação do método 5s enquanto ferramenta de gestão de qualidade subsidiou a reorganização da SE do Serviço de Urgência (SU) de um Hospital da Região Sul contribuindo para a melhoria da sua funcionalidade.

Pela sua especificidade, enquanto área funcional de eleição na abordagem à pessoa em situação crítica, a sua reorganização foi efetuada considerando a sequência de atuação preconizada por programas internacionalmente reconhecidos, nomeadamente, o Suporte Avançado de Vida (SAV) e o *Trauma Nursing Core Course* (TNCC).

Este artigo sintetiza a aplicação da metodologia de projeto durante o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS/ESS), refletindo o projeto de intervenção em serviço (PIS) "Por uma Sala de Emergência Funcional".

PALAVRAS-CHAVE: Sala de Emergência; Método 5s; Organização por Áreas de Atuação

ABSTRACT:

¹ Enfermeira, mestranda no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS/ESS

² Professora Doutora do IPS/ESS

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Due to its relevance in the hospital field, the Emergency Room was one of the areas highlighted in the recommendations for the organization of urgent and emergent care. The regulation was publically proclaimed for the functioning and organization of the ER in emergency services from the existing conditions in each hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006). The application of method 5s as a tool for quality management supported the reorganization of the ER of the Emergency Service of a south hospital contributing to the improvement of their functionality. Due to their specificity, while being the functional area of choice in addressing a person in critical condition, the reorganization was carried out taking into considering the sequence of actions recommended by internationally recognized programs, including the Advanced Life Support and Trauma Nursing Core Course.

This article summarizes the application of the methodology of the project for the Masters in Medical-Surgical Nursing, reflecting the project of intervention in service "Towards a Functional Emergency Room."

KEYS-WORDS: Emergency Room; Method 5s; organization by performance areas.

INTRODUÇÃO:

A aplicação da metodologia de projeto permitiu a sistematização do processo de pesquisa, análise e resolução de problemas reais num determinado contexto - o SU - promovendo a prática baseada em evidência. A investigação foi centrada num problema real identificado e validado na fase de diagnóstico da situação - a reorganização da SE - e, na implementação de estratégias e intervenções direcionadas para a sua resolução (Nunes, 2010).

A emergência médica é definida pelo INEM como a "atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma

situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo" (INEM, 2011, p. 2), o que nos permite inferir que a SE, sendo o local onde são admitidos os doentes emergentes no hospital, constitui o elo de ligação entre o pré-hospitalar e o tratamento definitivo na unidade hospitalar adequada.

A reorganização de um espaço físico, numa unidade de cuidados de saúde deve obedecer às normas gerais emanadas pelo Ministério da Saúde e Direção-Geral de Saúde (DGIES, 2007; DGS, 2001; Grupo de Trabalho Urgências, 2006). No entanto, estas são pouco específicas e apesar de existir literatura baseada em evidência sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na SE, é escassa quanto à organização do material nessa unidade funcional do SU.

Esta limitação implicou o recurso a estratégias de adequação do material clínico na SE, incorporando o conhecimento difundido por entidades internacionalmente reconhecidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente o *European Council Resuscitation (ECR)* e a *Emergency Nurses Association (ENA)*, mediado pela aplicação do método 5s na reorganização da SE.

Este programa, de origem japonesa, assenta em 5 sentidos, nomeadamente o senso de utilização, o senso de arrumação, o senso de limpeza, o senso de saúde e higiene e o senso de auto-disciplina (Silva, 2005), permitindo de uma forma sistemática, organizar, mobilizar e transformar pessoas e instituições (Pertence & Melleiro, 2010).

DESENVOLVIMENTO:

O enfermeiro no SU integra uma equipa multidisciplinar sendo os serviços de urgência definidos pelo Ministério da Saúde, no Despacho Normativo 11/2002 de 6 de Março: "(...) [como] *serviços multidisciplinares e multiprofissionais*

que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica".

O enfermeiro do SU assume assim um papel primordial na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pelo que, no seu exercício profissional, deve revelar responsabilidade, autonomia, competência e conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados (Rocha & Dias, 1996).

O ingresso na SE é determinado por critérios de gravidade de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, sendo que segundo o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro p. 8657: "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".

A única constante, no SU, é a mudança que é maioritariamente rápida e, por vezes drástica (Newberry, 2001).

Estas premissas determinam a necessidade de prontidão do SU, e em particular da SE, para admitir pessoas em situação crítica. A intervenção do enfermeiro exige-se precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e holística (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro), pelo que a reorganização da SE deve convergir para uma adequação do meio ambiente aos comportamentos da pessoa admitida na SE, contribuindo para a sua integridade (Roy e Andrews, 2001). Na sua reorganização a aplicação do método 5s, enquanto ferramenta de gestão de qualidade, permitiu-nos definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010).

O principal objetivo do programa 5s é a promoção da alteração do comportamento das pessoas, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação de materiais, limpeza regular do local de trabalho, construção de um ambiente que favoreça a saúde física e mental e manutenção da ordem, o que se reflete na melhoria do desempenho da organização (Pertence & Melleiro, 2010; Nehme, 2008).

O percurso de execução do PIS foi mediado por cada uma das 5 etapas do programa 5s:

1.º S – Seiri – Senso de Utilização

O conceito associado ao primeiro “S” é separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário (Silva, 2005).

Nesta etapa foram identificados equipamentos e materiais clínicos desnecessários na SE, e consequentemente, a eliminar após a reorganização. E, por outro lado, o equipamento e material clínico essenciais à prestação de cuidados na SE e a sua classificação de acordo com a sua utilização, junto do painel de peritos.

O excesso de material clínico em armários, carros e superfícies associa-se, muitas vezes, à intenção de diminuir a frequência de reposição. Porém, esta situação pode induzir o erro, quer porque, por vezes, quando há material em excesso ao retirar um elemento em situação de emergência, os outros caem em recipientes diferentes, quer porque, a sobrelotação pode dar a ideia errada de reposição, sendo a ausência de um item detetada somente quando este é necessário o que aumenta o risco clínico (Carthey & Clarke, 2010).

2.º S – Seiton – Senso de Arrumação

O conceito associado ao segundo “S” é identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente determinando a ordenação,

sistematização e classificação (Silva, 2005).

Esta fase exigiu uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados à pessoa em situação emergente na SE. De acordo com o fluxograma da Triagem de Manchester que determina a admissão na SE, as queixas que mais frequentemente conduzem a esta área funcional, são a dispneia (26% com origem na admissão), o estado de inconsciência (20%), a indisposição no adulto (18%), o grande traumatismo (10%) e a dor torácica (9%)⁶⁰. Esta condição determina o conhecimento pela equipa multidisciplinar, e concretamente pela equipa de enfermagem, de recomendações internacionalmente reconhecidas, como o suporte avançado de vida⁶¹ ou similar (INEM, 2011) e o *Trauma Nurse Core Course*⁶² ou similar (TNCC®) (ENA, 2007). Estes são programas reconhecidos, quer a nível nacional, quer a nível internacional e baseados em evidência (INEM, 2011; ENA, 2007).

Estes programas descrevem e fundamentam a sistematização da abordagem à pessoa em situação crítica, vítima de doença aguda ou trauma, o que justifica a orientação espacial da SE de acordo com a sequência de intervenções. Ambos os programas preconizam a abordagem à pessoa segundo a sequência: **A** (Via aérea, no TNCC com controlo da coluna cervical), **B** (Respiração), **C** (Circulação), **D** (Disfunção

⁶⁰ Fonte: Gabinete de Comunicação e Marketing

⁶¹ Deriva das recomendações de reanimação 2010 baseadas no documento de Consenso Internacional em Ciência de Reanimação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência

⁶² Desenvolvido pela *Emergency Nurses Association*, divulgado e ministrado em Portugal pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência

Neurológica) e **E** (Exposição), sempre assegurando previamente a segurança do prestador de cuidados (ENA, 2007; INEM, 2011).

Pelo descrito, nesta fase do método 5s, foi determinado:

- A distribuição de objetos diferentes em locais diferentes e a definição do local de armazenamento de cada objeto (Silva, 2005), com a alocação de equipamentos, material clínico e farmacêutico, por zonas (Figura 1):
 - 7) Zona 1: dedicada à alocação do material clínico por áreas de atuação (A, B, C, D e E);
 - 8) Zona 2: dedicada aos dispositivos de proteção individual;
 - 9) Zona 3: dedicada aos kits de procedimentos específicos e planos duros;
 - 10) Zona 4: carro de anestesia
 - 11) Zona 5: carro de emergência⁶³
 - 12) Zona 6: unidade do doente
- A padronização de nomenclaturas e o uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais (Silva, 2005), com a adoção de um código de cores (Figura 2), de acordo com a área de atuação (A, B, C, D e E) e a rotulagem adequada de todos os itens – cumprindo o código de cores – para facilitar a rápida percepção da orientação espacial da SE, com redução do tempo necessário à localização do material e consequente contributo para a segurança da pessoa;
- A adoção de um padrão (Silva, 2005), com a ordenação, sistematização e classificação

⁶³ Que condiciona medicação e material clínico de abordagem da via aérea e cuja reorganização é da responsabilidade do grupo de trabalho do SU responsável pelos carros de emergência

baseada nos programas de SAV (INEM, 2011) e TNCC® (ENA, 2007) obedecendo à sequência de atuação preconizada, de acordo com o seguinte mapa de distribuição na Zona 1 (Figura 3), 2 (Figura 4) e 3 (Figura 5).

Este mapa da SE, bem como o material clínico e os kits para procedimentos específicos foram aferidos entre pares e com o painel de peritos selecionado para fins de avaliação da reorganização da SE, e construído com base nos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, para cada uma das áreas de atuação, na pessoa admitida na SE (ENA, 2007; Ordem do Enfermeiros, 2010), nomeadamente:

- Processo respiratório comprometido – A (área de atuação) e outros
 - Material de controlo da coluna cervical – Zona 1
 - Material de permeabilização da via aérea – Zona 5 e 6
 - Kit de cricotirotomia/traqueostomia – Zona 3
 - Kit de entubação naso/orogástrica – Zona 3
- Trocas gasosas comprometidas e/ou Padrão ventilatório ineficaz – B
 - Material de administração de oxigénio e aerossoloterapia – Zona 1
 - Material de ventilação invasiva – Zona 1
 - Kit de drenagem de pneumotórax/hemotórax e kit de drenagem de derrame pleural – zona 3
 - Medicação – zona 5
 - Rampa de oxigénio – Zona 6
- Volume de líquidos comprometido – C e outros
 - Material de controlo de hemorragias externa – Zona 1
 - Material de cateterização venosa periférica – Zona 1

- Fluidoterapia – Zona 1
- Material de preparação e administração de medicação – Zona 1
- Kit de cateterização venosa central – Zona 3
- Débito cardíaco comprometido e/ou Perfusão dos tecidos inefetiva – C
 - Monitorização de sinais vitais – Zona 6
 - Kit de pericardiocentese – Zona 3
 - Kit de pacemaker provisório – Zona 3
 - Kit de algaliação – Zona 3
 - Medicação – Zona 5
- Défice sensorial – D
 - Material de avaliação de disfunção neurológica – Zona 1
 - Kit de punção lombar – Zona 3
- Risco de hipotermia – E
 - Material de controlo de temperatura – Zona 1
- Risco de lesão – E
 - Kit de Queimados – Zona 3

Este processo conduziu à construção de uma lista de verificação do material da SE, que pode constituir uma mais-valia para a segurança da pessoa admitida na SE (Ko, Turner & Finnigan, 2011).

3.º S – Seiso – Senso de Limpeza

Ao terceiro "S" associa-se o conceito de manter um ambiente sempre limpo.

Todos os elementos da equipa devem reconhecer a importância de manter um ambiente limpo e os seus benefícios, transparecendo qualidade e segurança (Silva, 2005). O enfermeiro responsável de turno deve supervisionar a arrumação, limpeza e desinfeção da SE e dos equipamentos de acordo com o plano de limpeza periódica (assegurada pelo serviço de limpeza) e após cada utilização (assegurada pelo elemento da equipa de assistentes operacionais). Por outro lado, deve supervisionar o

encaminhamento ao Serviço de Esterilização Centralizada dos dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados (lâmina de laringoscópio, traqueia do ventilador, material de pequena cirurgia, camara expansora com máscara, humidificador de O₂).

4.º S – Seiketsu – Senso de Saúde e Higiene

O conceito associado ao quarto senso é o de manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene, sendo a higiene definida como a manutenção da limpeza e da ordem, uma vez que, um ambiente limpo é um ambiente mais seguro. Para a concretização desta etapa é importante: ter os três S's anteriores implementados; capacitar o pessoal para a avaliação da correta aplicação dos conceitos, através de formação continua; eliminar as condições inseguras de trabalho, evitando acidentes; humanizar o local de trabalho numa convivência harmoniosa; respeitar os colegas como pessoas e como profissionais; colaborar, sempre que possível, com os colegas nas suas tarefas (Silva, 2005).

Neste sentido foram efetuadas algumas alterações na estrutura física da SE para otimizar o ambiente de trabalho, uma vez que - sem as alterações de fundo como exigiria uma remodelação da SE - não nos foi possível centralizar o material clínico por áreas de atuação na Zona 2, o que condicionaria o acesso e mobilização das macas. Assim, foi determinante a realocação do computador da SE (Figura 6), libertando o espaço de acesso à zona 1 e permitindo a construção de uma bancada de apoio nessa zona para preparação de medicação e abertura dos kits se necessário, bem como a centralização do computador relativamente às duas unidades.

5.º S – Shitsuke – Senso de Auto-Disciplina

O conceito associado ao quinto e último "S" é o de fazer das atitudes descritas um hábito, transformando os 5s num modo de vida, usando a criatividade no trabalho, melhorando a comunicação interpessoal, compartilhando visão e valores, harmonizando as metas, treinando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5s (Silva, 2005).

Este processo determinou o estabelecimento de normas de verificação/utilização da SE, uma vez que, a necessidade de responder prontamente perante uma situação de emergência exige a verificação da SE, garantindo a sua prontidão perante a pessoa em situação crítica, para uma resposta rápida, eficaz e eficiente. Neste sentido, o enfermeiro responsável de turno deve: no início de cada turno e após cada utilização assegurar a verificação e reposição da SE; efetuar a verificação periódica da SE de acordo com a listagem de verificação do material da SE; repor na SE após cada utilização, o material clínico, farmacêutico e kits de procedimentos específicos; selar os Kits de procedimentos específicos para garantir a sua integridade, utilizando para o efeito fita adesiva; alocar ao tabuleiro inferior da mesa de apoio da SE os kits abertos e não repostos, e assegurar a sua reposição imediatamente após a utilização ou tão breve quanto possível. A incapacidade de reposição no turno corrente implica a comunicação ao enfermeiro responsável do turno seguinte, por forma a esta ser assegurada em tempo útil; supervisionar a arrumação, limpeza e desinfecção da SE, de acordo, com o plano de limpeza e após cada utilização; supervisionar o encaminhamento ao serviço de

esterilização centralizada dos dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados (Lâmina de laringoscópio, traqueia do ventilador, material de pequena cirurgia, camara expansora com máscara, humidificador de O2). O médico deve: assegurar a imediata eliminação de dispositivos cortopercutâneos no contentor adequado após a sua utilização. O assistente operacional alocado à SE deve: proceder à limpeza, arrumação e desinfecção imediata após cada utilização da SE; conduzir ao serviço de esterilização centralizada os dispositivos médicos que devem ser descontaminados ou esterilizados.

Anualmente deve ser realizada uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre a SE, a aplicação do método 5s e a validação da listagem de verificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O PIS constitui um ciclo de melhoria contínua da qualidade, visando a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças, monitorizando e avaliando, contribuindo para a funcionalidade da SE. Esta metodologia de melhoria da qualidade associada ao desenvolvimento profissional é exaltada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no eixo estratégico da qualidade em saúde (DGS, 2012).

No entanto, este é um processo contínuo e dinâmico, que exige a responsabilização de toda a equipa do SU.

Este projeto contribui para a regulamentação da organização e funcionamento da SE (Grupo de Trabalho Urgências, 2006), e consequentemente para a redução do

risco clínico associado à aleatoriedade da organização de espaços e equipamentos nas unidades de saúde e para a melhoria dos cuidados prestados nesta unidade funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Carthey, J. & Clarke, J. (2010). *Implementing Human Factors in healthcare*. Obtido em 5 de Março 2012 de *Patient Safety first*: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>.

Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES) (2007). *Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (DGS) (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Obtido em 16 de Julho de 2011, *Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo* de: <http://www.arslv.t.minsau.de.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdocumentos/Paginas/RededeReferencia%C3%A7%C3%A3oHospitalar.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico Qualidade em Saúde*. Obtido em 14 de Julho de 2012, de Direção-Geral de Saúde: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Sa%C3%BAde1.pdf

Emergency Nurses Association (ENA) (2007). *Trauma Nursing Core Course: Provider Manual*. United States of America: Emergency Nurses Association (6.ª Edição).

Grupo de Trabalho Urgências. (2006). *O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização de Cuidados Urgentes e Emergentes*. Obtido em 20 de Novembro de 2011

em Hospitais EPE do Ministério da Saúde em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Ko, H., Turner, T. & Finnigan, M. (2011). A Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings - limited evidence of effectiveness. *BMC Health Services Research*, 11:211 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/211>

Nehme, N. (2008). *Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em um Laboratório de Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz: Desafios e Soluções da Realidade do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - Medicina Laboratorial*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Obtido em 20 de Novembro de 2011 em Repositório Institucional de Fiocruz em http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2498/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Nehme_N%C3%A9dia_Saad.pdf

Newberry, L. (2001). Gestão do Serviço de Urgência. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, pp. 1-37.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Browser CIPE® 2 Classificação Internacional para a Prática de*

Enfermagem. Consultado em 15 de Outubro de 2011 em Ordem dos Enfermeiros em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de Ferramenta de Gestão de Qualidade em Hospital Universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), pp. 1024-31.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Rocha, M., & Dias, A. (1996). Enfermagem de Urgência - Uma Perspectiva de Intervenção. (IN) *Formar*, 7, 8-10.

Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Silva, G. (2005). *O Método 5s*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5S.pdf

